

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**SERVQUAL BOYUTLARIYLA HASTANEDEKİ  
HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR HASTANE ÜZERİNDE  
UYGULAMA**

**Öznur PULAT İMAMOĞLU**

**Zonguldak 2018**

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**SERVQUAL BOYUTLARIYLA HASTANEDEKİ  
HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR HASTANE ÜZERİNDE  
UYGULAMA**

**Hazırlayan  
Öznur PULAT İMAMOĞLU**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Mehmet PEKKAYA**

**Zonguldak 2018**



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**



**BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ FORMU**

**05/01/2018**

### **BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ**

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin/Doktora Tezinin/Sanatta Yeterlik çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını, yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05 /01/ 2018

Öznur PULAT İMAMOĞLU

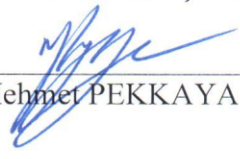
**T.C.**  
**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TEZ ONAYI**

Enstitümüzün İşletme Anabilim Dalında 115282101009 numaralı Öznur Pulat İmamoğlu'nun hazırladığı "SERVQUAL BOYUTLARIYLA HASTANEDEKİ HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR HASTANE ÜZERİNDE UYGULAMA" konulu YÜKSEK LİSANS tezi ile ilgili TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca 5 Ocak 2018 günü saat 13:45'de yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda tezinin onayına OYBİRLİĞİYLE/OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

Başkan   
Yrd. Doç. Dr. Gökhan OFLUOĞLU

Üye   
Yrd. Doç. Dr. Hande KÜÇÜKÖNDER

Üye   
Doç. Dr. Mehmet PEKKAYA (Danışman)

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

08.01/2018

  
Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Ertuğrul YILDIRIM

## ÖZET

Kurum : BEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı  
Tez Başlığı : ServQual Boyutlarıyla Hastanedeki Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Üzerinde Uygulama  
Tez Yazarı : Öznur PULAT İMAMOĞLU  
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Mehmet Pekkaya  
Tez Türü, Yılı : Yüksek Lisans Tezi, 2018  
Sayfa Adedi : 90

Sağlık hizmetleri, doğmamış bireyler ile her yaştan tüm topluma ölüm sonrası da dahil olmak üzere geniş bir yelpazede sunulan önemli toplumsal ve ekonomik faaliyetler bütünüdür. Toplumun tamamını ilgilendiren bu konuda sağlık hizmetlerinin kaliteli verilmesi toplum sağlığı için gereklidir. Bu nedenle karar vericilerin, sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları yaparken sağlık hizmeti boyutlarında gerekli olan konuları bilmesi daha etkin ve başarılı hizmet sunumunda önemlidir. Sağlık hizmetleri kalitesini değerlendirmede ServQual ölçeğinin genel geçerliliğinin yüksek olarak genel kabul görmesi, bu çalışmada da bu ölçeğin kullanmasının temel gerekçesi olmuştur.

Bu çalışmada amaç, hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık hizmeti alanların memnuniyetinin ServQual ölçeğiyle değerlendirilmesi ile elde edilen bulguları konu üzerinde çalışan araştırmacılara, karar vericilere ve yöneticilere sunmaktır. Bu anlamda, Zonguldak/Türkiye ilinde bulunan Bülent Ecevit Üniversitesi (BEÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi' ne (SUAM) ayaktan başvuran bireylere 9'lu likert ölçeğinde hazırlanan beş boyutlu ServQual ölçeği uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Bireylerin 9'lu likert ölçeği ile elde edilen görüş skorları t testi ve ortalama sınıf aralığı açısından kategorileştirilerek konu ve boyut olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin BEÜ SUAM hizmet kalitesi hakkındaki görüşleri, cinsiyete ve yıllık hizmet alma sayılarına göre değişmediği halde, yaş grupları, gelir durumları ve alınan hizmet çeşidine göre farklılaştığı görülmüştür. Örneğin, bireylerin gelir düzeyleri arttıkça BEÜ SUAM'ın hizmet kalitesini daha düşük skorladıkları gözlenmiştir. BEÜ SUAM'dan duyulan memnuniyet, fark analizi ve doğrudan sorulan dört soru ile ölçülmüş, memnuniyeti ölçümünde bu soruların uygunluğuna karar verilmiştir. Ayrıca, bireylerin genel memnuniyeti ile ilişkisinde, güvenilirlik ve heveslilik boyutlarının en yüksek etkileşimde olduğu gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri Kalite boyutları, ServQual.

## ABSTRACT

Institution : BEÜ Institute of Social Sciences, Department of Management  
Title : Evaluation of Healthcare Service Quality via ServQual Scale: An Application on A Hospital  
Author : Öznur PULAT İMAMOĞLU  
Adviser : Doç. Dr. Mehmet Pekkaya  
Type of Thesis, Year : MSc. Thesis, 2018  
Total Number of Pages : 90

Healthcare services are the major social and economic activities commonly offered in the whole community, including unborn and post-mortem gathering from all age. The quality of health care services is essential for community health in this regard, which concerns the entire community. For this reason, it is important for decision makers to know what is required in the health care dimension when conducting health services improvement efforts, in order to provide more effective and successful services. The overall acceptance of the ServQual scale as a general high acceptance of the quality of health care services has been the main reason for the use of this scale in this study.

The purpose of this study is to evaluate the quality of healthcare services presented and the satisfaction of healthcare services via ServQual scale, and to present the findings to researchers, decision makers and managers. In this study, individuals receiving services as outpatient clinics are evaluated via 5-dimension ServQual scale in terms of 9-point likert scale in Bülent Ecevit University (BEU) Health Practice and Research Center (HPRC) in Zonguldak/Turkey. The scores of individuals' view obtained are categorized using t test and counterparts' category in terms of 9-point likert scale for the items and dimensions. Results suggest that patients demographically differentiate healthcare service quality in terms of age, income, and service type, but not for gender and number of received services. For example, BEU HPRC in service quality is scored less as individuals' income levels increased. Service satisfaction measured in terms of gap analysis and four direct questions, and these four questions is decided as usable for measuring outpatients' satisfaction. In addition, it was observed that the dimensions of reliability and responsiveness have the highest interaction with the overall satisfaction of the individuals.

**Keywords:** Dimensions of Healthcare Service Quality, ServQual.

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın, Aydın'da Adana Menderes Üniversitesi, İktisat Fakültesi tarafından 14-16 Temmuz 2016'da gerçekleştirilen "International Congress on European Union Relations, Economics, Finance and Econometrics (EUREFE'16)" kongresinde "SERVQUAL Ölçeği ile Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Üzerine Uygulama" konu başlığıyla sunumu yapılmış ve özet metni basılmıştır. Bu çalışma bulguları ayrıca makale olarak, ISI ile Scopus endeksli olan "International Journal of Healthcare Management" dergisinde "Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital" başlığı ile hakem sürecini tamamlamış, doi numarası (10.1080/20479700.2017.1389474) alınmış ve online basımı (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20479700.2017.1389474>) yapılmıştır (Pekkaya vd., 2017). Çalışmadaki anket verileri kullanılarak, tez kapsamı dışında tutulan AHP temelli analizler, Mehmet Pekkaya ve Öznur Pulat İmamoğlu tarafından 7-9 Eylül 2017'de Zonguldak'ta gerçekleştirilen "International Congress on Management Economics and Business (ICMEB'17)" kongrede sunulmuştur. Bu analiz ile değerlendirmeler ise "Hastane Hizmet Kalitesinde Servqual Boyutlarının Önem Derecelerinin Belirlenmesi" başlığıyla tam metni Aralık 2017'de IJMEB dergisinde özel sayı (ss: 607-616 ) olarak basılmıştır (Pekkaya ve İmamoğlu, 2017)

Bu çalışma süresince bilgisi ve rehberliği ile yolumu aydınlatan çok değerli bilim insanı Sayın Doç. Dr. Mehmet PEKKAYA hocama, mesai arkadaşlarıma, aileme, eşime, kanatsız meleğim anneme ve hayatımın en büyük eserleri çocuklarım Bade ve Burak' a varlıkları ve destekleri için şükranlarımı sunarım...

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ FORMU</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEZ ONAYI</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. HİZMET SEKTÖRÜ VE HİZMET KALİTESİ</b> .....	<b>4</b>
1.1. Hizmet Kavramı.....	4
1.2. Hizmetin Genel Özellikleri .....	6
1.2.1. Soyutluk .....	6
1.2.2. Ayrılmazlık .....	7
1.2.3. Dayanıksızlık .....	7
1.2.4. Değişkenlik .....	7
1.3. Hizmet Sektörü .....	8
1.4. Hizmet Kalitesi .....	9
1.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları .....	12
1.6. Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri.....	13
<b>2. SERVQUAL İLE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ</b> .....	<b>23</b>
2.1. ServQual Modelinin Geliştirilmesi .....	23
2.2. ServQual Boyutları .....	23
2.3. ServQual Soru Formu .....	25
2.4. ServQual Sonuçlarının Hesaplanması .....	28
<b>3. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ</b> .....	<b>30</b>
3.1. Sağlık Hizmetleri .....	30
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	31
3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	32
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Düzeyleri .....	34
3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri .....	34
3.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri .....	34
3.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri .....	34
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Önemi .....	35
3.6. Sağlık Hizmetleri Kalitesi Ölçümü Üzerine Yapılmış Çalışmalar .....	38



<b>4. BİR HASTANEDEKİ HİZMET KALİTESİ VE HİZMET ALANLARIN MEMNUNİYET DEĞERLENDİRİLMESİ.....</b>	<b>45</b>
4.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi .....	45
4.1.1. Uygulamanın Amacı .....	45
4.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	45
4.1.3. Araştırma Verileri ve Güvenilirliği.....	46
4.1.4. Araştırmada Kullanılan Analiz Yöntemleri.....	48
4.2. Frekans Analizi .....	50
4.3. Çapraz Tablo (Kontenjans Tabloları) Analizleri .....	54
4.6. Hastaneden Duyulan Memnuniyet ile İlişkili olan ServQual Boyutları .....	73
<b>SONUÇ.....</b>	<b>76</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>81</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>89</b>
<b>Ek 1: Anket Formunun Ölçeğe Göre Dizaynı .....</b>	<b>89</b>

## TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1: Hizmet Sektörüne Ait Bazı Kaynaklarda Belirtilen Hizmet Kalitesi Boyutları .....	13
Tablo 1.2: Hizmet Sektöründeki Çalışmalarda Kullanılan Modeller .....	14
Tablo 2.1: ServQual Boyutları.....	24
Tablo 2.2: ServQual Modelini Çeşitli Sektörlerde Uygulayan Bazı Çalışmalar ...	25
Tablo 2.3: ServQual Boyutların Soru Sayıları.....	26
Tablo 3.1: Sağlık Hizmetlerinde ServQual Modelli Bazı Çalışmalar .....	39
Tablo 4.1: Güvenirlilik Analizi .....	48
Tablo 4.2: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Frekans Dağılımı .....	51
Tablo 4.3: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Frekans Dağılımı.....	51
Tablo 4.4: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	51
Tablo 4.5: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Meslek Gruplarına Göre Frekans Dağılımı.....	52
Tablo 4.6: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Aylık Gelirlerine Göre Frekans Dağılımı.....	52
Tablo 4.7: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Frekans Dağılımı .....	53
Tablo 4.8: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BEÜ SUAM'a Başvurma Nedenine Göre Frekans Dağılımı .....	53
Tablo 4.9: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	54
Tablo 4.10: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı .....	54
Tablo 4.11: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Başvuru Nedenine Göre Dağılımı .....	55
Tablo 4.12: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Gelir Durumlarına Göre Dağılımı .....	55
Tablo 4.13: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı .....	56
Tablo 4.14: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı .....	56
Tablo 4.15: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Nedenleri ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	57

Tablo 4.16: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Nedenleri ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı .....	57
Tablo 4.17: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Nedenleri ve Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı.....	58
Tablo 4.18: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yaş Grupları ve Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı .....	58
Tablo 4.19: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Sayıları ve Gelir Durumlarına Göre Dağılımı .....	59
Tablo 4.20: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Sayıları ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı .....	59
Tablo 4.21: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Sayıları ve Meslek Durumlarına Göre Dağılımı .....	60
Tablo 4.22: Ortalamalar için Verilen Puanlar ve Kısaltmaları .....	61
Tablo 4.23: Hizmet Kalitesi Konularına Ait Fark Analizi.....	62
Tablo 4.24: Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi.....	67
Tablo 4.25: Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	68
Tablo 4.26: Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	69
Tablo 4.27: Yaş gruplarına Göre Tamhane's ve Tukey HSD Testleri p Değerleri	69
Tablo 4.28: Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Gelire göre Dağılımı (TL/ay) .....	70
Tablo 4.29: Tamhane's ve Tukey HSD Testi Gelir Gruplarına Göre p Değerleri.	71
Tablo 4.30: Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Alınan Hizmet Çeşidine Göre Dağılımı .....	71
Tablo 4.31: Tamhane's testi Geliş Sebeplerine Göre p Değerleri .....	72
Tablo 4.32: Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmetlerinin Yıllık Kullanım Sayısına Göre Dağılımı.....	72
Tablo 4.33: Ayaktan Başvuran Bireylerin Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Düzeyleri.....	73
Tablo 4.34: ServQual Boyutları Temelinde Hasta Memnuniyeti ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	74

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1: Hizmet Üretimi Tanımlama Modeli .....	5
Şekil 1.2: Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos).....	15
Şekil 1.3: Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli.....	16
Şekil 1.4: Kavramsal Hizmet Modeli (Parasuraman vd.) .....	17
Şekil 1.5: Algılanan Hizmet Kalitesi Belirleyicileri .....	20
Şekil 3.1: Sağlık Hizmetleri Sınıflaması.....	32
Şekil 3.2: Sağlık Hizmetlerinin Düzeyleri .....	35
Şekil 3.3: Algılanan Hizmet Kalitesi Belirleyicileri .....	38
Şekil 4.1: Araştırmada Kullanılan Analiz Yöntemlerinin Modellenmesi.....	49

## KISALTMALAR LİSTESİ

1 KKKMY	: Kesinlikle Katılmıyorum
2 YOKMY	: Yüksek Ölçüde Katılmıyorum
3 KMY	: Katılmıyorum
4 KKMY	: Kısmen Katılmıyorum
5 KRZ	: Kararsızım
6 KKY	: Kısmen Katılıyorum
7 KY	: Katılıyorum
8 YOKY	: Yüksek Ölçüde Katılıyorum
9 KKKY	: Kesinlikle Katılıyorum
AHK	: Algılanan Hizmet Kalitesi
AHP	: Analitik Hiyerarşi Prosesi
ANOVA	: Varyans Analizi
BEÜ	: Bülent Ecevit Üniversitesi
BHK	: Beklenen Hizmet Kalitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E	: Empati
FO	: Fiziksel Ortam
G	: Güvence
GV	: Güvenilirlik
HE	: Heveslilik
Megep	: Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
S.H.	: Sağlık Hizmetleri
SB	: Sağlık Bakanlığı
SUAM	: Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

## GİRİŞ

Mal ya da hizmet üreten ve/veya pazarlayan tüm işletmeler faaliyette bulunurken kârlılık, toplumsal faydaya katkı sağlama, işletme yaşamını sürekli kılma ve işletmenin piyasa değerini en üst seviyede tutabilmek gibi amaçları gerçekleştirirler (Tengilimoğlu vd., 2013:31). Mal ya da hizmetleri tüketecek müşterilerin olmadığı bir ortamda işletmelerden bahsetmek uygun olmayacaktır. Bu nedenle işletmeler gerçekleştirdikleri her faaliyette müşterilerinin istek ve/veya ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaya zorundadır (İslamoğlu ve Altunışık, 2010; 3). Bu amaçları gerçekleştirirken hizmet sundukları müşteri ya da tüketicilerin istek ve ihtiyaçları işletmelerin sunacakları mal ya da hizmeti nitelik ve nicelik açısından etkiler. Aynı zamanda sunulan mal ya da hizmetin de tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamama derecesi de, bir anlamda müşteri memnuniyeti, o hizmet ya da malın kalitesini belirler. Son yıllarda artan hizmet sektöründe sunulan hizmetlerin kalitesini belirlemede müşteri memnuniyeti de önemli bir boyut kazanmıştır.

Hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin başında gelen toptancılık, perakendecilik, taşımacılık, bankacılık, sigortacılık, eğitim, eğlence, turizm, danışmanlık, iletişim, yazılım, güvenlik ve temizlik hizmetleri yanında insan hayatının söz konusu olduğu sağlık hizmetleri de bu sektörde önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık hizmetleri toplumun tamamının kullandığı ve hayati öneme sahip olaylar bütünüdür. Sağlığın insan hayatındaki öneminden dolayı sunulan sağlık hizmetlerinin de kaliteli sunulması gerekmektedir ve sağlık hizmetlerinde, işletmelerin ayakta kalabilmelerinin temel nedeni olan tüketicilerin memnuniyet düzeylerinin hizmet kalitesini belirlemede rol oynadığı görülebilir. Müşteri memnuniyetinin belirlenmesi, müşterilerin beklenti ve algılarındaki değişimlerin ölçülmesi, nasıl daha iyi hizmet sunulması gerektiği hakkında sağlık hizmeti sunucularına önemli bir yol gösterici olabilir. Sağlık hizmetleri kalitesi yatak sayısı, uzmanlaşma oranı, karlılık gibi sayısal verilerle o konunun uzmanları tarafından teknik olarak ölçülebileceği gibi sağlık hizmetinin tüketicisi olan hastalar tarafından da ölçülebilir. Sağlık hizmeti alanların memnuniyet

düzeylelerinin ve bu memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi karar vericiler için performanslarını ölçmede önemli bir ölçüttür. Sağlık hizmeti alanlar genellikle aldıkları hizmeti kendi sağlık düzeyleri ile değerlendirdiklerinden o anda sağlık kuruluşundan aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet bir daha aynı kurumu tercih etmelerini etkileyebilir ve bu tercihler sağlık kuruluşunu ileriki dönemlerde finansal olarak da etkiler. Bu nedenle hastaların hizmet sırasında memnuniyet düzeylerinin bilinmesi karar vericilere politika ve strateji geliştirmede önemli yarar sağlar.

Bu çalışmada amaç, hastanelerde sunulan sağlık hizmeti kalitesi ve sağlık hizmeti alanların memnuniyetinin ServQual ölçeğiyle değerlendirilmesi ile elde edilen bulguların konu üzerinde çalışan araştırmacılara, karar vericilere ve yöneticilere sunmaktır. Bu amaç çerçevesinde hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan ServQual ölçeği üzerinden Bülent Ecevit Üniversitesi (BEÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne (SUAM) ayaktan sağlık hizmeti almış 1000'den fazla hastaya 9'lu likert ölçeğiyle anket gerçekleştirilmiştir. ServQual ölçeğinin sağlık hizmeti sunumuna uyarlanmış 5 boyut ile 22 sorudan oluşan anketi, tutarlı ve tam cevaplandırıldığına karar verilen 626 bireyden elde edilen sonuçlar istatistiksel hipotez testleri ile analiz edilmiştir. Hastaneden sağlık hizmeti alan bireylerin demografik özellikleri, hastaneden duyulan memnuniyet, algılanan ile beklenen ServQual hizmet kalitesi konuları ölçülerek incelenmiştir. Bu anlamda, BEÜ SUAM'a ayaktan başvuran bireylerin bekledikleri hizmet kalitesi ile algıladıkları hizmet kalitesi karşılaştırmalı olarak ölçülmüş, ayrıca sunulan hizmet kalitesi algısında, kişisel özelliklerine göre farklılaşmalar istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bireylerin hizmetlerden duyduğu memnuniyet fark analizi ve doğrudan sorulan sorularla karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Bu kapsamda Zonguldak ilinde hizmet gösteren BEÜ SUAM'dan ayaktan sağlık hizmeti alan 16 yaşından büyük bireyler ile görüşülmüş ve yatarak tedavi görenler, acil ile psikiyatri bölümüne başvuranlar kapsam dışında bırakılmıştır. Bu durum çalışmanın kısıtı olup, elde edilen sonuçların BEÜ SUAM'dan hizmet almış 626 bireyin görüşünü temsil ettiği dikkate alınmalıdır.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hizmetin özellikleri, hizmet sektörü ile kalitesi ve hizmet kalitesini etkileyen boyutlar açıklanmış, bu boyutlar üzerinden geliştirilen hizmet kalitesi ölçüm modelleri üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde, hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan bir yöntem olarak ServQual model ile alakalı olarak geliştirilme süreci ve ServQual ölçeği anlatılmış, ölçekte bulunan boyutlar açıklanmıştır. ServQual soru formundan bahsedildikten sonra ölçekte kullanılan hesaplamalardan bahsedilmiştir. Üçüncü bölüm, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin boyutları hakkında bilgi verildikten sonra, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve konu ile ilgili literatür taraması ile değerlendirmeleri içermektedir. Dördüncü bölümde ise BEÜ SUAM'da ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin için gerçekleştirilen bir anket uygulamasının süreci, elde edilen verilerin analizi ve bulgularına yer verilmiştir. Sonuç bölümünde, uygulama bulgularının değerlendirilmesi ile önerilere yer verilmiştir.



# 1. HİZMET SEKTÖRÜ VE HİZMET KALİTESİ

## 1.1. Hizmet Kavramı

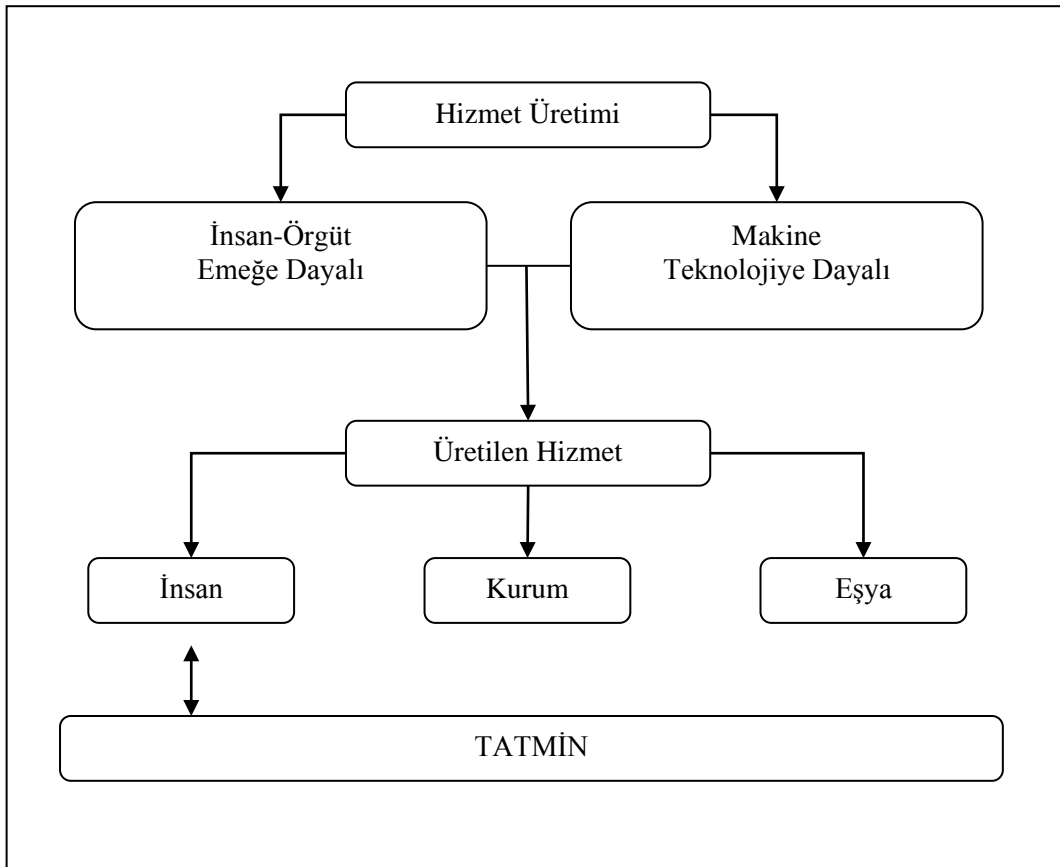
Literatürde hizmet kavramı için yapılan ortak bir tanım bulunmamakla birlikte, tanımı uygulandığı sektörler göre farklılık gösteren bir olgudur (Çiçek ve Doğan, 2009:201). Hizmet konusunda çeşitli araştırmaları bulunan Grönross hizmeti insan ihtiyaçlarını karşılayan, elle tutulamayan yararların veya faaliyetlerin satın alınması olarak tanımlamıştır (Grönroos, 1990:26). Başka bir araştırmacı ise, hizmeti herhangi bir şeye sahip olmadan, dokunulamayan yararlar sağlamak olarak tanımlamıştır (Kotler, 1997:24). Kotler'e göre hizmet sağlanırken fiziksel bir ürün kullanılabilir veya hizmet fiziksel bir ürün kullanmadan da sağlanabilir. Bir başka tanıma göre hizmet genel olarak insanların var olan ihtiyaçlarını yok ederek tatmin faydası yaratan, soyut faaliyetler bütünüdür (Takan, 2000:12). Uyguç'a göre hizmet sektörlerinde emek yoğun olarak kullanıldığından, kişi ya da grupların diğer kişi ya da gruplar için yaptıkları şeylere hizmet denilmektedir (Uyguç, 1992:15). Hizmetler soyut olduğu ve tüketen kişiler tarafından fayda veya tatmin olarak algılandığı için bir gruptan diğerine sunulan bir ürünün veya malın sahipliği ile sonuçlanamayan faaliyet veya fayda olarak da tanımlanabilir. Hizmetin birçok farklılaşmış tanımlarının olmasının sebebi, hizmetin elle tutulabilen somut bir kavram olmayışı ve birçok sektör içerisinde bulunmasından dolayı araştırmacıların kendi sektörüne uygun tanımlar getirme çabası içine girmiş olmalarıdır.

Hizmet kavramı geçmişten günümüze kadar çeşitli anlamlarda kullanılmıştır. Bu noktada Sanayi Devrimi ile birlikte gelen yeni üretim biçimleri ve bu biçimlerin de sürekli değişmesiyle beraber ortaya çıkan kavramsal karışıklıklar büyük rol oynamıştır. Sanayi Devrimi'nden önce yani 18. Yüzyılın başlarında hizmet kavramı tarım dışı faaliyetler olarak tanımlanırken, Milletlerin Zenginliği kitabının yazarı ünlü ekonomist ve liberal teorisyen Adam Smith, hizmeti, fiziksel bir ürünle sonuçlanmayan tüm ekonomik faaliyetleri hizmet kavramının içine dahil etmiştir. Alfred Marshall 19. yüzyılın sonlarına doğru hizmet kavramı için yaratıldığı anda varlık bulan yani üretildiği anda tüketilen ürünler olarak tanımlamıştır. Daha sonra 20. Yüzyılın ortalarına kadar literatürün hizmet kavramına genel bakışı bir ürünün biçiminde değişikliğe yol açmayan

hizmetler olarak tanımlasa da günümüzdeki ortak görüş hizmet kavramının bir ürünün biçiminde değişikliğe yol açmayan genel faaliyetler olarak tanımlanmasını uygun görmektedir (Öztürk, 2013:3).

Karahan'ın hizmet üretimi tanımlama modeline göre, hizmetler kişi/gruplar, örgütler veya makinelerce üretilir ve bu hizmeti kişiler, kurumlar ya da eşyalar tüketir. Hizmetin tüketimi sonucunda bu hizmeti kullanan kişiler fayda sağlarlar.

**Şekil 1.1: Hizmet Üretimi Tanımlama Modeli**



**Kaynak:** Kasım Karahan (2001); “Hizmetleri Standartlaştırmanın Hizmet Sektörünün Gelişmesi ve Hizmet Pazarlaması Açısından Önemi,” Standart Dergisi, s. 12.

Sonuç olarak hizmet kavramı, günümüzde hayatımızın birçok alanına nüfuz etmiş olan ve bu sebepten dolayı birçok araştırmaya konu olan önemli bir kavramdır. Araştırmacılar da bu yüzden hizmet kavramını daha iyi anlayabilmek ve anlatabilmek için hizmet kavramını bileşenler aracılığıyla araştırmaya çalışmışlardır.

Hizmet kavramının 3 temel bileşeni bulunmaktadır. Bu bileşenler sırasıyla temel hizmet, kolaylaştırıcı hizmetler ve tamamlayıcı hizmetler olarak

sınıflandırılabilir (Öztürk, 2012; 43). Temel hizmet örneğın bir hastanede verilen tedavi hizmetidir. Temel hizmette önemli olan husus müşterinin talep ettiğı hizmetin sağlanmasıdır. Yani temel hizmet bir insanın elde ettiğı ana hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Temel hizmet ile hizmeti alan kişiler hizmeti almaktaki ana amaçlarını gerçekleştirmiş olurlar. İkinci olarak kolaylaştırıcı hizmet, müşterinin hizmeti alabilmesini daha uygun bir şekilde yapmaya yarayan hizmetlerdir. Örneğın bir hastanede yatan hastaya o hizmeti alabilmesi için hastanenin sigorta şirketleriyle ödeme anlaşmaları yapması kolaylaştırıcı hizmetler grubuna girer. Destekleyici hizmetler ise hizmeti veren firmalar veya kurumlar tarafından temel hizmetin farklılaşmasını sağlayan hizmetlerdir.

## **1.2. Hizmetin Genel Özellikleri**

Hizmet kavramının kendine özgü 4 temel özelliğı bulunmaktadır. Bu özellikler sırasıyla soyutluk, ayrılmazlık, dayanıksızlık ve değışkenlik olarak 4 kısımda incelenebilir (Mucuk, 1994:298; Yumuşak, 2006:11).

### **1.2.1. Soyutluk**

Daha önceki tanımlarda bahsedildiğı gibi hizmet elle tutulamayan, depolanamayan, bir ölçü birimiyle ifade edilemeyen, taşınamayan bir olgudur. Soyutluğu ifade eden bu tanımda da anlaşılabilceğı gibi bu özellik hizmetin en temel özelliklerindendir (Zeithaml ve Bitner, 2000:4). Örneğın bir hastanede yapılacak olan tedavinin önceden yapılması, saklanması ve daha sonra iletilmesi gibi bir durum mantık dışıdır. Hizmet, malların aksine hiçbir şekilde insanların 5 temel duyu organına hitap etmemektedir (Dinçer, 2007:459). Hizmetin soyutluk özelliğinden dolayı işletmeler hizmeti kullanılmadan önce tüketicilere anlatamazlar bu nedenle tüketici genellikle kurumun imajı, markası, daha önce kullanan kişilerden edindiğı duyular ve bilgiler gibi hizmet satın almada çok büyük etkisi olan kalite öğelerine bakar (Ghobadian vd., 1994:45). Sonuç olarak soyutluk özelliklerinden dolayı hizmetler, ürünlerin ya da malların yasalar ile korunduğı gibi korunamaz, ürünler ya da mallar gibi sergilenerek teşhir edilemez ve sonradan tüketim için saklanamazlar. Bu özellikten dolayı kalite-fiyat açısından kolaylıkla değerlendirilemezler (Yumuşak, 2006:12).

### **1.2.2. Ayrılmazlık**

Hizmet kavramı, hiçbir şekilde depolanamayan bir ekonomik faaliyeti tanımladığı için, hizmet alışverişi olduğu sırada sağlanan fayda, gelir ve soyut ürün aynı anda üretilmelidir. Mal ya da ürünlerin üretimi satın alınmadan önce gerçekleşebilirken, hizmet üretildiği anda müşteriyle buluşmak zorundadır çünkü önceden üretilip sonradan müşteriye ulaştırılması mümkün değildir. Bu sebeple tüketici hizmetin ürettiği sırada bu sürece katılım sağlar. Örneğin, bir hasta hastaneye gittiğinde ve tedavi talep ettiğinde muayene, tahlil vs. gibi hizmetler ortaya çıkabilir. Bu andan daha önce veya daha sonra bu hizmetin üretilmesi mümkün değildir. Üretim ve tüketimin aynı anda gerçekleşmesinden dolayı, kalitede ortaya çıkabilecek sorunlar saklanamaz ve tüketicilerin bu süreçte deneyimleri ve öğrendikleri daha sonraki dönemlerde bu hizmeti kullanma ya da kullanmama gibi işletme gelirini etkileyebilecek önemli kararlara sebep olur. Örneğin muayeneye giden bir hasta, başvuru veya ödeme bankosunda bulunan personel, muayene yapacak doktor, tetkik için gittiği birimde bulunan diğer sağlık personeli ile iletişim içine girer bu sırada aldığı hizmeti bütün olarak değerlendiren hasta hekim ya da yardımcı personelden herhangi birinden memnuniyetsizlik duyarsa o kuruma bir daha gelmemeyi düşünebilir. Bu nedenle kurumlar hizmetleri sundukları süreçleri bir bütün olarak değerlendirmek zorundadırlar.

### **1.2.3. Dayanıksızlık**

Hizmet kavramının soyut olması ve ayrılmazlık özelliği taşımasından dolayı hizmet her ihtiyaç duyulduğunda kullanılmaz ve bir kere kullanıldıktan sonra iade etme hakkını müşteriye tanımaz. Bu sebeple hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti sağlamak diğer sektörlerle göre daha zordur. Bir mal ya da ürünün aynı standartta birçok kopyası üretilirken, hizmet üretildiği anda müşteriyle buluşmalıdır. Örneğin sinemaya gidecek bir kişi önceden aldığı biletin bulunduğu seansı kaçırsa daha sonra ki seanslarda herhangi bir hak talep edemez.

### **1.2.4. Değişkenlik**

Ayrılmazlık özelliğinden dolayı müşterinin de üretim sürecine katılması ile beraber, hizmet konusunda belirli bir standart yakalanmasına rağmen, müşterinin o anki durumu, istekleri, kendisini düzgün ifade edemeyişi gibi müşteri odaklı

konular yüzünden de alınan hizmette değişkenlikler meydana gelebilir. Özetle bir hizmet farklı üreticiler tarafından farklı şekillerde verilebileceği gibi, farklı tüketiciler tarafından farklı şekillerde algılanabilir. Ayrıca hizmeti sunan kişiye, mekâna ve diğer şartlara göre hizmetin sunumunda değişiklikler meydana gelebilir. Öte yandan, hizmet depolanamaz özellikle olduğu ve talep oldukça üretildiği için yüzde yüzlük bir oranda aynı hizmetin sürekli üretilmesi mümkün değildir. Örneğin, bir hastanede bulunan iki aynı poliklinikten farklı zamanlarda hizmet almış olan hasta, doktorların farklı olmasından ya da muayene şartlarından ya da kullanılan cihazlardan dahi, özünde iki hizmetin de sağlık hizmeti olmasına rağmen, sunulan hizmet kalitesini farklı yorumlayabilir. Ya da aynı doktorun ameliyat ettiği farklı iki hasta ameliyat sonrası sağlık düzeylerindeki değişimlere göre aldıkları sağlık hizmetini farklı yorumlayabilir. Hizmetlerin sonucunda elde edilen fayda ya da tatmin, hizmetin üretim şekline, hizmeti tüketen kişi grup ya da kurumlara göre, üretici ve tüketici arasındaki iletişime göre, üretilen zamana, mekâna ve imkânlara göre değişkenlik gösterir (Doğan ve Tütüncü, 2003:5).

Yukarıda sayılan temel özelliklere ek olarak hizmetlerin sunulduğu belirli bir zaman aralığı olması nedeni ile zaman boyutu vardır. Örneğin bir hastanın muayene olmak için aldığı randevu, otelden bir haftalığına alınan tatil hizmeti bir zaman aralığında gerçekleşir. Ayrıca hizmetlerin bir ömrü yoktur sadece, hizmetlerin sunulma süreci vardır. Son olarak hizmetler insan davranışları ile yönlendirilen bir süreç olduğundan sunulan hizmetin üzerinde insan ögesi çok fazladır (Eşer, 1999:348).

Bu açıklamalar ışığında hizmet kavramını, birey, grup ya da kurumların istek ve/veya ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, tüketici ve üretici özelliklerine göre çeşitlilik gösteren, üretim şekillerine, yer ve zaman farklılıklarına göre değişkenlik gösteren ve faydası satın alındığı sırada tüketilen, bu nedenle depolanması mümkün olmayan, iletişimin yoğun olarak kullanıldığı mallar dışında kalan diğer soyut üretim süreçleri olarak tanımlamak mümkündür.

### **1.3. Hizmet Sektörü**

Hizmet sektörü, toptancılık, perakendecilik, taşımacılık, bankacılık, sigortacılık, eğitim, eğlence, turizm, danışmanlık, iletişim hizmetlerinin (Değermen, 2006:4), yanında güvenlik, ulaştırma, halkla ilişkiler, ticaret, yazılım,

tamir bakım, temizlik ve sağlık gibi olayları kapsayan (Hotamışlı ve Eleren, 2011:222) çok geniş bireysel ve kurumsal hizmetlerin sunulduğu ekonomik bir yapıdır (Parasız, 1999:273). 1970’li yıllardan itibaren hizmet sektörü dünya genelinde ekonomideki payını giderek arttırmış, bu artış da beraberinde rekabeti kaçınılmaz kılmıştır. Gelişmiş ülkelerin ulusal gelirinin %70’ i hizmet sektöründen sağlanmakta ve bu sektördeki gelişim diğer sektörlerden daha fazla olmaktadır (İslamoğlu, 1999:354). Ülke ekonomilerini milli gelirdeki katkıları ile belirleyen tarım, sanayi ve hizmet sektörleridir. Sanayileşme devriminden sonra ekonomiye katkı tarım sektöründen sanayi sektörüne, günümüze gelene kadar sanayi sektöründen de hizmet sektörüne doğru artmıştır (Kobu, 1996:46). Ülkemizde de hizmet sektörünün ekonomiye olan katkısı giderek artmaktadır. İstatistiklere bakıldığında 2015 yılında faal olan girişimlerin %41,7’si hizmet sektöründe yer alırken, %38,8’i ise ticaret sektöründedir. Toplam istihdamda hizmet sektörünün payı %36,8 iken; sanayi sektörünün istihdamdaki payı %28,8 olmuştur (TUIK, 2016). Buna göre hizmet sektörü sanayi sektörüne göre %7,47 daha fazla girişime sahipken, %27,78 daha fazla istihdam imkânı sunmaktadır. Küreselleşen dünyada teknoloji, bilgi ve haberleşme alanında yapılan gelişmeler ile hizmet sektörünün önemi artmış ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak hizmet sektörünün ülke ekonomilerindeki yeri de artış göstermiştir ( Bektaş ve Akman, 2013:118).

#### **1.4. Hizmet Kalitesi**

Kalite, işletmeler ve kurumlar tarafından rekabette ve pazar paylarını arttırmada üstünlük sağlayacak önemli bir kavramdır ve işletmeler için rekabette üstünlük sağlama aracı iken, tüketiciler için ürün ya da hizmet tercihlerini etkileyen önemli bir olgudur. İşletmeler kalite kavramı sayesinde kar paylarını ve verimliliklerini arttırmışlardır. Müşteriler ise kalite kavramı sayesinde, piyasalardaki rekabet ortamının artmasından dolayı ürünlerden elde ettikleri tatminleri arttırmışlardır (Naik ve Srinivasan, 2015:28). Bu sebeple toplumun her kesiminde sık sık karşılaşılan kalite kavramı dünyada önemli bir yer tutmaktadır. Deming’e göre kalite, ekonomik faaliyet sırasında en önemli zincir müşteri olduğu için müşterinin mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılamak olarak tanımlamıştır. Müşteri, kalite konusunda kavramsal bilgiye sahip olsun ya da olmasın, kaliteli bir ürün tükettiğinde bunun farkına varır ve daha sonraki

seçimlerini o yönde kullanır (Deming, 1998:180). Bu sebeple kalite kavramı müşterinin tatmin olma durumuyla ilişkilendirilmiştir. Kalite kavramı, birbirinden ayırt etmesi zor olan boyutlara sahip karmaşık bir kavramdır ve büyük oranda hizmeti sunan personele bağlıdır. Personelin hizmet sunumu sırasında göstereceği performans da kolaylıkla kontrol edilemeyecek bir unsurdur (Parasuraman vd., 1988:35).

Literatürde yapılan tanımların ortak noktası kalite kavramının müşterinin beklentisine göre şekillendiğini vurguluyor olmalarıdır ve genel olarak müşterinin istek ve beklentileri ile alakalı bir kavramdır (Savaş ve Kesmez, 2014:2). Kalite üretim ve hizmet sektörlerinde ayrı ayrı olarak incelenmelidir. Üretim sektöründe kalite ürüne ve üretime dayalı kalite, tüketicinin ürünü kullandığında ihtiyacını giderme seviyesi ile alakalı kalite ve tüketicinin ihtiyacını karşılayacak ürün karşılığında katlanmaya razı olduğu maliyeti anlatan değere dayalı kalite olarak açıklanabilir (Yazgan, 2009:13).

Hizmet üreten bir firma, işletme ya da kurumu diğer kurumlardan ayıran en önemli özelliği sunduğu hizmet kalitesinin yüksek olmasıdır (Ghobadian vd., 1994:43). Bu gerçeğin farkında olan firma ve kuruluşlar artan rekabet ortamında diğerlerinden farklılaşabilmek için kalitesi yüksek hizmetler sunma yolunu seçmektedirler. Hizmet kalitesi, müşterilerin ihtiyaçları doğrultusunda hizmette beklediği özellikler ve hizmetin bu özelliklere sahip olma derecesi olarak tanımlanabilir (Çiçek ve Doğan, 2011:202). Hizmet kalitesi o hizmeti kullananların beklentilerinin ne düzeyde karşılandığının bir ölçüsüdür (Zengin ve Erdal, 2000:49), ve tüketiciler açısından bakıldığında algılanan memnuniyet verici performans olarak tanımlanabilir. Hizmet kalitesi, tüketici istek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılama ve bunları geçebilme yeteneğidir (Wang ve Shieh, 2006:195; Akbaba, 2006:18). Hizmetler bir nesne olmamakla birlikte bir performansın sonucudur. Tüketici hizmetin kalitesine de ortaya çıkan bu performans sonucu karar verir (Eşer, 1999:348). Hizmeti tüketen kişi ya da gruplar tarafından duyulan memnuniyetsizlik, duyulan memnuniyetten altı kat fazla dile getirilmektedir bu nedenle iyi bir hizmet sonucunda ortaya çıkan kalite, işi yapmanın maliyeti değil gelecekte varılacak karlılık için bir anahtardır (Ghobadian vd., 1994:44). Rosander hizmet kalitesini, birçok tanımın

yapılabileceği, sunan birimlerin hatasız olarak performans gösterdiği, hatasız, doğru, güvenilir olanın alındığı, nazik davranışlarla zamana uygun hizmetin verildiği, olumsuzluklarda acilen ve doğru önlemler alınan, tüketicinin verdiği paranın değerini aldığı bir performans olarak tanımlamıştır (Rosander, 1989:73). Parasuraman ve arkadaşlarına göre hizmet kalitesi kavramı, hizmeti alan müşterinin aldığı hizmetten ne beklediği ve aldığı hizmet ile alakalı olan algısı arasındaki farktır (Parasuraman vd, 1988:12). Hizmeti alan müşteriler kaliteyi değerlendirirken kendi beklentilerine ve elde ettiklerine göre kalite kararı verirler, özetle tüketici sunulan hizmeti kullanmadan önce kurumun sunacağı hizmete ilişkin çeşitli beklentilere girer (Zerenler ve Ögüt, 2007:502). Bir başka deyişle hizmet kalitesi, hizmet almadan önce bireyde oluşan beklenti ile alınan hizmet sonucu ortaya çıkan algısı arasındaki farktan meydana gelir. Bu tanımdan hareketle beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi şu şekilde anlatılabilir.

**Beklenen Hizmet Kalitesi:** Her birey bir mal veya bir hizmet alacağı zaman bu ekonomik aktivitesini bir beklenti içerisinde yapar. Alışverişin ana mantığı insanların beklentilerini doyumak üzere şekillenmesidir. Hizmet sektöründe beklenti kelimesi müşterilerin alacakları hizmet karşısında duymayı umdukları memnuniyet derecesi olarak tanımlanabilir. Algılanan Hizmet Kalitesi; kısaca hizmet sektöründe bir ürünü tüketmiş olan müşterinin hizmetin kalitesi ile alakalı takındığı tavır ve bulunduğu yargılar bütünüdür. Bu kavram kişiden kişiye değişir ve beklenen hizmet kalitesi ile doğrudan bağlantılıdır. Çünkü bir müşteri bir hizmeti almadan önce belirli bir beklenti ile hizmeti alır ve algılanan hizmet kalitesi de müşterinin bu beklentisine göre şekillenir (Zeithaml ve Bitner, 2000:53). Örneğin, insan hastaneden sağlık hizmeti aldığı sırada tedavisi sonucu iyileşmeyi beklerken, çalışanların da kendisine güler yüzlü yaklaşmasını ya da tedavi masraflarının az çıkmasını bekleyebilir. Bu örnekte görüldüğü üzere müşterinin beklentisine göre algılanan hizmet kalitesi de değişkenlik gösterebilir. Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesini kıyasladığımız sırada ortaya çıkan durum hizmet kalitesini tanımlamaktadır. Bu kıyaslama sonucunda birey açısından üç farklı durum ortaya çıkar.



Birinci durumda algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesinden daha fazla olur ve müşterinin sahip olduğu beklentiler fazlasıyla karşılanmıştır. Bu durum bütün firmalar ve kurumlar tarafından arzu edilen ideal kalite seviyesini tanımlar. İkinci durumda algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesi ile yakın ya da aynı oranda olur. Bu gibi durumlarda müşterinin sahip olduğu beklentiler firma veya kurum tarafından tamamıyla karşılanmış olmakla birlikte yine müşteri ve firmalar tarafından doyurucu bir kaliteye ulaşılmış olmaktadır. Üçüncü ve son durumda ise algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesinden daha düşük olmaktadır ve müşteri düşük kalite ile karşı karşıya kalır. Bu durum ne firmaların ne de müşterilerin istemediği bir durum olup, müşteri memnuniyetinin olumsuz olması ile sonuçlanmaktadır (Parasuraman, 1985:48).

### **1.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları**

Araştırmacılar, hizmet kavramının soyutluk ve değişkenlik gibi özelliklere sahip olmasından dolayı hizmet kalitesi kavramının tanımlanması, belirlenmesi ve ölçülmesi gibi konuların zorluk derecesinin yüksek olması sonucunda hizmet kalitesi kavramını boyutlara ayırarak incelemeyi, yöntemde kolaylık sağlamak adına yapmışlardır. Hizmet kalitesini tanımlama konusunda birçok farklı görüş olduğu gibi, hizmet kalitesinin alt boyutlarını belirlemek ve incelemek konusunda da araştırmacılar tarafından ortaya pek çok farklı görüş atılmıştır. Bu yüzden her araştırmacı kendi görüşüne göre hizmet kalitesi boyutları üretebilmektedir. Kısaca önemli olanlarına değinecek olursak; Uyguç'un hazırladığı Tablo 1.1'de hizmet sektöründeki çalışmalarda modellere ait hizmet kalitesi boyutlarına yer vermektedir. Bu çalışmada ServQual ölçeği kullanılacağı için, ölçekte kullanılmış olan Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu hizmet kalitesi boyutları daha detaylı anlatılacaktır.

**Tablo 1.1: Hizmet Sektörüne Ait Bazı Kaynaklarda Belirtilen Hizmet Kalitesi Boyutları**

Yazarlar	Modellere Ait Hizmet Kalitesi Boyutları
Sasser, Olsen, Wyckof, 1978	Üretim sırasında kullanılan teçhizatların özellikleri Hizmetin sunulduğu fiziksel ortam, kullanılan araç ve gereçler Personel davranışları
Lehtinen ve Lehtinen, 1983	Fiziksel kalite; binalar, kullanılan tesisler, malzemeler vs. Şirket kalitesi; İmaj ve profil Etkileşimci kalite; personel ve müşteri, müşteri ve müşteri ilişkileri
Grönroos, 1983	Teknik kalite; müşteri hizmet sonucunda ne elde etmiş İşlevsel kalite; müşteri hizmeti nasıl almış Firma imajı
Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985	Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik Heveslilik, Yeterlilik Nezaket, Güvenilir olma Güvenlik, Erişilebilirlik İletişim, Müşteriyi Anlamak
Normann (1988)	Hizmet paketi: Değişir özellikleri, Değişmez özellikleri

**Kaynak:** Nermin Uyuç (1992); “*Hizmet Kalitesi Olgusunun Analitik Bir Yaklaşım ile İncelenmesi*,” Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir, s. 36.

Genel olarak hizmet sektöründe kalite boyutlarını tanımlamak ve bunu ölçmek zordur. Sunulan hizmet, insanların etkileşiminin çok olduğu bir düzeyde yapılıyorsa sunum kalitesi tüketiciden tüketiciye, üreticiden üreticiye ve zamana bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Zengin ve Erdal, 2000:55). Çeşitli araştırmacılar ölçümü zor olan hizmet kalitesini belirleyebilmek için yukarıda bahsedilen boyutları kullanarak çeşitli modeller geliştirmişlerdir. Bundan sonraki bölümde bu modeller açıklanmaya çalışılmıştır.

### 1.6. Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri

Hizmet tüketen kişi ya da grupların, algıladıkları hizmet kalitesinin yüksek olması durumunda bir daha aynı hizmeti kullanmalarını ve hatta daha yüksek bir fiyat verme eğiliminde olmalarından dolayı hizmet kalitesinin ölçümü tüm işletmeler için büyük önem taşır (Dölarıslan ve Özer, 2014:35). Hizmet kalitesinde görülen artış ile birlikte işletmeler daha çok yeni müşteri kazandığı gibi, mevcut müşteriler ile iş hacmi ve rekabet üstünlüğünü artırırılar. Bu sebeple üretim için harcanan emek ve bunun sonucunda maliyetlerde azalma meydana gelmektedir (Zerenler ve Öğüt, 2007:502). Bu açıdan bakıldığında birçok araştırmacı hizmet

kalitesinin anlaşılabilmesi için bu konu hakkında birçok çalışma yaparak çeşitli modeller geliştirmişlerdir.

**Tablo 1.2: Hizmet Sektöründeki Çalışmalarda Kullanılan Modeller**

Araştırmacı	Model	Açıklama
Grönroos, 1984	Teknik ve Fonsiyonel Kalite Modeli	Hizmet Kalitesi, teknik kalite, fonksiyonel kalite ve firma imajına bağlıdır.
Parasuraman, Zeitaml, and Berry, 1985	ServQual	Hizmet Kalitesi, kalite belirleyicilerinin uygun şekilde gerçekleşip gerçekleşmemesine bağlı olarak meydana gelen beklentilerin sonucudur.
Haywood and Farmer, 1988	Boyut ve Özellikler Hizmet Kalitesi Modeli	Kaliteyi üç ana boyutta, fiziksel ortam, süreç ve davranışsal profesyonel tecrübeler ile inceler
Brogowicz, Delene, ve Lyth, 1990	Hizmet Kalitesi ve Sentez Modeli	Planlama, uygulama ve denetim işlevleri, yönetim tarafından sürekli olarak dikkat edilmesi gereken fonksiyonlardır.
Cronin ve Taylor, 1992	SERFPERF	SERVPERF, hizmetlerin performansı ile ilgili tüketicilerin doğrudan tutumlarını ölçen öğeleri dikkate almayı amaçlamıştır.
Mattson, 1992	Servis Kalitesii ve İdeal Değer Modeli	İdeal standartların uygulanması ve hizmet kullanıcıların deneyimlerini karşılaştırarak hizmet kalitesini ölçer
Dabholkar vd., 1994	Perakende Hizmet Kalitesi Ölçeği	Perakende Hizmet Kalitesi Ölçeği ServQual ölçeğinden ilham alınarak perakende sektörü için geliştirilmiştir.
Dabholkar vd, 2000	Öncül ve Aracı Model	Hizmet kalitesinin yalnızca boyutlar ile değerlendirilmesini eleştiren model davranışsal amaçların incelenmesini ve hizmet kalitesinde öncülük eden elemanlara odaklanılması gerekliliğini savunmuştur.
Frost ve Kumar, 2001	Dahili Hizmet Kalite Modeli	Bu model, iç müşterilerin beklentileri ile ilgilidir.
Soteriou ve Stavrinides, 2000	İç Hizmet Kalitesi ve Veri Zarflama Modeli	Hizmetin daha kaliteli olmasını sağlamak için en iyi kaynakları gösterir
Brady ve Cronin, 2001	Hiyerarşik Hizmet Kalite Modeli	Hizmet kalitesi etkileşimli kalite, fiziksel kalite ve çıktı kalitesi olarak üç boyutta incelenmelidir.
Chiu ve Lin, 2004	İhtiyaçlar Teorisine Göre Sınıflandırılan Hizmet Kalite Modeli	Maslow'un ihtiyaçlar teorisine göre geliştirilen model tüketici ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması sonucunda mükemmel kaliteye ulaşılabilineceğini savunmuştur.

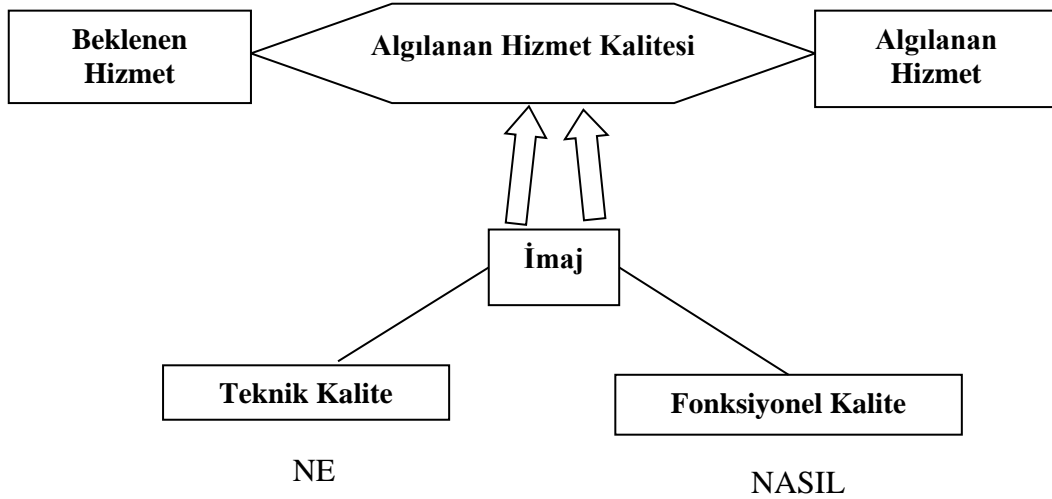
**Kaynak:** Aydınlı ve Şenyürek (2016:128) ve Erdoğan ve Aksoy (2014:165)'ten türetilmiştir.

Burada hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan yöntemlerden en çok kabul görmüş olanlar üzerinde durulmuştur.

### Grönross'un Hizmet Kalitesi Modeli:

Hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan modellerden ilk ortaya atılan modeldir. Bu modele göre önemli olan mesele müşterinin kaliteyi algılayış biçimidir. Yani müşterinin algısı her şeyin üzerindedir. Hizmet kalitesini yaratabilmek için pazarlama, üretim, halkla ilişkiler gibi önemli unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlar müşterinin algısını değiştirme yetilerine sahip oldukları için önemlidir. Ayrıca Grönross'a göre hizmet kalitesi üç farklı boyut altında incelenmelidir. Bunlar teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imajdır. Teknik kalite genel anlamıyla müşterinin hizmet sırasında "ne" elde ettiği ile alakalı olan kısmıdır. Fonksiyonel kalite ise müşterinin hizmeti hangi koşullar altında "nasıl" aldığı ile alakalıdır. Burada önemli olan müşterinin aldığı hizmet ile ilgili görüşleridir. Fonksiyonel kalitenin yüksek olması teknik kalitenin açıklarını kapatabileceği gibi teknik kalitenin yüksek olması da fonksiyonel kalitenin düşük seviyede olmasının açıklarını kapatabilir. Son olarak imaj, hizmeti alacak olan bireylerin zihinlerinde bulunan firma veya kurumlar hakkındaki resimdir. İmaj genellikle müşterilerin algılarını etkilemekle beraber beklentilerinin şekillenmesinde de büyük bir yer tutar. (Grönross, 1984:40).

Şekil 1.2: Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos)

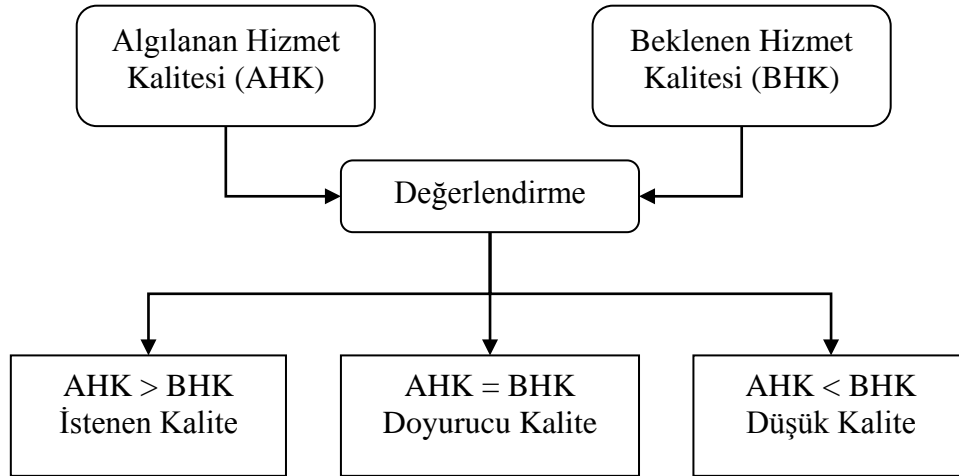


**Kaynak:** Christian Grönroos (1984); "A Service Quality Model and Its Marketing Implications," *European Journal of Marketing*, s. 40.

### Parasuraman, Zeithalm ve Berry'nin Hizmet Kalitesi Modeli (Fark Modeli-Boşluk Modeli):

“Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli” olarak adlandırılmış olan bu model, Fark-Boşluk modeli olarak da adlandırılır ve Grönroos'un geliştirdiği model üzerine kurulmuştur. Bu model kalitenin belirleyicileri açısından bakıldığında hizmet alımı sırasında tüketicinin beklentileri karşılanıyorsa hizmetin kaliteli olduğu, alınan hizmet beklentileri karşılamıyorsa, beklenen durum ile gerçekleşen performansın arasında ortaya çıkan farkın/boşluğun bir fonksiyonu şeklinde ortaya çıkar (Zeithaml vd., 2000:27; Durukan ve İkiz, 2007:54; Öztürk, 2013: 189).

**Şekil 1.3: Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli**



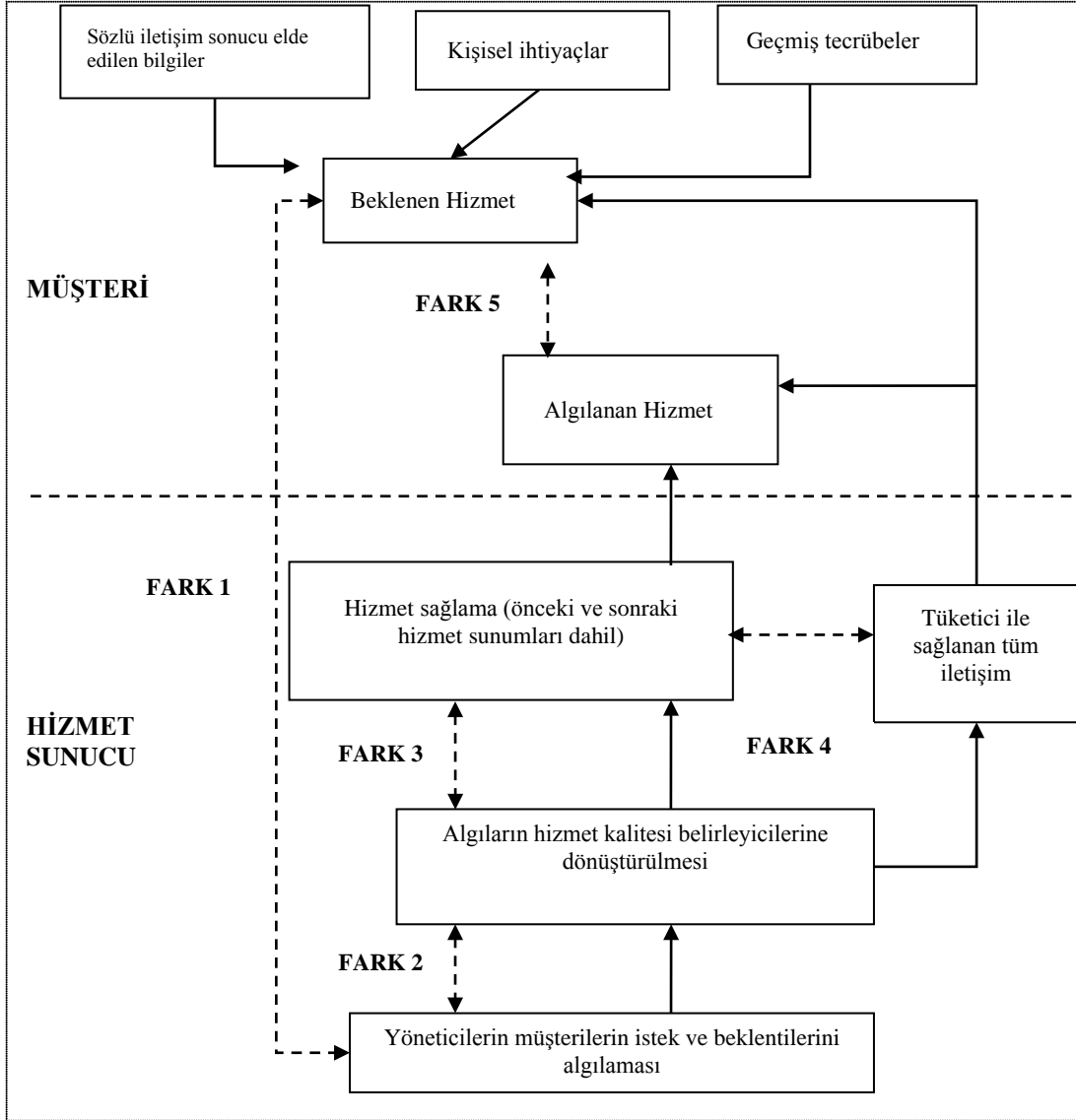
**Kaynak:** Parsu Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml ve Leonard L Berry (1985); “A conceptual model of service quality and its implications for future research,” Journal of Marketing, s. 48.

Şekil 1.3'ten de anlaşılacağı gibi tüketici hizmeti alırken, o hizmetten beklediği performans ile hizmeti tükettiği sırada algıladığı performansı karşılaştırarak bir sonuca varır. Sonuçta algılanan hizmet kalitesi beklediğinden büyükse tatmin de yüksek olmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi beklenen ile aynı seviyede ise tatmin yine sağlanmış olmakla birlikte algılanan hizmet kalitesi beklenenden daha düşük seviyede değerlendiriliyorsa aynı şekilde memnuniyetsizlik de ortaya çıkmaktadır.

Parasuraman ve arkadaşları, hizmet sunumu sırasında hizmeti kullananların, kaliteyi olumsuz olarak değerlendirmelerine sebep olabilecek 5 olası boşluğun/farkın olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bu farklardan ilk 4'ü hizmeti

sağlayan kuruluş ya da firmanın kendi hizmet süreci sırasında ortaya çıkabilecek olumsuzlukları ifade ederken, sonuncu fark hizmet kullanıcılarının hizmet sırasında algıladıkları olumsuzluklar ile ortaya çıkabilecek problemleri ifade eder.(Parasuraman vd., 1985:44)

**Şekil 1.4: Kavramsal Hizmet Modeli (Parasuraman vd.)**



**Kaynak:** Parsu Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml ve Leonard L Berry (1985); "A conceptual model of service quality and its implications for future research," Journal of Marketing, s. 44.

Fark 1: Karar vericilerin müşterin istekleri sonucu ortaya çıkan beklentilerini anlayabilmesi ile müşterilerin hizmetten beklentileri arasında ortaya çıkan farktır. Hizmet sunucular, kalite belirleyicilerini müşteri beklenti ve algılarına göre belirleyemezse aradaki bu fark meydana gelir ve neden olabilecek olası etkenler; hizmetin sunulacağı pazarın yetersiz araştırılması ve yapılan eksik çalışmaların sonuçlarının kullanılması ve karar vericilerin tüketiciyi yeteri kadar

anlayamamaları olarak gösterilebilir. Pazar araştırmaları tüketicilerin beklentilerini ve algılarını anlamak için yararlı bir yöntem olup, pazar araştırmasını yanlış ya da eksik yapan, doğru yapsa dahi uygulamayan işletmelerde birinci farkın büyük olması kaçınılmazdır (Karahana, 2001:11). Karar vericilerin tüketicileri anlaması bu tüketicilere hizmet sağlayan grup ile kurdukları ilişkiye bağlıdır, bu nedenle yönetim tüketiciden gelen talepleri öğrenebileceği bir iletişim sistemi kurmalıdır.

Fark 2: Yönetimin, hizmet kalitesini belirleyecek müşteri beklentilerini algılayabilmesi ve bunu kalite belirleyicilerine dönüştürebilmesi arasındaki farktır. Hizmet sunanlar burada doğru belirleyiciler bulamazsa müşterideki hizmet kalitesi algısını yönlendiremezler. Yönetimin mali performansa fazla değer vererek kalite boyutlarını göz ardı etmesi hizmet kalitesinin işletme standartlarına göre belirlenmesi bu farkın artmasına neden olabilir (Zeithaml vd., 1990:72).

Fark 3: Hizmet kalitesi belirleyicileri ile meydana gelen hizmet sunumu arasındaki farktır. Bir işletmede her hizmet sunumunda personelin tümünden aynı performansı göstermesini ve hizmetin her defasında aynı standartlarla verilmesini beklemek mümkün olmayabilir. Hizmet performansı farkı olarak da tanımlanan bu boşluk, hizmeti sunan personelin hizmeti vermede yetersiz ya da isteksiz kaldığı durumlarda ortaya çıkar. Hizmeti sunan ve tüketici arasında doğrudan ilişkinin arttığı ve bölgesel olarak birçok noktada verilen hizmetlerde bu farkın büyümesi muhtemeldir. Bu farkın azaltılması, hizmeti verecek personelin, kalite boyutlarına yeteri kadar önem vermesi ve hizmet etmeye istekli olması ile sağlanabilir. Hizmet sunanların işle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları, rol belirsizlikleri ve rol çatışmalarının ortadan kaldırılması, takım çalışmasına teşvik edici yönetimin varlığı yine bu farkı azaltabilecek önlemler arasındadır. Son olarak yapılan hizmete uygun teknolojinin kullanılması, hizmet sunumu sürecinde hizmeti verenlerin işle ilgili olumsuzluklarda kontrol edebilme yeteneklerinin olması ve işletmede çalışanların performanslarını adil olarak ölçebilecek bir değerleme sisteminin ve sonucunda bir ödöl sisteminin yaratılması ile bu fark azaltılabilir.

Fark 4: Sunulacak hizmet ile ilgili olarak müşteriye verilen tüm mesajlar, müşterinin kalite algısını etkileyecektir. Buradaki fark da hizmet sunucuların

hizmet hakkında müşteriye verdikleri mesajlar ile müşterilerin bu mesajlardan algıladıklarının birbirleri ile uyuşmamasından dolayı ortaya çıkar. İşletmelerde sunulan hizmetin tanıtımını yapan birimler ile hizmeti veren birimlerin arasındaki iletişim yetersizlikleri nedeni ile bu fark büyüyebilir (Çiftçi, 2006:41).

Fark 5: Müşterinin hizmet sunumu sırasında algıladığı ile o hizmetten beklentisinin arasındaki boşluğu başka bir değiş ile, algılanan hizmet kalitesi ve beklenen hizmet kalitesi arasındaki farkı temsil eder. Beşinci boşluğa odaklanan Fark modeli, bu boşluğun kapatılmasını amaçlamaktadır. Bu durumda beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesinin en az birbiri ile eşit olması ya da algılananın beklenenden fazla olması beklenir.

Tüm bu farklardan yola çıkarak, hizmet sunanlar, hizmeti kullanacak müşterilerin beklemedikleri hizmet kalitesini iyi çözümlenip, işletme politikaları çerçevesinde kalite belirleyicilerini doğru olarak betimleyebilirler ve bunları hizmet sunumunda kullanabilirler ise, müşterilere işletme hakkında verilen doğru mesajlar ile hizmet kalitesi algılarını iyi yönetebilirler.

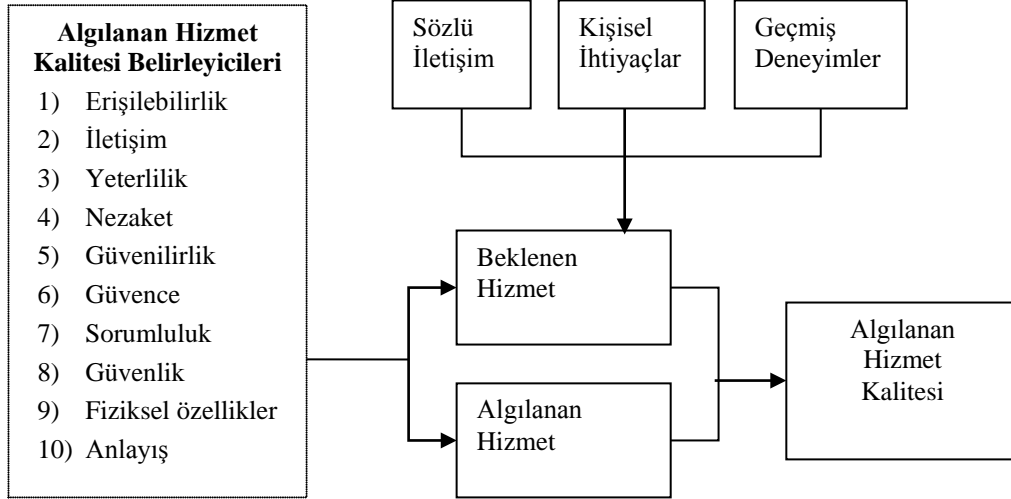
Yapılan bu çalışmalar Parasuraman vd.'nin geliştirdiğı ServQual ölçeğine temel oluşturmuştur (Saat, 1999:113). Parasuraman ve arkadaşları bu modeli geliştirirken hizmet sektöründe bulunan bütün alt kolların ve firmaların kullanabileceğı bir ölçek geliştirme amacıyla araştırmalarını yapmışlardır. Farklı alanlarındaki firmalarla yaptıkları geniş kapsamlı araştırmalardan sonra 1985'te araştırmalarının sonuçlarını yayınlamış ve hizmet kalitesinin belirleyici olarak on adet hizmet kalitesi unsuru uygun görmüşlerdir. Bu unsurlar sırasıyla erişilebilirlik, iletişim, yetkinlik, nezaket, güvenilirlik, güvence, sorumluluk, güvenlik, fiziksel özellikler ve anlayış olarak adlandırılmaktadır. (Parasuraman vd., 1985:48).

Şekil 1.4.'te bahsedilen algılanan hizmet kalitesi belirleyicilerinden *iletişim*, hizmet sağlayıcılar tarafından hizmet alanlar ile, aralarındaki bireysel farklılıklara bakılmaksızın, doğru ve etkili bir sözlü iletişim kurulması gerektiğini belirten boyuttur. Bu boyut sunulan hizmetler ile ilgili farklı müşteri gruplarına farklı yollarla anlaşılır biçimde, hizmetin ne olduğunu, maliyetinin ne kadar olacağını,



maliyet ve hizmet arasındaki dengenin açıklanmasını ve son olarak da tüketicinin bir sorunu olduğunda çözülebileceğinin garanti altına alınmasını içermektedir.

### Şekil 1.5: Algılanan Hizmet Kalitesi Belirleyicileri



**Kaynak:** Parsu Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml ve Leonard L Berry (1985); "A conceptual model of service quality and its implications for future research," Journal of Marketing, s. 48.

*Yeterlilik*; hizmet verilen birim personelinin konusu ile alakalı olarak yeterli donanım, bilgiye ve beceriye sahip olması olarak açıklanabilir. Hizmetin sunumu sırasında var olan direkt iletişime geçilen personelin gereken bilgi ve beceriye sahip olması ile hizmet sunumu sırasında diğer yardımcı personelin de aynı seviyede bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Ayrıca hizmeti veren kuruluşun araştırma yeteneğinin de var olması gerekmektedir. Üçüncü basamak hizmet veren bir hastanede uzmanlaşma seviyesinin artması buna örnek gösterilebilir.

*Nezaket boyutu*, hizmetin sunulduğu sırada direkt olarak iletişime geçilen personelin, hizmet kullanıcılarına karşı anlayışlı ve nazik olmasını içerir. Hizmet sunanların hizmet kullanıcısının varlığına ve bulunduğu yere özen göstermesi ile hizmet sunanların kıyafetlerinin temizliği bu boyutu açıklamaya yardımcı olur.

*Güvenilirlik*, inanılabilirlik ve dürüstlüğü içeren bir boyuttur. Personelin hizmeti alanlarda kendilerine karşı haklarının korunduğu anlayışı yaratarak, hizmeti alanların güven duygularının kazanılmasını anlatır. Örneğin, firmanın ismi, firmanın tanınırlığı, iletişime geçilen personelin belirgin özellikleri bu boyutu etkileyen konulardır.

*Güvence*, hizmet sunumundaki performans ile hizmetin güvenilirliğinin tutarlı olup olmamasını ifade eder. İşletmelerin hizmeti doğru zamanda ve söz

verdikleri gibi gerçekleştirmeleri, özellikle doğru faturalandırma, kayıtların doğru tutulması ve belirlenen zamanda hizmetin sunulması bu boyutun içeriğini oluşturur.

*Sorumluluk*, hizmet sunanların hizmetin sunuma hazır ve istekli olmaları ile ilgilidir. Hizmetin zamanında yapılmasını ifade eder. Bir evrağın derhal postalanması, hızlı bir şekilde randevu oluşturulması bu boyuta örnek gösterilebilir.

*Güvenlik*, hizmet sırasında risklerin, olumsuzlukların ya da hataların ortadan kaldırılarak hizmeti alanların endişelerinin ortadan kaldırılıp kendilerini güvende hissetmelerinin sağlanmasını açıklayan bir boyuttur. Hizmet kullanıcılarının kişisel verilerinin korunması da bu boyutta gösterilebilir.

*Fiziksel özellikler*, hizmet sırasında kullanılmış olan bütün ürünlerin, malzemelerin, teçhizatın, aletlerin, bina ve makinelerin vb. gibi diğer hizmet sunumunda kullanılan birimler ile hizmeti sunan personelin görünümü ile diğer hizmet alan müşterileri kapsamaktadır.

Son olarak *anlayış/ müşteriye tanıma*, hizmet sunucuların hizmeti alanların isteklerini ve ihtiyaçlarını anlamaya çalışmasını ve çaba göstermelerini ifade eder. Müşterilerin belirgin isteklerini anlayabilmek, müşteriye bireysel olarak özen göstermek ve devamlı müşterilerin tanınması gibi konular bu boyutun alt boyutları olarak sıralanabilir (Parasuraman ve vd., 1985:47).

Bu çalışmayı yapan araştırmacılar zaman içerisinde yapılan çalışmalar ile bu on boyutun birbiri ile olan bağlantılarının çok kuvvetli olduklarını farketmişlerdir. Bu güçlü bağlantılardan yola çıkarak modeli biraz daha sadeleştirme adına yeterlilik, nezaket ve inanılabilirlik hizmet kalitesi boyutlarını güven boyutu altına; ulaşılabilirlik, iletişim ve anlayış boyutlarını ifade etmek için empati isimli yeni bir boyut geliştirerek bu boyut altında ifade etmişlerdir. Sonuç olarak son şekli verilen “Kavramsal Hizmet Kalitesi” modeline göre beş adet hizmet kalitesi alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati boyutlarıdır. Hizmet sektöründe faaliyet gösteren firmalar karlılığını arttırmak için bu beş hizmet kalitesi alt boyutunu geliştirmelidir (Parasuraman vd., 1990:42).

### **SERVPERF (Service-Performance) Modeli:**

Cronin ve Taylor'un geliştirdiği SERVPERF modeli adını (service) ve (performance) kelimelerinin birleştirilmesiyle almıştır ve ServQual modelinde yer alan hizmet kalitesi boyutlarını kullanarak tüketicilerin beklenti ve algıları arasındaki farkı ölçmek yerine, hizmet kalitesini alan kişilerde bıraktığı etki olarak görüp doğruca işletmenin performansını ölçmeyi temel almışlardır. Araştırmacılar Servperf modelini, ServQual modelinde kullanılan 22'şer beklenti ve algı sorgusunu, yalnızca 22 algı sorgusu kullanarak uygulamışlardır, modelde ServQual ölçeğinde müşteri beklentilerini ölçen kısma gerek duymamışlardır. Araştırmacılar, Servperf modeli ile tüketici memnuniyeti kavramını da ele almak gereğini ifade etmiş tüketicilerin daima yüksek kaliteli hizmetleri tercih etmeyeceklerini fakat yüksek memnuniyet sağlayacak hizmetleri tercih edeceklerini savunmuşlardır. Tüketicilerin memnuniyetinin uzun dönemde tüketici davranışları ile hizmet kalitesinin belirleyicisi olarak düşünöen araştırmacılar, tüketicilerin beklenti ve algılarının arasındaki farkı ölçen ServQual ölçeğinden bu nedenden dolayı daha etkili olduğunu savunmuşlardır (Cronin ve Taylor, 1994:77).

## **2. SERVQUAL İLE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ**

Araştırmacılara göre, karlılığı ve müşteri memnuniyetini arttırmak için önemli bir yeri olduğu için iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hedeflenen hizmet kalitesinin öncelikle ölçülmesi gerekmektedir. Bu zaruriyetten dolayı araştırmacılar bir takım ölçüm modelleri geliştirmişlerdir. Bu bölümde hizmet kalitesi ölçümü için Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen model anlatılacaktır.

### **2.1. ServQual Modelinin Geliştirilmesi**

ServQual Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından 1983–1990 yılları arasında geliştirilen ve hizmet kalitesi ölçme çalışmalarında kullanılan en geniş kapsamlı araştırmalardandır. Parasuraman ve arkadaşları ServQual ölçeğinin en önemli kalite boyutlarını içerdiğini savunarak, bu ölçeğin uluslararası boyutta her türlü sektöre uygulanabileceğini savunmuşlardır.

Parasuraman ve arkadaşları 1988’de dört farklı hizmet sektörü üzerinde çalışma yaparak bütün hizmet sektörleri için kullanılabilir bir ölçüm modeli geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Yapılan bu çalışma sonucunda ServQual Ölçeği’ni oluşturmuşlardır. Parasuraman ve arkadaşları çalışmada daha önce belirtilen on hizmet kalitesi boyutunu (güvenlik, heveslilik, yeterlilik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim, inanılabilirlik, güven, anlayış, fiziksel özellikler) ölçmeye yönelik oluşturdukları 97 soruluk bu ölçek iki farklı kısımdan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci kısmı müşterilerin beklentilerini ölçmeye yönelik iken ikinci kısmı müşteri algılarını ölçmeye yöneliktir. ServQual ölçeği oluşturulurken güvenilirlik katsayısı yüksek olan 7’li likert ölçeği kullanılmıştır. Likert ölçeğinde 1 rakamı kesinlikle katılmıyorum anlamına gelirken 7 rakamı kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir. Aradaki sayılar için herhangi bir ifade belirtmeyen ServQual ölçeği, oluşturduğu maddeleri yarı yarıya pozitif ve negatif olarak ayırmıştır. Parasuraman ve arkadaşları ServQual ölçeğini ilk oluşturduğunda 97 soru ile başlamışlar fakat bu sayıyı zamanla 22’ye kadar düşürmüşlerdir.

### **2.2. ServQual Boyutları**

Model alt boyutlarından bahsetmek gerekirse, bu beş boyut, hizmet kalitesini çok farklı yönlerden değerlendirmekte ve müşteri memnuniyeti için

müşteri-hizmet sağlayıcı ilişkisini vurgulamaktadır. Tablo 2.1’de de görüleceği üzere boyutlar aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir.

**Tablo 2.1: ServQual Boyutları**

Boyutlar	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	Hizmetlerin sunulduğu fiziki ortam ve kullanılan teçhizatların görünümü
Güvenilirlik	Hizmetin sunulduğu her seferde aynı şekilde, eksiksiz ve güvenilir olarak yerine getirilmesi yeteneği
Heveslilik	Hizmet sunanların tüketicilere sundukları hizmette hızlı, hevesli ve istekli olma yetenekleri
Güven	Hizmet sunanların hizmet hakkında bilgili olması, tüketici de güven duygusu yaratabilmesi, sunum sırasında kibar ve nazik olunması
Empati	İşletme ve çalışanların müşterilere gösterdikleri duyarlılık ve ilgi

**Kaynak:** Valerie A. Zeithaml ve Mary Jo Bitner (2000); “*Services Marketing*,” New York, s. 176.

Fiziksel özellikler boyutu hizmet alınan yerin görüntüsü, donanımı, personel ve iletişim materyallerini kısaca müşterinin hizmeti nerede ve hangi şartlarda aldığını ifade ederken güvenilirlik boyutu ise, söz verilen hizmeti doğru şekilde belirtildiği gibi, yanlışsız ve güvenilir biçimde yerine getirme becerisini sorgulamaktadır. Heveslilik boyutu ise hizmeti sunan personelin her an müşterilere yardım etme ve hızlı servis sağlayabilme yeteneğini ifade eder. Dördüncü boyut olan güven çalışanların nezaketini, bilgisini ve kalitesini incelerken, aradaki ilişkiyi güven duygusuna çevirebilme yetisi açıklamaktadır. Son boyut olan Empati, bireyselleşmiş, müşteriye özel hizmet ve ilgiyi açıklarken, hizmet sağlayıcının müşteriyi anlayıp anlamadığını ölçmeye çalışmaktadır.

Parasuraman vd.’nin ileriki yıllarda beş boyuta indirgedikleri modele ek olarak profesyonellik ( Lee vd., 2000; Araslı vd., 2008; Handayani vd., 2015); müşteri tatmini, rekabet, ulaşım, nezaket, güvenlik, kredibilite ve interaktivite (Pakdil ve Harwood, 2005; Araslı vd., 2008); kullanılabilirlik ( Strawderman ve Koubek, 2006); yönetim kalitesi (Dagger vd., 2007), iyileşme/şifa bulma ( Kıdak vd.,2015) gibi boyutlar da eklenerek çeşitli çalışmalar yapılmış olsa da bir çok araştırmacı hizmet kalitesi ölçümü yaparken bu beş boyutu incelemişlerdir (Lin vd., 2009; Pekkaya ve Başaran, 2011; Roohi vd., 2011; Işık vd., 2011; Altuntaş vd., 2012; Purcărea vd., 2013; Kitapçı vd., 2014; Rezaei vd., 2016).

Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ServQual Modeli, günümüzde hizmet kalitesi ölçümlerinde genel anlamda en iyi bilinen ve en çok kullanılan yöntem olarak bir çok farklı sektörde yol gösterici olarak kullanılmıştır (Landhari, 2009:172; Athanassopoulos, 2000:192; Altuntaş vd., 2012:1380). Literatüre bakıldığında konu ile ilgili olarak yapılmış bir çok çalışmaya rastlamak mümkündür ve bunlardan dikkat çekici olanlar Tablo 2.2’de verilmiştir.

**Tablo 2.2: ServQual Modelini Çeşitli Sektörlerde Uygulayan Bazı Çalışmalar**

Sektör	Araştırma
Bankacılık ve Finans	Mels vd., 1997; Lassar vd., 2000; Newman, 2001; Lam, 2002; Chi Cui vd.,2003; Arasli vd., 2005; Çiçek ve Doğan, 2009; Banar ve Ekergil, 2010.
Havayolu	Sultan ve Simpson Jr., 2000; Frost ve Kumar, 2001; Okumuş ve Asil, 2007; Pekkaya ve Akıllı, 2013.
Yeme -içme	Cronin ve Taylor, 1992; Bojanic ve Rosen, 1994; John ve Tyas, 1996; Douglas ve Connor, 2003; Yelkur ve Chakrabarty, 2006; Quin ve Prybutok, 2008; Tan vd., 2014.
Konaklama	Devi Juwaheer, 2004; Nadiri ve Hussain, 2005; Markovicand Sanja, 2010; Pekkaya ve Başaran,2011; Kalotra ve Sharma, 2017.
GSM	Kothari vd., 2011; Hotamışlı ve Eleren, 2011; Meral ve Baş, 2014; Alnsour vd., 2014; Aydınli ve Şenyürek, 2016.
Kütüphanecilik	Cook ve Thompson, 2000; Hernon ve Calvert, 2005; Güzel ve Kotan, 2013; Can,2016
Sağlık	Babakus ve Mangold, 1992; Devebakan ve Aksaraylı, 2003; Sohail, 2003; Rahman vd., 2007; Büyüközkan vd.,2011; Gardan ve Gardan , 2014

Daha önceki kısımlarda bahsedildiği gibi Parasuraman ve arkadaşları ServQual Ölçeği’ni geliştirirken hizmet sektörü dâhilindeki bütün dallarda uygulanabilecek bir ölçek olması yönünde çaba göstermişlerdir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan ServQual ölçeğini kullanan Babakus ve Mangold, bu ölçeğin sağlık sektöründe de kullanılabileceğini savunmuşlardır. Birçok hizmet sektörünün birçok dalında test edilmiş olan ServQual ölçeğinin hastanelerde de uygulanıp uygulanamayacağını test etme amacıyla yaptıkları çalışmada neticesinde ServQual ölçeğinin sağlık alanında uygulanabilir olduğu, ayrıca hizmet kalitesi ölçümünün hasta ve personel için iyileştirmeler yapılabilmesi adına gerekli olduğu vurgulanmışlardır (Babakus ve Mangold, 1992:767).

### 2.3. ServQual Soru Formu

ServQual soru formunun birinci bölümü beklenti ve algı olmak üzere 22’şer soruluk kısımdan meydana gelmektedir. ServQual ölçeğinde bulunan her boyuta karşılık gelen soru sırası ve sorular aşağıdaki gibidir (Devebakan, 2006:139).

**Tablo 2.3: ServQual Boyutların Soru Sayıları**

Boyutlar	Boyutların ölçüldüğü soru sayısı
Fiziksel özellikler	1-4
Güvenilirlik	5-9
Heveslilik	10-13
Güvenilirlik	14-17
Empati	18-22

**Kaynak:** Nevzat Deveci (2006); “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite,” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, s. 139.

Beklenti cümlesi: “Telefon şirketleri kayıtları doğru olarak tutar.” Algılama cümlesi: “X şirketi kayıtları doğru tutar” olarak belirlenmiştir. Beklenen hizmet kalitesini ölçen maddelerin skorlarının çok yüksek çıkması ile daha sonra yapılan çalışmalarda bu maddeler, Beklenti cümlesi: “En iyi telefon şirketleri kayıtlarını doğru olarak tutarlar” olarak değiştirilmiş, algılama maddeleri değiştirilmeden kalmıştır (Lee vd., 2000:218).

### **ServQual Ölçeğinde Beklentiler Bölümüne Ait Sorular**

#### **Fiziksel Özellikler Boyutu Konuları**

1. En iyi .....şirketlerinin çağdaş ve teknolojik donanımları vardır.
2. En iyi.....şirketlerinin fiziksel ortam ve imkanları çekicidir.
3. En iyi.....şirketlerin personeli temiz ve güzel görünümüdürler.
4. En iyi .....şirketlerin ek hizmetleri de vardır ve çekicidir.

#### **Güvenilirlik Boyutu Konuları**

5. En iyi .....şirketleri hizmeti söz verdikleri zamanda sunarlar.
6. En iyi .....şirketlerinin personeli sorunlar karşısında olumlu davranırlar.
7. En iyi .....şirketlerinin personeli hizmeti hemen gerçekleştirirler.
8. En iyi .....şirketlerinin personeli hizmeti söz verdikleri sürede sunarlar.
9. En iyi .....şirketlerinin kayıtları güvenilir ve hatasızdır.

#### **Heveslilik Boyutu Konuları**

10. En iyi.....şirketlerinin personeli hizmetin gerçekleşeceği zamanı tam olarak söylerler.
11. En iyi.....şirketlerinin personeli hizmeti en kısa zamanda verirler.

12. En iyi.....şirketlerinin personeli hizmet vermeye gönüllü ve isteklidirler.

13. En iyi.....şirketlerinin personeli hizmet alanların isteklerini hemen yerine getirirler.

### **Güven Boyutu Konuları**

14. En iyi.....şirketlerinin personeli müşterilerine güven verirler.

15. En iyi.....şirketlerinin müşterileri, aldıkları hizmete güvenirlir.

16. En iyi.....şirketlerinin personeli müşterilerine karşı kibar ve saygılıdır.

17. En iyi.....şirketlerinin personeli hizmet sürecine yönetimden yeterli desteği alır.

### **Empati Boyutu Konuları**

18. En iyi.....şirketleri personeli müşterileri ile bireysel olarak ilgilenirler.

19. En iyi.....şirketlerinde çalışma saatleri müşteri istek ve ihtiyaçlarına göre belirlenir.

20. En iyi.....şirketlerinin personeli müşterilerine özel ilgi gösterirler.

21. En iyi.....şirketleri müşterilerin çıkarlarını gözeterek hizmet verirler.

22. En iyi.....şirketlerinde personel müşterilerinin özel ihtiyaçlarını anlarlar.

### **ServQual Ölçeğinde Algılar Bölümüne Ait Sorular**

#### **Fiziksel Özellikler Boyutu Konuları**

1. ....şirketini çağdaş ve teknolojik donanımları vardır.

2. ....şirketinin fiziksel ortam ve imkanları çekicidir.

3. ....şirketinin personeli temiz ve güzel görünümlüdürler.

4. ....şirketinin ek hizmetleri de vardır ve çekicidir.

#### **Güvenilirlik Boyutu Konuları**

5. ....şirketi personeli söz verdikleri zamanda sunarlar.

6....şirketi personeli sorunlar karşısında olumlu davranırlar.

7. ....şirketi personeli hizmeti hemen gerçekleştirirler.

8. ....şirketi personeli hizmeti söz verdikleri sürede sunarlar.



9. ....şirketi kayıtları güvenilir ve hatasızdır.

#### **Heveslilik Boyutu Konuları**

10. ....şirketinin personeli hizmetin gerçekleşeceği zamanı tam olarak söylerler.

11. ....şirketinin şirketlerinin personeli hizmeti en kısa zamanda verirler.

12. ....şirketinin personeli hizmet vermeye gönüllü ve isteklidirler.

13. ....şirketinin personeli hizmet alanların isteklerini hemen yerine getirirler.

#### **Güven Boyutu Konuları**

14. ....şirketi personeli müşterilerine güven verirler.

15. ....şirketinin müşterileri, aldıkları hizmete güvenirler.

16. ....şirketinin personeli müşterilerine karşı kibar ve saygılıdır.

17. ....şirketinin personeli hizmet sürecine yönetimden yeterli desteği alır.

#### **Empati Boyutu Konuları**

18. ....şirketi personeli müşterileri ile bireysel olarak ilgilenirler.

19. ....şirketlerinde çalışma saatleri müşteri istek ve ihtiyaçlarına göre belirlenir.

20. ....şirketinin personeli müşterilerine özel ilgi gösterirler.

21. ....şirketi müşterilerin çıkarlarını gözetenek hizmet verirler.

22. .... şirketlerinde personel müşterilerinin özel ihtiyaçlarını anlarlar.

İkinci kısımda hizmet kalitesi ölçülen firma tarafından sunulan hizmetler hakkında müşterilerden hangi boyutlara daha çok önem verildiğinin ortaya çıkarılması için toplam 100 puanı bu 5 soruya dağıtmaları istenmiştir.

#### **2.4. ServQual Sonuçlarının Hesaplanması**

Ölçek uygulandıktan sonra her bir boyut için elde edilen skorlar ile beklenti ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki farklılıklar hesaplanır. Bu farklılık hesabından sonra soru sayısına göre her bir boyut için kalite sonuçları hesaplanır. Son olarak elde edilen sonuçlar örneklem büyüklüğüne bağlı olarak oranlanır ve her boyut için ServQual skoru elde edilir (Devebakan, 2001:89).

FO: Fiziksel Özellikler Boyutu Skoru

GV: Güvenirlilik Boyutu Skoru

HE: Heveslilik Boyutu Skoru

G: Güven Boyutu Skoru

E: Empati Boyutu Skoru

$$FO = [(A1-B1) + (A2-B2) + (A3-B3) + (A4-B4)] / 4$$

$$GV = [(A5-B5) + (A6-B6) + (A7-B7) + (A8-B8) + (A9-B9)] / 5$$

$$HE = [(A10-B10) + (A11-B11) + (A12-B12) + (A13-B13)] / 4$$

$$G = [(A14-B14) + (A15-B15) + (A16-B16) + (A17-B17)] / 4$$

$$E = [(A18-B18) + (A19-B19) + (A20-B20) + (A21-B21)] / 5$$

Eşit Ağırlıklı ServQual Skoru; bu skor, bir basamak önce tüm boyutlar için hesaplanan skorların toplanarak beşe bölünmesi ile bulunur ve aşağıdaki gibi formüle edilir.

$$SE = [ (FO ) + (GV) + (HE ) + (G ) + (E) ] / 5$$

Takan'a göre, ServQual ölçeği belirli aralıklarla yapılacak ölçümler ile tüketicilerin değişen beklenti ve algılarının ölçülmesini sağlar. Ayrıca firmalar ölçüm sonucu ortaya çıkan skorlar ile rakipleri arasındaki farklara bakarak üstün ve zayıf taraflarını belirleyebileceklerdir ( Takan, 2000:180).

Ağırlıklı ServQual Skoru; ölçeğin ikinci kısmında bulunan, anketi yapan her birey için hizmet kalitesi boyutlarına verdiği 100 ile oranlanan her puandan elde edilen kat sayı, kalite boyutunun skoru ile çarpılması ve elde edilen toplamın 5'e bölünmesi ile bulunur.

$$SA = [(FO * k1) + (GV *k2) + (HE *k3) + (G*k4) + (E *k5 )] / 5$$

(k: bireylerin her boyut için verdiği puanların 100 ile oranlanması ile bulunan hizmet kalitesi boyutunun ağırlık katsayısı).

Araştırmacılar ölçeğe verdikleri son şekilde 5'li likert tipi ölçek kullanmışlardır. 1 rakamı “kesinlikle katılmıyorum”, 5 rakamı “kesinlikle katılıyorum” şeklinde düzenlemişlerdir. Skorlar -4 ile +4 arasında bir değer alacak olup, skor 0 olduğunda hasta beklentilerinin karşılandığı, pozitif yönlü olduğunda tatmin sağlandığı fakat negatif yönlü olduğunda da yeterli kalite algısı yaratılmadığı sonucuna varılabilir.

### 3. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ

#### 3.1. Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, kişilerde yalnızca hastalık ve/veya sakatlık olmayışı değil, aynı zamanda kişilerin bedenlen olduğu kadar ruhen ve sosyal açılardan da iyi bir halde bulunması olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmetleri de kişilerin hastalık teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yanında, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarını yükseltilmesi ile ilgili tüm faaliyetler olarak tanımlanmıştır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:18). Sağlık hizmetleri sosyal, politik, etik ve ekonomik sonuçları olan toplumun tamamına yayılan önemli bir konudur (Lupo, 2016:468). Sağlık kurumları sundukları hizmetlerde yalnızca bireylere karşı değil tüm topluma karşı sorumludurlar bu nedenle diğer hizmet sektörlerinden büyük ölçüde farklılık gösterirler. Sağlık Bakanlığı tanımına göre, sağlık hizmetleri; bireylerin durumlarını kontrol ettirmek için başvurdukları ya da ayaktan veya yatarak tedavi ve teşhislerin yapıldığı veya rehabilitasyon gibi hizmetlerin verildiği tıbbi kuruluşlardır. Sağlık kuruluşlarının temel görevi hizmet rolleri doğrultusunda sundukları tıbbi hizmetleri hasta hakları, güvenliği ve mahremiyeti ile personel güvenliği gözeterek kayıtların gizliliği esasına dayanarak vermektir (SB, 2013:3).

Sağlık hizmetlerinin birçok amacı bulunmaktadır. Bu amaçlardan başlıcaları; sağlığa olan talebi arttırmak, toplumun sağlıklı olmasını sağlamak, hastalık oluşmadan önce önlemler almak, hastalar için kısa sürede etkin çözümler üretmek, hastalık sonrası hastalığı atlatan kişilere destek olmaya devam etmek olarak sıralanabilir (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002:3).

Sağlık hizmetlerinin amaçları doğrultusunda içeriğine bakacak olursak; Sağlığın, korunması ve geliştirilmesi, sağlığı etkileyen ya da etkileyebilecek unsurların giderilmesi, bireylerin tekrar sağlıklı duruma getirilmesi için yapılacak tanı ve tedavileri, kalıcı hasarlarda ise bireylerin normal yaşamlarına uyum sağlayabilmeleri için gereken esenlendirme ve rehabilitasyon hizmetleridir.

### 3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün bir dalı olmakla birlikte kendine has özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri genellikle insanlar tarafından verildiği için uzmanlar tarafından sunulan emeğin çokça kullanıldığı soyut hizmetlerdir ve soyut olması sebebi ile ortaya çıkan sonuç ölçülemediği için bu konuda kalite düzeyini belirlemek zorlaşabilir. Bu hizmet ihtiyacının ne zaman ya da ne kadar doğacağı önceden bilinemez ve bu ihtiyaç ortaya çıktığı anda insan hayatı ile doğrudan alakalı olduğu için ertelenmeden giderilmesi gerekir. Bu nedenle sağlık hizmetleri ihtiyaç ortaya çıktığı anda acilen sunulması gereken ve ertelenmesi mümkün olmayan hizmetlerdir. Örneğin bir salgın hastalık sonucunun toplumun ne kadarını etkileyeceği asla kestirilemez ve kaynaklar ne olursa olsun tüm bulaşanlara o hizmetin acilen verilmesi gerekir.

Sağlık hizmeti alacak kişiler sunulacak hizmet hakkında bilgi sahibi değildirler bu süreci onlar adına hekimler ve diğer sağlık personelleri yürütür. Sunulan hizmetlerin çok çeşitli dallarda olması ve belirli uzmanlıklar gerektirmesi, hizmeti kullanacak bireyi hizmeti sunan tarafa bağımlı hale getirir (Ateş, 2011:5). Örneğin reçetelenecek ilaçlar ya da rehabilitasyon sürecinde yapılacak egzersizlerin süresinde hizmeti alanın hizmeti verenin talimatlarına uymak zorunda kalması gibi.

Bunların yanında sağlık hizmetlerinin sunum süreci sonunda çıktı ölçülemez. Sunulan hizmetlerin soyut olma özelliklerinden dolayı, sonuçta ne ile karşılaşılacağı önceden ve hizmet sunumu sırasında kestirilemez.

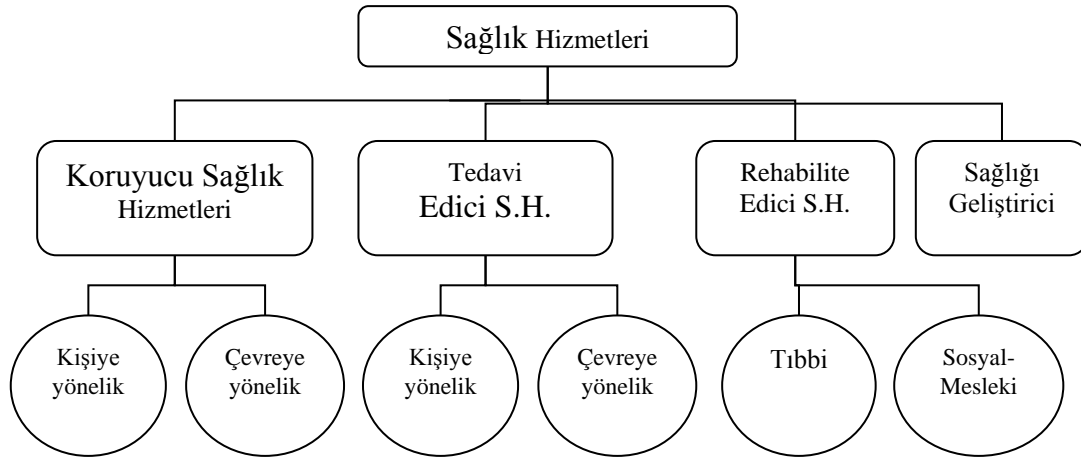
Sağlık hizmetleri, tüm toplumu hatta doğmamış bireyleri bile kapsadığı için verilen hizmet çeşitliliği doğum öncesinden ölüm sonrasına kadar geniş bir yelpazede verilir. Örneğin anne karnından alınan amniyo sıvısı ile belirli hastalıkların erken teşhisi ya da ölüm sonrasında kişilere yapılan otopsilerin hepsi birer sağlık hizmetidir.

Sağlık hizmetleri, yalnızca sağlık ile ilgili müdahaleleri değil aynı zamanda konaklama hizmetlerini de içine alan geniş bir hizmet sektörüdür. Hastanelerde ikişer, üçer, dörder kişilik odaların yanında kişinin isteğine bağlı tek kişilik oda hizmetlerinin verilmesi örnek gösterilebilir.

### 3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri birçok bileşen ve eylemden meydana gelen farklı kurumlarda sunulabilen hizmet çeşidi olup (Sayım ve Çıraklı, 2009:2), sınıflandırılırken genellikle dört ana başlıkta sınıflandırılırlar. Literatür tarafından kabul görmüş en yaygın sınıflandırmaya göre sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici, esenlendirici (rehabilite edici) ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana başlık altında incelenmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:35)

**Şekil 3.1: Sağlık Hizmetleri Sınıflaması**



**Kaynak:** Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım (2010); "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi," Siyasal Kitabevi, Ankara, s. 35.

**Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık etmeni ortaya çıkmadan kişileri dirençli kılmayı, etmen ortaya çıktıktan sonra ise erken teşhisi ve tedaviyi amaçlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler kişilere ve çevreye yönelik verilen hizmetler olmak üzere ikiye ayrılır. Kişisel sağlık hizmetleri içerisinde, hastalıkların erken teşhis ve tedavileri, bireylerin sağlık düzeyini ve sağlık bilgisini artırıcı (beslenme, hijyen, üreme, zararlı alışkanlıklar v.b. gibi), ana-çocuk sağlığı ve ilaçla koruma gibi hizmetler sayılabilir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri çevrede oluşabilecek ve insan sağlığına zararlı olabilecek koşulların oluşmasını engellemek veya bu koşulların insan sağlığına olan etkisini en aza indirmek gibi yöntemleri kapsamaktadır. Çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için sağlık personellerinin yanı sıra biyolog veya kimyager gibi meslek grupları da katkıda bulunur. Hava kirliliğinin denetlenmesi, katı atıkların denetlenmesi, su kaynaklarının temin edilmesi ve denetlenmesi, radyolojik zararların denetlenmesi vb. gibi birçok etken ile alakalı olan çevreye yönelik sağlık hizmetleri sağlık konusunda toplum düzeyince kitlesel sonuçlar

vermesi açısından önemli bir yere sahiptir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:37; Megep, 2015:4).

**Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Hastalık belirtisi, yaralanma veya kaza gibi durumlardan sonra sağlık düzeyleri bozulan bireylerin, normal durumlarına ulaşabilmeleri için uzman sağlık ekibi tarafından verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri gününbirlik veya ayaktan ve yataklı tedavi hizmetleri olarak ikiye ayrılır. Örneğin polikliniklerde gerçekleşen muayeneler ayaktan alınan hizmetler iken, servislerden alınan hizmetler yatarak tedavi hizmetlerindedir.

**Esenlendirici (Rehabilitasyon Edici) Sağlık Hizmetleri:** Yaşanılan hastalıklar sonucunda insanların tam anlamıyla eski hayatlarına dönmeleri zor olmaktadır çünkü bireyler tedavi sonrasında da bedensel ve/veya zihinsel açıdan zorluk çekebilmektedirler. Bu sebeple rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerini tamamlayıcı rolde gerekli olmaktadır. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki ana madde altında incelenmesi mümkün olan rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, hastaların tekrar toplum hayatına dönebilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon, genellikle bedensel olarak zorluk çeken bir hastaya karşı yapılmaktadır. Örneğin, vücudundaki kırık yerleri alçıdan çıkmış olan bir hastanın fizik tedavi hareketleri sonucunda kas gruplarını tekrar düzgün çalıştırabilmesi veya bacağını kaybetmiş bir hastaya protez bacak takılması gibi tıbbi rehabilitasyon yöntemleri sayesinde insanlar hastalanmadan önceki sağlıklı hayatına adapte edilmeye çalışılmaktadırlar. Sosyal rehabilitasyonda ise bireye psikolojik olarak destek vermenin yanı sıra, eski işinde çalışamayacak durumda olan bireylere yeni iş bulma gibi etkinlikler de bu grupta yer alır. Engelli çocuklar için açılan merkezler ya da cezaevinden çıkmış kişilerin çeşitli işlere yerleştirilmesi sosyal rehabilitasyona örnek gösterilebilir.

**Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri:** Bu sağlık hizmetleri bedensel ve zihinsel sağlık durumunun geliştirilmesi amacıyla ve insanların yaşam standardının yükseltilmesi için yapılan sağlık hizmetleridir. Spor salonları, masaj salonları, diyetisyen merkezleri gibi kurumlar bu kurumlara örnek gösterilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:35-38).

### **3.4. Sağlık Hizmetlerinin Düzeyleri**

Sağlık hizmetleri doğmamış bireylerden ölüm sonrası işlemlere kadar birçok hizmet çeşidini barındıran sunumlardır. Verilen hizmetin karmaşıklığına, uzmanlığına, hangi tür hastalık için verildiğine göre değişim gösteren bir yelpazedir. Burada karşımıza hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kavramları çıkmaktadır. Hizmet kapsamı, sunulan hizmetlerin çeşitliliğini ve bu süreçte kullanılan teknolojiyi ifade eder. Hizmet yoğunluğu ise bu süreçte uzmanlık ve tedavi edilen hastalık karmaşıklığını ifade eder.

#### **3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok koruyucu hizmetleri içerir. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık hizmeti sunanların, bu hizmetleri kullananlar ile ilk buluşma noktasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle çok yüksek uzmanlaşma seviyesi istemez ve temel amaçları sunulması çok maliyetli olmayan kapsamı dar hizmetlerin toplumun büyük çoğunluğuna verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri örnek olarak Aile Sağlığı Merkezleri, Dispanserler, Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri ve Kanseri Tarama Merkezlerinde verilir.

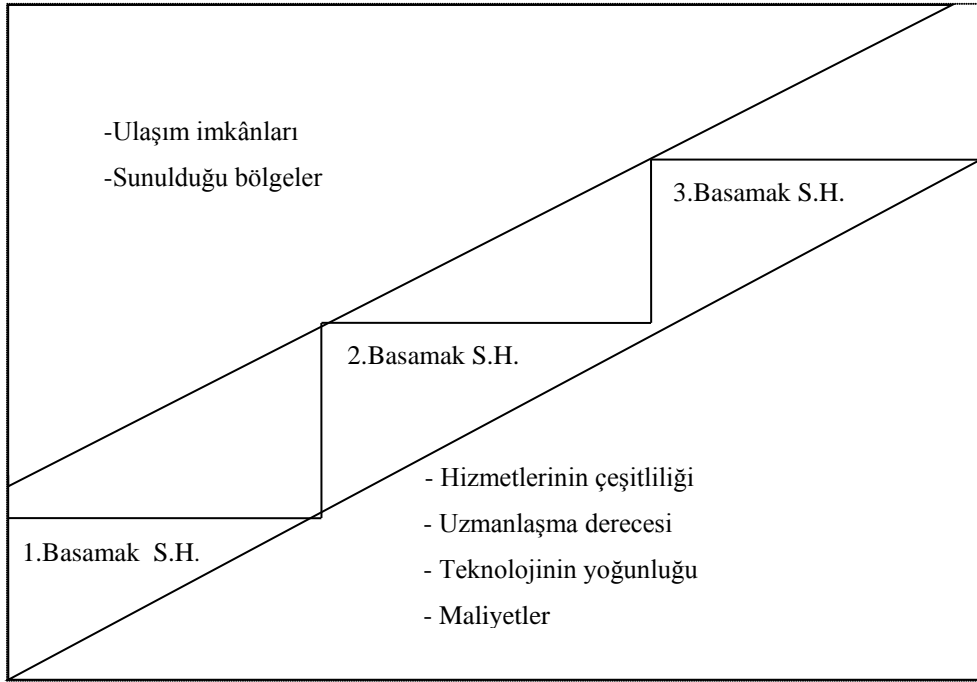
#### **3.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Uzmanlaşmış personel tarafından çeşitli büyüklükteki hastanelerde verilen tedavi hizmetlerini kapsar. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde her ne kadar koruyucu hizmetler verilebilse de temel amacı tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesidir.

#### **3.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri**

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, imkânsızlıklar nedeni ile ikinci basamakta veya birinci basamakta verilemeyen hizmetlerin verildiği, teknoloji ve uzmanlaşma açısından daha gelişmiş bölge, özel dal, araştırma ve eğitim hastanelerinde verilen hizmetlerdir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:40-41).

### Şekil 3.2: Sağlık Hizmetlerinin Düzeyleri



Şekil 3.2’den anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinde basamak arttıkça sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği, hizmeti sunan personelin uzmanlaşma derecesi, kullanılan teknolojinin yoğunluğu ve tüm bunların beraberinde getirdiği maliyetler de artmaktadır. Örneğin birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezleri’nde sunulan bağışıklama hizmeti için hemşire ya da ebe ile maliyeti düşük ekipmanlar ve bir oda yeterli olmakta iken, böbrek nakli için uzman personel tarafından yeterli ekipmanın ve ekibin bulunduğu uygun ameliyathaneye ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda basamaklar arttıkça hizmetlerin ulaşılabilirliği de azalmaktadır. Birinci basamak hizmetlerde maliyeti düşük hizmetler ile birçok kişinin hizmetten yararlanabilmesi sağlanmaktadır.

### 3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Önemi

Sağlık hizmetleri kalitesi, dar anlamda fiziksel ve fizyolojik fonksiyonlarla ölçülebilen bir gelişme, geniş anlamda ise yaşam kalitesini barındıran sağlıkta istenilen duruma ulaşma yeteneği olarak tanımlanmıştır (Donabedian, 1988:173). Sağlık sistemlerinin en önemli amacı, sağlığına kavuşmak isteyen bireylerin veya toplumların sağlıklı olmalarını sağlamaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin amacı, ihtiyacı olan tüm toplum bireylerinin bu hizmetlere erişebilirliğini eşit şekilde ve adaletli olarak sağlamak ve sunulan sağlık



hizmetlerinin çeşitliliğini, etkinliğini arttırarak kaliteli olarak sunmaktır. (Marşap vd., 2010:33).

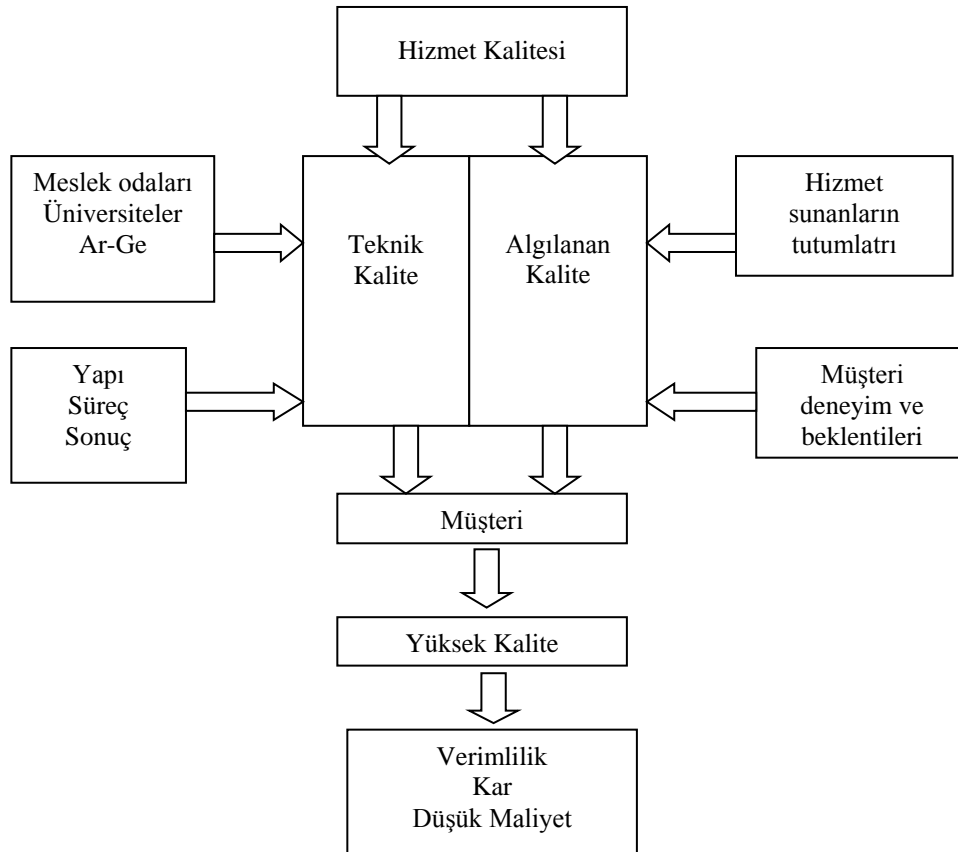
Etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, meşruluk ve eşitlik gibi kavramlar sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde önemli bir yer tutar. Etkenlik; kurumun sahip olduğu bilgi ve teknoloji ile en iyi bakımı sağlayabilme becerisi ve olarak tanımlanırken, etkililik ise kişilerin sağlık durumunda ortaya çıkarılabilecek iyileşme derecesinin somut biçimde görülmesidir. Etkili bir tedavi sürecine tabi olan hastaların, iyileşme düzeylerinde bir artış beklenir bu gerçekleşmediği zaman kaliteli hizmet verildiğini söylemek mümkün olmayabilir. Verimlilik; sağlıkta sunulan hizmetleri azaltmaksızın maliyetlerin düşürülmesi yeteneği, yani en az maliyetle en etkili hizmetin verilmesidir. Bu tanıma göre, aynı hastalığa tedavi olacak farklı yöntemlerden ucuz olanı daha kalitelidir. Optimallik; maliyetler ve faydalar arasındaki dengenin sürdürülebilmesi anlamına gelmektedir. Kabul edilebilirlik; doktor-hasta iletişimi, hizmete ulaşabilme, bakım maliyetleri gibi seçeneklerin hastaların isteklerine uydurulabilmesi yeteneği olarak görülür. Sağlık hizmetinin kabul edilebilir olması hastaların sunulan hizmetlere kolayca ulaşabilmeleri ve kullanabilmeleri, personelin hasta beklentilerine cevap vermesi, hizmet verilen yerin güven verici ve konforlu olması ve sunulan hizmetlerin ucuz ve etkili olması anlamına gelir. Meşruluk; toplumun tercihlerine uygun olan hizmeti verme yeteneği olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık kurumunda verilen hizmetler yasal olarak meşruluk göstermiyorsa tüketiciler tarafından kabul görmeyebilir. Son olarak, eşitlik; hizmet sunumu sırasında hastalar arasında ayırım yapılmadan adaletin uygulanabilmesi ve herkesin eşit şekilde fayda sayılabilmesi şeklinde anlatılabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:456).

Bütün sağlık işletmelerinin uygulaması gereken tek bir kalite arttırıcı yöntem veya teknik bulunmamaktadır. Fakat hizmet kalitesini arttırmak müşterilerin doyumunu arttıracacağı için, uzun vadede sağlık hizmetleri veren kurumlara fayda sağlayacaktır. Sağlık Bakanlığı kaliteli hizmet sunulmasının kullanıcılar açısından güven kazandırdığı, kuruma prestij sağladığı, verimliliğin artarak maliyetleri azalttığını belirtmiştir (SB, 2005:12). Sağlık hizmeti alanların daha fazla ödeme eğiliminde bulunmalarında algılanan hizmetin kalitesinin yönü

önemli olmakla birlikte (Dölarslan ve Özer, 2014:50), sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi hizmet alanların tekrar hizmet almalarını sağlayabilmek ve hizmetlerde iyileştirilmesi gereken alanları belirleyebilmek için önemlidir (Kıdak vd., 2015:486; Devebakan, 2006:144). Sağlık hizmetlerinde bunu başaran bir sağlık kuruluşu, kaliteyi yakalamış ve finansal anlamda da başarıyı gerçekleştirmiş olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi, teknik ve fonksiyonel olmak üzere iki gruba ayırmak mümkündür. Teknik kaliteyi belirleyen süreçler daha çok tanı, teşhis ve tedaviyi kapsayan ve ölçülebilmek için uzmanlaşma derecesi isteyen bir kavramdır. Örneğin sağlık kuruluşlarındaki yatak sayısı, ölüm-doğum oranları, enfeksiyon oranları, kullanılan makine ve teçhizatların gelişmişliği, çalışan sağlık personelinin uzmanlaşması gibi veriler sağlık hizmetini alan hastalar tarafından bilinemeyen bu sebeple onlar tarafından değerlendirilemeyen teknik konulardır. Sağlık kurumlarında teknik kalitenin daha sayısal ve objektif olmasından dolayı ölçülmesi daha kolaydır. Sağlık kurumlarında tüketiciler, hizmetin teknik yönünü değerlendiremediklerinden, bu süreçte hizmetin nasıl sunulduğu, sağlık hizmetleri kalitesinin belirleyiciliğinde önemli rol oynar (Devebakan, 2006:134). Fonksiyonel kalite, sağlık hizmeti alanların bu süreçteki deneyimleri ile alakalıdır ve kaliteyi değerlendirirken bu deneyimlere göre bir değerlendirme yaparlar. Örneğin sağlık kurumuna ulaşabilmedeki rahatlık, sağlık kurumunun temizliği, poliklinik ve kliniklerden alınan hizmetin hızı, sağlık personelinin ilgisi gibi deneyimler hizmetin kalitesini değerlendirmede önemli rol oynayacaktır. Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kaliteli olarak değerlendirilebilmesi için hem bu hizmetlerin bilimsel standartlara uygun olarak verilmesi hem de hizmeti tüketenler tarafından kaliteli olarak algılanması gerekmektedir (Devebakan, 2003:45).

**Şekil 3.3: Algılanan Hizmet Kalitesi Belirleyicileri**



**Kaynak:** Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım (2010); “*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*,” Siyasal Kitabevi, Ankara, s. 454.

Kavuncubaşı ve Yıldırım, teknik kalite ile hizmet sunanların tutum ve davranışları sonucunda hizmeti alanlarda oluşturdukları kalite algısının birleşimi sonucu kurumun genel kalitesinin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Sonuç olarak yüksek kaliteli hizmet sunulması ile işletmelerin verimliliğinin ve karlılığının arttığını söylemişlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 455).

### 3.6. Sağlık Hizmetleri Kalitesi Ölçümü Üzerine Yapılmış Çalışmalar

Parasuraman vd. tarafından ortaya çıkarılan hizmet kalitesi modeli, sağlık alanındaki karar vericilere hizmet kalitesi hakkında yararlı bilgiler sağlayabilecek bir yöntem olmuştur ve sağlık alanında da birçok araştırmacı tarafından kullanılan bir yöntemdir (Asadi vd.,2004; Rahman vd., 2007; Zarei vd., 2012; Savaş ve Kesmez, 2014; Altuntaş vd., 2012; Kıdak vd., 2015). Tablo 3.1’de görüleceği üzere ServQual ölçeği ile sağlık alanında yapılmış bir çok güncel çalışma mevcuttur.

**Tablo 3.1: Sağlık Hizmetlerinde ServQual Modelli Bazı Çalışmalar**

Araştırma	Örnek	Yöntem	Sonuç
Lin vd., (2009)	Tayvan Taichung Göz Merkezine LASIK tedavisi için gündelik yatış yapan 466 hasta	T test, ANOVA, Faktör analizi, t test Veri: 7'li likert	En büyük boşluk E boyutundadır.
Butt ve Cyril de Run, (2010)	Malezya'da bulunan özel doktorlara ya da hastanelere başvuran 340 hasta üzerinde	Faktör analizi, T test, Veri: 7'li likert	Tüm boyutlarda boşluklar mevcut olup, GV ve H boyutları en fazla boşluğa sahiptir.
Roohi vd., (2011)	İran'ın Gülistan eyaletinde birinci basamak sağlık merkezine başvuran rassal seçilen 225 hasta üzerinde	Tanımlayıcı istatistik teknikleri, Wilcoxon, Veri: 5'li likert	Tüm boyutlarda boşluklar mevcut olup, en büyük boşluk GV ve E boyutundadır. En az boşluk fiziksel boyutta görülmüştür.
Işık vd., (2011)	Sakarya'da özel ya da kamusal sağlık hizmeti almış kişilerden tabakalı rastgele örnekleme yoluyla seçilen 610 hasta	Faktör analizi, Veri: 7'li likert	Hizmet kalitesi beklenti ve algılama arasındaki en büyük boşluk G boyutunda ve en az E boyutundadır.
Papatya vd., (2012)	Kırıkkale il merkezinde faaliyet gösteren iki özel hastaneyi karşılaştırmak için, ayakta başvuran hastalardan kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen 800 hasta	Faktör analizi, T test, ANOVA, Veri: 5'li likert	A sağlık kuruluşu için en büyük fark E boyutundadır. En az fark H boyutundadır. B sağlık kuruluşu için en büyük fark GV boyutundadır. En az fark ise FO boyutundadır.
Zarei vd., (2012)	Tahran'da bulunan 8 özel hastaneden seçilen ve 15 yaş üzeri 983 hasta	Faktör analizi, T test, Kruksal Wallis, Veri: 5'li likert	En düşük fark FO ve en yüksek fark E boyutundadır
Papaniko-laou ve Zygariis, (2012)	Yunanistan Attica'da bulunan birinci basamak sağlık merkezine başvuran 450 hasta üzerinde	T test, ANOVA, Veri: 7'li likert	En büyük boşluk E boyutundadır. Bunu FO ve G takip eder.
Purcărea vd., (2013)	Romanya jinekoloji forumuna üye olan ve devlet hastanesinde en az bir kez hizmet almış 183 kadın hasta	Faktör analizi, T test, Veri: 5'li likert	En büyük boşluk FO, H ve GV boyutlarındadır.
Abousi ve Atinga, (2013)	Gana'nın 5 Kamu hastanesinde kayıtlı 250 hasta	T test, Faktör analizi, Varimax rotation, Veri: 5'li likert	Algılanan hizmet kalitesi tüm kalite boyutları için beklenenin altındadır.
Al-Borie ve Damanhour, (2013)	Suudi Arabistan'da bulunan bir kamu ve 5 özel hastaneye başvuran 749 hasta	Tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistik teknikleri	Kamu hastanesinde hizmet kalitesinde FO, E ve G önmlü iken özel hastanede sırasıyla G, E ve FO'dur.
Kitapçı vd., (2014)	Sivas'ta bir üniversite hastanesine ayakta başvuran 369 hasta	T test, AMOS 5.0, Veri: 5'li likert	E ve G memnuniyeti en çok belirleyen boyutlardır.
Li vd., (2015)	Çin'de buluna 9 şehir hastanesine başvuran yatarak ve ayakta hizmet alan 3071 hasta	Faktör analiz, T test, ANOVA, Regresyon analizi, Veri: 5'li likert	FO ve GV boyutunda ayakta yerine yatan hastaların daha fazla memnuniyet söz konusudur.
Rezaei, vd., (2016)	İran Kermanshah Tıp Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı 7 Eğitim Hastanesine başvuran ve en az hastanede 2 gün yatmış 400 hasta	Wilcoxon testi, Kruskal-Wallis, Veri: 5'li likert	Tüm boyutlarda boşluklar mevcut olup, en yüksek boşluk G, en az boşluk da GV boyutundadır. GV boyutu ise en önemli boyut olarak değerlendirmiştir.

GV: Güvenilirlik; FO: Fiziksel ortam; H: Heveslilik, G: Güvence, E: Empati

Lin vd. (2009)'nin Tayvan'da bulunan bir göz merkezinde yaptıkları çalışmaya, bu merkezde LASIK tedavisi için gündelik gelen ya da yatış yapan 466 hastayı dâhil etmişlerdir ve ölçümde 7'li likert ölçeği kullanmışlardır. Hastane hizmet kalitesini etkileyen 5 boyut (GV: Güvenilirlik; FO: Fiziksel ortam; H:

Heveslilik, G: Güvence, E: Empati) 22 ServQual konusu ile incelenmeye çalışılmış, güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarında hizmet kalitesi açısından boşlukların mevcut olduğunu ve en büyük boşluğun empati boyutunda olduğunu bulmuşlardır. Uygulamada, bu skorlarda pozitif değerlere pek rastlanmadığı için negatif boşluk değerleri bağıl olarak karşılaştırılabilmekte, negatif sayının mutlak değerce büyük olması o ölçüde memnuniyetsizliği, 0 ya da 0'a yakın olması o ölçüde beklentilerin karşılanıp bireyin memnuniyetinin yüksekliğini göstermektedir. Bu açıdan, eğitim seviyesi arttıkça beklenti seviyesi düşmüş, farklı meslek gruplarında beklenti skorları açısından belirgin farklılıklar görülmüştür. Ayaktan sağlık hizmeti alan hastaların fiziksel ortam ve güvenilirlik boyutlarında, yatan hastalardan daha memnun olduklarını, ayrıca 60 yaş ve üstü hastaların 40-49 yaş aralığındaki hastalardan güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarında daha yüksek algı skorlarına sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Butt ve Cyril (2010)'in Malezya'da bulunan özel doktorlara ya da hastanelere başvuran rassal olarak seçtikleri 340 hasta üzerinde 7'li likert ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada tüm boyutlarda (GV, FO, H, G, E) negatif yönlü boşlukların olduğunu, en büyük boşluğun sırasıyla güvenilirlik (-0,58), heveslilik (-0,56), fiziksel ortam ve empati (-0,48) ve en düşük güvence (-0,46) boyutunda olduğunu söylemişlerdir.

Roohi vd. (2011)'nin İran'ın Gülistan eyaletinde bulunan birinci basamak sağlık merkezine başvuran ve rassal seçilen 225 hasta ile yaptıkları çalışmada 22 soruluk ServQual ölçeğini 5'li likert olarak ve 5 boyut (GV, FO, H, G, E) üzerinden değerlendirmişler ve tüm boyutlarda negatif yönlü boşlukların mevcut olduğunu bulmuşlardır. En büyük boşluğun empati (-1,48) ve güvenilirlik (-1,47) boyutlarında olduğunu, en az boşluğun ise fiziksel boyutta (-1,11) olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma sonucunda sağlık hizmeti memnuniyetini etkileyen en önemli boyutlar empati ve fiziksel ortam olarak bulunmuştur.

Işık vd. (2011)'nin Sakarya Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde özel ya da kamusal sağlık hizmeti almış kişilerden rassal olarak seçilen 610 hasta üzerinde 7'li likert ölçeği ile hazırladıkları 5 boyutlu (GV, FO, H, G, E) çalışmada tüm boyutlar açısından negatif boşluğun olduğunu, sırasıyla en büyük boşluğun güvence (-0,67), güvenilirlik (0,37), fiziksel ortam (-0,29), heveslilik (-0,13) ve

empati (-0,03) boyutlarında olduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık hizmeti alanlar en büyük kalite belirleyicilerinin fiziksel ortam ve güvenilirlik boyutlarını olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda kamu hastanesinden hizmet alanların memnuniyet derecesinin özel hastanelerden hizmet alanların memnuniyet derecesinden daha düşük olduğu bulunmuştur.

Papatya vd. (2012)'nin Kırıkkale ilinde faaliyet gösteren iki özel hastaneyi karşılaştırmak için, ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerden kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen 800 hastaya 5'li likert ölçeği kullanarak uyguladıkları 22 soruluk ServQual ölçeği (GV, FO, H, G, E) sonucu, A sağlık kuruluşu için tüm değişkenlerde negatif yönlü boşlukların olduğu, en büyük farkın empati boyutunda en az farkın ise heveslilik boyutunda olduğunu söylemişlerdir. Yine B sağlık kuruluşu için tüm değişkenlerde negatif yönlü boşlukların olduğu en büyük farkın güvenilirlik boyutunda ve en az farkın ise fiziksel ortam boyutunda olduğunu, A hastanesinin hizmet sunum kalitesinin B hastanesine göre daha yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Tüm hastalar açısından, boyutlar ile eğitim ve gelir arasında anlamlı bir fark olmadığı, alınan hizmetin memnuniyetinde eğitim seviyesinin ve gelir düzeyinin önemli olmadığını söylemişlerdir. Tüm boyutlarda mesleki açıdan fark olduğunu öğrenci, işçi, memur, emekli ve ev hanımlarının serbest meslek sahiplerinden daha memnun olduklarını ve son olarak, fiziksel ortam ve güvence boyutlarında algı skorları açısından erkeklerin hizmet kalitesini kadınlardan daha yüksek, heveslilik boyutunda 62 yaş üstü hastaların sunulan hizmetleri daha yüksek algıladıklarını belirtmişlerdir.

Zarei vd. (2012)'nin Tahran'da 8 özel hastaneden rassal seçilen ve hastanede en az 24 saat geçirmiş 15 yaş üzeri 983 hasta ile yaptıkları çalışmada 5'li likert ölçeği ile hazırlanmış 21 maddeden oluşan ServQual ölçeği (GV, FO, H, G, E) kullanmışlardır. Güvence, güvenilirlik ve heveslilik boyutlarını güvenilirlik boyutu altında değerlendiren araştırmacılar en büyük farkın sırasıyla güvenilirlik (-0,88), empati (-0,84), fiziksel ortam (-0,76) boyutlarında olduğunu söylemişlerdir. Sağlık hizmetleri beklenti skorları açısından cinsiyette, eğitim seviyesinde, başvuru sayısında anlamlı farklılıkların olduğunu ifade etmişlerdir. Algı skorları açısından sigorta kapsamı, yatış süresi ve taburcu sırasında hastanın durumunda anlamlı farklılıkların olduğunu söylemişleridir.

Papanikolaou ve Zygiaris (2012)'in Yunanistan Attica'da bulunan birinci basamak sağlık merkezine başvuran 450 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada 7'li likert ile hazırlanmış ServQual leği (GV, FO, H, G, E) kullanmışlardır. Tüm boyutlarda boşlukların olduğunu, en büyük boşluğun sırasıyla empati, fiziksel ortam, güvence, heveslilik, ve güvenilirlik boyutlarında olduğunu bulmuşlardır. Hizmet kalitesi algısı skorlarına göre cinsiyet yaş ve eğitime göre belirgin farklılıklar mevcuttur ve yaş azaldıkça memnuniyetin azaldığını, okuma düzeyi arttıkça memnuniyetin düştüğünü ifade etmişlerdir. Medeni durum ile geliş sebebi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Purcrea vd. (2013)'nin Romanya online jinekoloji sağlık forumuna ye olan ve devlet hastanesinde en az bir kez hizmet almış 183 kadın hasta ile 5'li likert leği kullanarak yaptıkları çalışmada 22 soruluk ServQual leğini beş boyut (GV, FO, H, G, E) zerinden uygulamışlardır. Sırasıyla fiziksel ortam (-2,02), heveslilik (-1,2), güvenilirlik (-0,92), güvence (-0,91) ve son olarak empati (-0,73) boyutlarda boşlukların olduğunu ifade etmişlerdir.

Abousi ve Atinga (2013)'nin Gana'nın 5 Kamu hastanesinde kayıtlı rassal seçilen 250 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada 5'li likert leği kullanmışlardır. Sonuç olarak algılanan hizmet kalitesinin tüm kalite boyutları için beklenenin altında olduğunu ifade etmişlerdir.

Al-Borie ve Damanhouri (2013)'nin Suudi Arabistan'da bulunan bir kamu ve 5 özel hastaneye başvuran rassal seçilen 749 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada özel hastanelerdeki memnuniyet oranının kamu hastanesine göre daha yüksek olduğu, kamu hastanesinde en önemli memnuniyet belirleyicilerinin sırasıyla fiziksel ortam, empati ve güvence boyutları olduğunu, özel hastanelerde ise sırasıyla güvence, empati ve fiziksel ortam boyutları olduğunu ve algı skorları açısından erkeklerin sağlık hizmetleri kalitesini kadınlardan daha yüksek değerlendirdiğini ifade etmişlerdir.

Kitapçı vd. (2014)'nin Sivas'ta bir niversite hastanesine ayaktan başvuran 369 hasta ile yaptığı çalışmada 5'li likert ile hazırlanmış 21 soruluk ServQual leği kullanmış ve empati ve güvence boyutunun memnuniyeti en çok belirleyen boyutlar olduğunu, empati (0,37) ve güvence (0,27) hariç tüm boyutlarda

boşlukların olduğunu ifade etmişlerdir. Bu boyutlar sırasıyla fiziksel ortam (-0,09), güvenilirlik (-0,10) ve heveslilik (-0,12)'dir. Son olarak müşteri memnuniyeti ile tekrar hizmet almada ve tavsiye etmede yüksek oranda ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Li vd. (2015)'nin Çin'de bulunan 9 şehir hastanesine başvuran yatarak ve ayaktan hizmet alan 3071 hasta ile yaptıkları 5'li likert ölçekli çalışmada 22 soruluk ServQual ölçeği (GV, FO, H, G, E) kullanmışlardır. En çok empati, güvenilirlik ve güvence boyutlarında negatif yönlü boşlukların mevcut olduğunu, fiziksel ortam ve güvenilirlik boyutunda günü birlik hastalarda yatan hastalardan daha fazla memnuniyet söz konusu olduğunu ve Laibin, Guangxi'deki hastaların 5 boyutta da en fazla memnuniyete sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca beklenti skorlarında meslek açısından farkların olduğu, sağlık hizmetleri sunumunda beklenen hizmet kalitesi açısından memurlar ve öğrencilerin daha düşük beklenti skorlarına sahipken, ev kadınların ve hizmet çalışanlarının daha yüksek beklenti skorları olduğunu belirtmişlerdir. Yine kadınların kadınların beklenti skorlamaları erkeklerden yüksek olarak bulunmuştur. Algı skorları açısından memnuniyet ile tatmin, yaş, meslek, eğitim durumları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu, son olarak eğitim seviyesi yüksek olanlarda sağlık hizmetlerinden memnuniyetin azaldığını belirtmişlerdir.

Rezaei vd. (2016)'nin İran Kermanshah Tıp Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı 7 eğitim hastanesinde en az 2 gün yatmış rassal olarak seçilen 400 hasta ile 5'li likert ölçeği ile yaptıkları çalışmada 22 soruluk ServQual ölçeği (GV, FO, H, G, E) kullanmışlardır. Tüm boyutlarda boşlukların mevcut olduğunu, en yüksek boşluğun güvence (-0,88), en az boşluğun da heveslilik (-0,56) boyutunda olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar güvenilirlik boyutunu hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde en önemli boyut olarak değerlendirmiştir. Algı skorlarına göre en yüksek boyut, heveslilik ile en düşüğü güvenilirlik boyutu olduğunu; beklenti skorları açısından en yüksek değer güvence boyutunda en düşük değer güvenilirlik boyutunda olduğunu belirtmişlerdir.

Bahsedilen bilimsel çalışmalar incelendiğinde, ServQual ölçeğinin çeşitli sağlık hizmetlerine uyarlanarak memnuniyeti belirlemede yaygın kullanılan güvenilir bir yöntem olduğu söylenebilir. Çalışmalarda genellikle 22 soruluk



ServQul hizmet kalitesi ölçümlerinden beş boyut (GV, FO, H, G, E) üzerinden 5'li veya 7'li Likert kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerin sonuçlarına bakıldığında ortak nokta olarak genellikle tüm boyutlarda farklı düzeylerde negatif boşlukların olduğu gözlenmiştir. Sunulan sağlık hizmeti memnuniyet derecesini belirleyen boyutların ve bu boyutların derecelerinin farklı olması sağlık hizmetleri kalitesi beklenti ve algılarının kişisel (yaş, cinsiyet, gelir, meslek, eğitim durumu, kişinin taburcu sırasındaki durumu vb.) ve hizmete ait özelliklere (sunulan hizmetin çeşidi, sayısı, yeri vb.) göre değişiklik gösterdiği söylenebilir.

## **4. BİR HASTANEDEKİ HİZMET KALİTESİ VE HİZMET ALANLARIN MEMNUNİYET DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **4.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi**

Sağlık hizmeti sunan işletmelerin en önemli amaçlarından biri hastaların memnuniyet derecelerinin ölçülmesi ve varsa memnuniyetsizliklerin giderilmesidir. Sağlık hizmetini tüketen bireylerin memnuniyet düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hastalar açısından bakılacak olursa ulaşılacak sağlık sonuçları ve tatmin yönünden, kurumlar açısından bakılacak olursa, ulaşılacak yasal ve finansal sonuçlar yönünden önemlidir. Bu çalışma ile sağlık kuruluşlarından hizmet alan hastaların sunulan sağlık hizmetlerinden beklentileri ve hizmet kullanımı sonrasındaki algılamaları değerlendirilip istenen sonuçlara ulaşıp ulaşılamadığı, ulaşılamamış ise olumsuzlukları yaratan faktörlerin neler olduğu bulunmaya çalışılmıştır.

#### **4.1.1. Uygulamanın Amacı**

Bu uygulamanın amacı BEÜ SUAM'a başvurarak ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin görüşleri doğrultusunda sunulan sağlık hizmeti kalitesini ServQual ölçeğiyle değerlendirmek, ayaktan sağlık hizmeti alanların memnuniyetinin istatistiksel testlerle analiz edilmesidir.

Bu araştırmada, BEU SUAM'dan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin demografik özellikleri incelenmesi, ServQual boyutları temelli hastaneden beklenen ile algılanan hizmet kalitesi ölçümü ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, algılanan hizmet kalitesi, ServQual boyutları temelli hasta özellikleri veya hizmet özelliklerine göre alt gruplar üzerinden görüş farklılıkları değerlendirilmiştir. Hizmet alan bireylerin hastaneden memnuniyet düzeyleri ile memnuniyeti belirleyen ServQual boyutları araştırılmıştır.

#### **4.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 2015'in ilk yarısında BEÜ SUAM'a başvuran ve ayaktan sağlık hizmeti alan bireyler oluşturmuştur. BEÜ SUAM, Sağlık Bakanlığı "Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Guruplandırılmasına İlişkin Kriterleri"ne göre A1 grubu hastaneler sınıfına giren (SB, 2009:3), 2015 yılında 294.809 kişiye ve 2016 yılında 327.566 kişiye poliklinik hizmeti sunmuş

olmasından dolayı Batı Karadeniz Bölgesi'ndeki en büyük hastanelerden biri olarak kabul edilebilir. Çalışmanın örneklemini, ayaktan sağlık hizmeti almış, 16 yaşından büyük gönüllü bireyleri içermekte olup, yatan hastaları, acil servis hizmeti hastalarını ile psikiyatri servisinden hizmet alanları kapsamamaktadır. Çalışmamızda, BEÜ SUAM'da ayaktan sağlık hizmeti alan 1029 bireye yüz yüze anket uygulanmış, soruları tam cevaplandığı gözlemlenen ve ayrıca ikili karşılaştırmalara verilen cevaplamalarda AHP'ye göre tutarlı olduğuna karar verilen 626 anket verisi, analizlere dâhil edilmiştir. Tutarlılık, Pekkaya ve Başaran'nın çalışmasındaki 5 boyut için hesapladığı esnetilmiş tutarlılık sınırı olan 0,2586 dikkate alınarak değerlendirilmiştir (bkz; Pekkaya ve Başaran; 2011:122) Çalışmada örnek rassal seçilmediği için, çalışmadaki tüm görüş ve çıkarsamalar BEÜ SUAM'dan hizmet almış 626 bireyi yansıtan bir niteliktedir.

#### **4.1.3. Araştırma Verileri ve Güvenilirliği**

Araştırmada BEÜ SUAM'ın sunduğu hizmetin SevQual ile ölçülmesi amaçlanmıştır ve ilk aşamada ilgili literatür taranarak SevQual ölçeği soruları alana uyarlanmıştır. Kullanılan 22 soruluk ServQual ölçeği Pekkaya ve Akıllı (2013) çalışmasında havayolu hizmet kalitesini belirlemek için uyguladıkları anket sorularından uyarlanarak revize edilmiş ve sağlık hizmetlerine adapte edilmiştir. Uyum ve gözden geçirme safhasında, güvence boyutunda olan "Yolcular, yapılan işlemlerde kendini güvende hissetmelidir" ve empati boyutunda "Web sitesinden hizmet alma ve web sitesi, yolcuların beklentisine uygun ve kolay kullanımlı olmalıdır" ifadeleri yerine "E21- Hastalar gerektiğinde eğitim ve danışma hizmetlerini, beklentilerine uygun ve kolay şekilde elde edebilmelidir." ve "E22- Sağlık personeli, hastaların kişisel isteklerine anlayışlı yaklaşmalıdır." ifadeleri değiştirilerek eklenmiştir. Bu değişiklikler ile 22 soruluk ServQual öçeğindeki anket soruları, Pekkaya ve Akıllı'nın çalışma sonuçlarına ve ilgili literatür uyarınca yazar ve danışman görüşleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Diğer ServQual ifadeleri ise hava yolu hizmetlerinden sağlık hizmetlerine uygun olduğu benimsenerek revize edilmiştir. ServQual öçeğindeki 22 soruluk anket, analizlerde daha duyarlı ölçüm ile parametrik testlerin yapılabilmesi yanı sıra normal dağılım sağlamak için 9'lu Likert ölçeği (1-Kesinlikle Katılmıyorum, 9-Kesinlikle Katılıyorum ifade edecek şekilde sınıflandırılmıştır) kullanılmıştır. Bu sorular Ek 1'de GV1 ile E22 arasında raporlanmıştır.

Ayrıca, 4 tane doğrudan soru ile alınan hizmetten duyulan memnuniyet ölçümü yapılmaya çalışılmıştır. Bu 4 soru, ilgili literatürde, doğrudan hizmetten duyulan memnuniyeti ölçme amacıyla kullanıldığı gözlemlenerek hazırlanmıştır. “M25 Başka tercih fırsatınız olsa, yine BEÜ SUAM’a gelme istek dereceniz” ifadesi tekrar gelme tercihi açısından benzer şekilde (Devebakan, 2006:144; Lin vd. 2009:7; Kitapçı, 2014:161) çalışmalarda alınan sağlık hizmetinden duyulan memnuniyeti ölçmede kullandığı gözlenmiştir. “M26 En yakınlarınıza, BEÜ SUAM’ı tavsiye şiddetinizi puanlandırınız” ifadesi başkasına tavsiyeler açısından benzer şekilde (Chaniotakis ve Lymperopoulos, 2009:229; Wang, 2011:252; Kitapçı, 2014:161) çalışmalarda alınan sağlık hizmetinden duyulan memnuniyeti ölçmede kullandığı gözlenmiştir. Bu kavramlara ek olarak “M23 BEÜ SUAM’ın hizmet kalitesini genel olarak puanlandırınız” ile “M24 BEÜ SUAM’ın sunduğu hizmetten memnuniyet dereceniz” şeklinde iki soru da memnuniyetin doğrudan ölçülmesi için danışman ve bir akademisyenden görüş alınarak memnuniyet ölçümüne konu olarak ankete eklenmiştir. Bu 4 soru, hizmetten duyulan doğrudan memnuniyet ölçümü için uygun görülmüş ve ölçüm duyarlılığından taviz vermemek için 10’lu eşit aralıklı ölçek kullanılmıştır. Bu sorular Ek 1’de M23 ile M26 arasında raporlanmıştır.

Anketin son bölümünde ise, hastaneden hizmet alan bireylerin kişisel özelliklerine yönelik 6 soru ile hizmet alım sıklığı ve hizmet çeşidine yönelik birer soru kategorik ölçek üzerinden kapalı uçlu sorularla sorulmuştur. Bu sorular Ek 1’de S27 ile S34 arasında kategori sayılarıyla birlikte raporlanmıştır.

Hazırlanan anket, ikinci aşamada anket güvenilirliğini ve anlaşılabilirliğini arttırmak için alanda çalışan iki akademisyene kontrol ettirilmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, anket uygulama sürecine geçilmiştir. Araştırmada BEÜ SUAM’ın algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi amaçlandığından, üçüncü aşamada uygulanacak anket için BEÜ Etik kurulundan gerekli onay ve BEÜ SUAM yönetiminden gerekli izinler alınmıştır.

Dördüncü aşamada, veriler birincil veri toplama yöntemlerinden yüzyüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Öncelikle boyutların güvenilirliğini test etmek için, algılanan ve beklenen hizmet kalitesi boyutlarına göre güvenilirlik analizi her boyut ve genel olarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Güvenirlik

analizi, ölçeklerde içsel tutarlılığı ya da homojenliği gösteren bir yöntem olup araştırmalar analiz edilmeden önce toplanan verilerin ve ölçümün güvenilirliğinin doğrulanması açısından, literatürde yaygın olarak Cronbach Alpha ile güvenilirlik analizi yapıldığı bilinmektedir.

**Tablo 4.1: Güvenirlik Analizi**

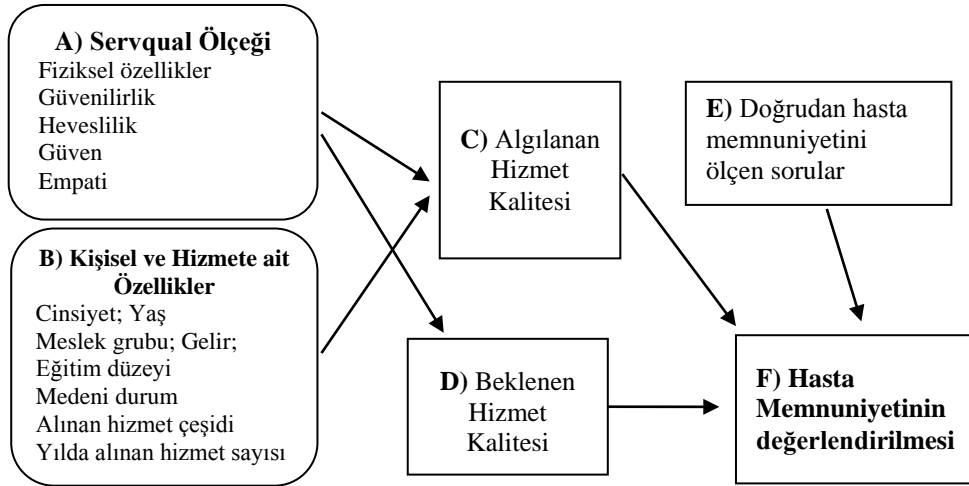
ServQual ölçeği boyutları	Güvenilirlik	Fiziksel ortam	Heveslilik	Güvence	Empati	5 Boyut	Genel Memnuniyet
Soru sayısı	5	3	5	4	5	22	4
Algılanan Cronbach Alpha	,892	,707	,833	,903	,916	,961	,964
Beklenen Cronbach Alpha	,910	,887	,923	,904	,894	,959	

Tablo 4.1'deki ServQual ölçeğinin genel anket güvenilirliği Cronbach's Alpha sayısı dikkate alınarak hesaplanmıştır ve Cronbach's Alpha sayısı 0,7 ve üzerinde ise uygulanan anketin ölçüm güvenirlığının oldukça yüksek olduğu ifade edilir. Bu bağlamda hasta memnuniyeti ve ServQual ölçek boyutları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ölçümün iyi yapıldığına karar verilmiştir. Genel hasta memnuniyetini bulmak için 5 boyutun hepsinin birlikte değerlendirildiğinde Cronbach's Alpha skoru beklenen boyutunda 0,959, algılanan boyutunda 0,961 ve genel memnuniyette 0,964 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre, anket verilerinin ve boyut skorlarının analizde kullanılabilirlikte olduğuna karar verilmiştir. Ayrıca, doğrudan 4 soru ile ölçülen genel memnuniyette ait Cronbach's Alpha skorunun 0,964 olması, bu 4 farklı sorunun bireylerde aynı algıyı yarattığı ve bu soruların aynı gizil değişken hakkında bilgi verdiği sonucuna varılmıştır. Bu anlamda 4 sorunun genel memnuniyeti temsil eden konular olduğunu destekler bulgulara ulaşılmış olduğu düşünülmüştür.

#### 4.1.4. Araştırmada Kullanılan Analiz Yöntemleri

Araştırmada gerçekleştirilen analiz yöntemlerinde kullanılan veriler arasındaki bağıntılar Şekil 4.1'deki gibi oluşturulan bir model üzerinden özetlenebilir.

**Şekil 4.1: Araştırmada Kullanılan Analiz Yöntemlerinin Modellenmesi**



BEÜ SUAM'dan sağlık hizmeti alanların kişisel özellikler ve alınan hizmet özelliklerine ait (Şekil 4.1'de B grubu) dağılımlar, frekans dağılımları üzerinden değerlendirmeler izleyen "4.2. Frekans Analizi" bölümünde yapılmıştır. İlgili bu değişkenler arasındaki ilişkiler ise "4.3. Çapraz Tablo (Kontenjans Tabloları) Analizleri" bölümünde ki kare testleriyle değerlendirilmiştir.

Veri toplama amacıyla hastalardan anketin GV1-E22 konularına ait sorular için algıladıkları hizmet ve bekledikleri hizmet kalitesi ile ilgili 22 soruluk ServQual ölçeği konularına ait verilen skorlar ölçülmüştür. Ayrıca, ServQual'in 5 boyutuna ait eğilimler, her birey için boyut içerisindeki alt konuların aritmetik ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Burada, beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesini karşılaştırmalı olarak değerlendirmek için elde edilen görüş skorları üzerinden fark analizi (Şekil 4.1'de C-D değerleri) yapılmıştır. Bu analizler, "4.4. Hastanadan Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi" bölümünde değerlendirilmiştir. Grup ve alt grup örnek sayıları 30' un üzerinde olması sebebi ile veri setlerinin merkezi limit teoremine göre normal dağıldığı kabul edilerek parametrik testler yapılmıştır. Boyutlar arasındaki farklılık için bağımlı örnek tek yönlü ANOVA testi, boyutların kategoriler içerisinde dâhil olup olmaması açısından karar vermede tek örnek t testleri kullanılmıştır.

Sonraki bölümde, sunulan hizmet kalitesi algısında, hastaların kişisel özelliklerine göre farklılaşmalar istatistiksel olarak hipotez testleriyle bölüm 4.5.'te değerlendirilmiştir. Kişisel özellikler ve alınan hizmet özelliklerine ait alt gruplara bağlı olarak görüşlerdeki farklılaşmalar, iki grup için bağımsız örnek t

testi, daha fazla alt grupların varlığında ise bağımsız örnek tek yönlü ANOVA testi üzerinden incelenmiştir. İki'den fazla alt grupların varyans homojenliği Levene testi ile incelenmiş, alt gruplarda homojen varyans yapısı yoksa, ANOVA yerine daha güçlü (robust) görülen Welch ve Brown-Forsythe testleri dikkate alınmıştır.

Son bölümde (Bölüm 4.6) ise hizmet alanların hastaneden memnuniyet düzeyleri doğrudan 4 soru ile ölçülmüş ve değerlendirilmiştir. Burada, SevQual ölçeğiyle ölçülen konular üzerinden beş boyut açısından hastaneden algılanan ile beklenen hizmet kalitesi arasındaki fark, literatürde fark (boşluk) analizi olarak ifade edilmekte olup, alınan hizmetten duyulan memnuniyet olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, doğrudan sorular ile bireylerin genel memnuniyeti arasındaki ilişki, bu memnuniyetin kaynağı olarak hangi hizmet kalitesi boyutunda olduğu Pearson korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir.

#### 4.2. Frekans Analizi

Bu bölümde, ayaktan sağlık hizmeti alıp ankete katılan bireylerin demografik özelliklere yönelik elde edilen gözlemlerin frekansları dikkate alınarak tanımlayıcı istatistikler raporlanmış ve değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.1: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yaş Aralıklarına Göre Frekans Dağılımı**

Yaş Aralığı	Frekans (f)	Yüzde (%)
0-19	32	5,11
20-29	177	28,27
30-39	213	34,03
40-49	136	21,73
50-59	44	7,03
60 yaş ve üstü	24	3,83
Toplam	626	100,00

Tablo 4.1'de görüldüğü üzere ankete katılanların %5,11'inin 0-19 yaş arasında, %28,27'sinin 20-29 yaş arasında, %34,03'ünün 30-39 yaş arasında, %21,73'ünün 40-49 yaş arasında, %7,03'ünün 50-59 yaş arasında ve %3,83' nün 60 yaş ve üstü aralığında olduğu gözlemlenmiştir. Uygulamaya katılan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin büyük çoğunluğunun %84,03 ile 20 ve 49 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 4.2: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Frekans Dağılımı**

Cinsiyet	Frekans (f)	Yüzde (%)
Kadın	332	53,04
Erkek	294	46,96
Toplam	626	100,00

Tablo 4.2’de görüldüğü üzere uygulamaya katılan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin %53,04’ ünü kadınlar, %46,96’ sini erkekler temsil etmektedir. Bu yüzdelerle bakıldığında temsil edilen örneklemin cinsiyet açısından homojen bir dağılım gösterdiği görülmektedir.

**Tablo 4.3: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Frekans Dağılımı**

Eğitim Durumu	Frekans (f)	Yüzde (%)
İlköğretim	95	15,27
Lise	287	46,14
Lisans	192	30,87
Yüksek Lisans	35	5,63
Doktora	13	2,09
Toplam	622	100,00

Tablo 4.3’de görüldüğü üzere ayaktan sağlık hizmeti alan ve uygulamaya katılan bireylerin %15,27’si ilköğretim, %46,14’ü lise, %30,87’si lisans, %5,63’ü yüksek lisans ve %2,09’u doktora mezunudur. Buradaki sonuçlara göre uygulamaya katılan bireylerin %77,01’ini lise ve lisans mezunlarının oluşturduğunu ve eğitim düzeyinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.4: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Frekans Dağılımı**

Medeni Durum	Frekans (f)	Yüzde (%)
Bekâr	165	26,40
Evli	386	61,76
Boşanmış/Dul	74	11,84
Toplam	625	100,00

Tablo 4.4’te uygulamaya katılan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin medeni durumlarına bakılacak olursa %26,40’ı bekâr, %61,76’sı evli ve %11,84’ü boşanmış ya da duldur. Burada uygulamaya katılanların çoğunluğunu %61,76 ile medeni durumu evli olanlar oluşturmaktadır.



**Tablo 4.5: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Meslek Gruplarına Göre Frekans Dağılımı**

Mesleki durum	Frekans (f)	Yüzde (%)
Emekli	44	7,04
Serbest Meslek / Esnaf	76	12,16
Memur /İşçi	163	26,08
Doktor /Mühendis	24	3,84
Polis/Asker	13	2,08
Bürokrat/Yönetici	11	1,76
Eğitimci/Öğretmen	30	4,80
Ev Hanımı	111	17,76
Öğrenci	53	8,48
Diğer	100	16,00
Toplam	625	100,00

Tablo 4.5’de görüldüğü üzere uygulamaya katılan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin %7,04’ünü emekli, %12,16’sını serbest meslek ya da esnaf, %26,08’ini memur ya da işçi, %3,84’ünü doktor ya da mühendis, %2,08’ini polis ya da asker, %1,76’sını bürokrat ya da yönetici, %4,80’ini eğitimci ya da öğretmen, %17,76’sını ev hanımı, %8,48’ini öğrenci ve son olarak %16,00’ini diğer meslek gruplarını temsil etmektedir. Tabloya bakıldığında en fazla oranın %26,08 ile memur ya da işçi grubuna ait olduğu bunu %17,76 ile ev hanımları, %16,00 ile diğer meslek grupları, %12,16 ile serbest meslek ya da esnaflara ait olduğu görülmektedir. Burada dikkati çeken husus olarak düzenli gelir getiren bir işe sahip olanlar (emekli, memur/işçi, doktor/mühendis, polis/asker, bürokrat/yönetici, eğitimci/öğretmen) %45,60’lık oranı temsil ederken, düzenli bir gelire sahip olmayanlar (serbest meslek/esnaf, ev hanımı, öğrenci ve diğer) %54,40 ile çoğunluğu temsil etmektedir.

**Tablo 4.6: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Aylık Gelirlerine Göre Frekans Dağılımı**

Gelir (TL/Aylık)	Frekans (f)	Yüzde (%)
≤1000	121	20,00
1001-2000	204	33,72
2001-4000	228	37,69
4001≤	52	8,60
Total	605	100,00

Tablo 4’6 ‘da görüldüğü gibi uygulamaya katılan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin %20’sinin 1000tl’nin altında aylık gelire sahip iken, %33,72’sinin

1001-2000tl arasında, %37,69'unun 2001-4000tl arasında, %8,60'nun 4000tl ve daha fazla aylık gelire sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.7: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Frekans Dağılımı**

Sağlık Hizmetlerinden Son Bir Yıl İçinde Faydalanma Sayısı	Frekans (f)	Yüzde (%)
1-3 kez	243	38,94
4-6 kez	232	37,18
7-9 kez	92	14,74
10 ve üzeri	57	9,13
Toplam	624	100,00

Tablo 4.7'de görüldüğü üzere uygulamaya katılan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin son bir yıl içerisinde %38,94'ü 1-3 kez, %37,18'i 4-6 kez, %14,74'ü 7-9 kez, %9,13'ü 10 ve üzeri defa sağlık hizmetlerinden faydalanmışlardır. Tablodaki verilere göre hastaneye ayaktan başvuran bireylerin büyük çoğunluğu %76,12 ile 6 ve daha az sayıda hizmet almışlardır. Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında yayımladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni'ne göre Türkiye genelinde kişi başı hekime müracaat sayısının 8,4, Batı Karadeniz bölgesinde kişi başı hekime müracaat sayısının 8,9 olduğu ve bu oranlara bakılarak BEU SUAM'a kişi başına yıllık başvuru sayısının nisbeten az olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.8: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BEÜ SUAM'a Başvurma Nedenine Göre Frekans Dağılımı**

Başvurma Nedeni	Frekans (f)	Yüzde (%)
Hastalık	304	48,56
İlaç Yazdırma	43	6,87
Tahlil	79	12,62
Kontrol	130	20,77
Eğitim alma	5	0,80
Diğer	65	10,38
Toplam	626	100,00

Tablo 4.8'de görüldüğü üzere uygulamaya katılan bireylerin %48,56'sı hastalık sebebi ile hastaneye başvururken, %6,87'si ilaç yazdırmak, %12,62'si tahlil, %20,77'si kontrol, %0,80'i eğitim alma ve %10,38'i diğer nedenler ile hastaneye başvurmuşlardır.

### 4.3. Çapraz Tablo (Kontenjans Tabloları) Analizleri

Bu analizler ile BEÜ SUAM'dan ayaktan sağlık hizmeti alanların bireysel özellikleri aralarındaki ilişkiler, ikişerli değişken gruplar halinde ki-kare bağımsızlık (ilişki) testi ile incelenmiştir. Ki-kare bağımsızlık testi, parametrik olmayan testlerden en yaygın kullanılan testtir. Ki-kare analizi, özellikle nominal ölçekteki verilerden bilgi çıkarmada kullanılan veya nominal ölçek değişkenler arasındaki ilişki iddiasını testte kullanılan, nerdeyse muadili olmayan bir testtir. Ki-kare testinde Ho (sıfır hipotezi) olarak değişkenler arasında ilişki yoktur iken, H1 (alternatif hipotez) değişkenler arasındaki ilişki araştırılır.

**Tablo 4.9: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Yaş Grubu	Erkek	Kadın	Toplam
-29	91	118	209
30-39	91	122	213
40-49	74	62	136
50+	38	30	68
<b>Toplam</b>	<b>294</b>	<b>332</b>	<b>626</b>

Ki-kare istatistiği Anlamlılığı (Anl.): ( $\chi^2$ : 7,722; p: 0,052)

Tablo 4.9'daki verilere göre ayaktan başvuran bireylerin cinsiyet ve yaş grupları arasındaki ilişki için ilgili ki-kare testi istatistiği 7,722 ve anlamlılığı 0,052'dir. Sonucun p değerinin 0,05'den büyük olması sebebi ile bireylerin cinsiyet ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak 0,05'de anlamlı bir ilişki bulunamadığına karar verilebilir veya cinsiyete göre yaş gruplarının dengeli dağılmış olduğu söylenebilir. Diğer açıdan, istatistiksel olarak 0,10'da istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunduğu da karar verilebilir. Bu durumda, örnekleme 40 yaş ve üstünde erkek bireylerin kadınlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.10: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı**

Eğitim	Erkek	Kadın	Toplam
İlkokul	41	54	95
Lise	135	152	287
Lisans	90	102	192
Yüksek Lisans-Dr	26	22	48
<b>Toplam</b>	<b>292</b>	<b>330</b>	<b>622</b>

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 1,544; p: 0,670)

Tablo 4.10'daki verilere göre BEÜ SUAM'a ayaktan başvuran 626 bireylerden bir önceki sorudan hepsinin cinsiyeti işaretlediği bilenenine ek olarak tablodaki 4'dü hariç 622'sinin ise eğitim billerini raporladığı gözlenmiştir. Ayaktan başvuran bireylerin cinsiyet ve öğrenim grupları arasındaki ilişki ile ilgili ki-kare testi istatistiği 1,544 ve anlamlılığı 0,670 bulunmuştur. Bu değer, p değeri olan 0,05 değerinden büyük çıkması sebebi ile bireylerin cinsiyet ve öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı, eğitim seviyelerinin cinsiyetler içerisinde dengeli dağıldığı söylenebilir.

**Tablo 4.11: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Başvuru Nedenine Göre Dağılımı**

Başvuru Nedeni	Erkek	Kadın	Toplam
Hastalık	156	148	304
İlaç	22	21	43
Tahlil	38	41	79
Kontrol	48	82	130
Eğitim-Öğretim	30	40	70
<b>Toplam</b>	<b>294</b>	<b>332</b>	<b>626</b>

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 8,393; p: 0,078)

Tablo 4.11'deki verilere göre BEÜ SUAM'a ayaktan başvuran bireylerin cinsiyet ve merkeze başvuru sebebi arasındaki ilişki ile ilgili ki-kare testi istatistiği 8,393 ve anlamlılığı 0,078 bulunmuştur. Kontrol için gelen kadın sayısının erkek bireylerin iki katına yakın olmasına rağmen, bu değer, p değeri olan 0,05 değerinden büyük çıkması sebebi ile bireylerin cinsiyet ve başvuru nedenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bu nedenle erkek ve kadın bireylerin başvuru nedeni açısından dengeli dağıldığı söylenebilir.

**Tablo 4.12: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Gelir Durumlarına Göre Dağılımı**

Gelir □	Erkek	Kadın	Toplam
≤1000 □	59	62	121
1001-2000	87	117	204
2001-4000	115	113	228
4001 □≤	27	25	52
<b>Toplam</b>	<b>288</b>	<b>317</b>	<b>605</b>

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 3,198; p: 0,362)

Tablo 4.12'deki sonuçlara göre ayaktan başvuran 605 bireyin cinsiyet grupları ve gelir yapıları arasında ilişki olmadığına ki-kare (ki-kare istatistiği

3,198 ve anlamlılığı 0,362) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Bu durumda bireylerin cinsiyet ve gelir durumu açısından aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir. Ya da gelir düzeyine göre erkek/kadınların diğer gelir gruplarına göre hastaneyi tercihlerinin değiştiği söylenemez.

**Tablo 4.13: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

Medeni Durum	Erkek	Kadın	Toplam
Bekar	78	87	165
Evli	186	200	386
Dul-Boşanmış	30	44	74
<b>Toplam</b>	294	331	625

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 1,462; p: 0,481)

Tablo 4.13'teki sonuçlara göre ayaktan başvuran bireylerin cinsiyet grupları ve medeni durumları karşılaştırıldığında ki-kare istatistiği ve anlamlılığı 1,462 (0,481) çıkmıştır. Bu durumda bireylerin cinsiyet ve medeni durumu açısından aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı, başvuru yapan erkek ve kadınların medeni durumları açısından dengeli dağıldığı söylenebilir.

**Tablo 4.14: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Cinsiyet ve Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı**

Başvuru Sayısı (Yıl)	Erkek	Kadın	Toplam
1-3	135	108	243
4-6	97	135	232
7-9	34	58	92
10 ve üzeri	26	31	57
<b>Toplam</b>	292	332	624

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 13,415; p: 0,040)

Tablo 4.14'teki sonuçlara göre ayaktan başvuran 624 bireyin başvuru sayıları ve cinsiyetleri arasında ilişki olduğuna ki-kare (ki-kare istatistiği 13,415 ve anlamlılığı 0,04) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Bu farkın 3 ve daha az sayıda başvuru yapan erkeklerden kaynaklandığı (ki kare test istatistiğine katkı<sup>1</sup> 3,985) ve erkek bireylerde başvuru sayısının beklenenden daha az olduğu söylenebilir.

<sup>1</sup> Ki kare test istatistiğine katkılar ki kare istatistiği hesaplamalarında her hücre için beklenen ile gözlemlenen değerler arasında farkın karesinin beklenen değere bölünmesiyle  $((G_i - B_i)^2 / B_i)$  hesaplanmıştır (Çavuşoğlu ve Pekkaya, 2015).

**Tablo 4.15: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Nedenleri ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Yaş Grupları	Başvuru nedeni					Toplam
	Hastalık	İlaç	Tahlil	Kontrol	Eğitim-Diğer	
29 yaş ve altı	99	16	32	38	24	209
30-39	114	18	21	36	24	213
40-49	64	8	21	28	15	136
50 yaş ve üstü	27	1	5	28	7	68
<b>Toplam</b>	304	43	79	130	70	626

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 27,098; p: 0,007)

Tablo 4.15'deki sonuçlara göre ayaktan başvuran 626 bireyin yaş grupları ve başvuru nedenleri arasında ilişki olduğuna ki-kare (ki-kare istatistiği 27,098 ve anlamlılığı 0,007) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Bu farkın özellikle 50 yaş üzeri bireylerden kaynaklandığı ve ki-kare post hoc (ki kare test istatistiğine katkı 13,64) incelemesine göre özellikle 50 yaş üzerinde kontrole gelenlerin beklenenden çok olduğu gözlenmiştir. Bu durumda, 50 yaş üzeri sağlık hizmeti alan bireylerin daha çok kontrol için BEÜ SUAM'a gelirken, ilaç ve tahlil için hastaneyi tercih etme sayılarının beklenenden az olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.16: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Nedenleri ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı**

Meslek	Başvuru Nedeni					Toplam
	Hastalık	İlaç	Tahlil	Kontrol	Eğitim-Diğer	
Diğer	47	6	15	22	10	100
Emekli	17	1	3	20	3	44
Serbest	42	5	11	9	9	76
Memur-İşçi	75	13	25	28	22	163
Dr.-Müh.-Yön.-Eğt.	36	3	9	18	12	78
Ev Hanımı	54	12	11	28	6	111
Öğrenci	33	3	4	5	8	53
<b>Toplam</b>	304	43	78	130	70	625

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 42,401; p: 0,120)

Tablo 4.16'daki sonuçlara göre ayaktan başvuran bireylerin meslek grupları ile hastaneye başvuru nedenleri arasında ilişkiye bakıldığında ki-kare istatistiği ve anlamlılığı 42,401 (0,12) çıkmıştır. Bu durumda bireylerin meslekleri ile hastaneye geliş sebepleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ve meslek gruplarına göre hastaneye geliş sebeplerinin dengeli dağıldığı söylenebilir.

**Tablo 4.17: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Nedenleri ve Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı**

Başvuru Sayısı (Yıl)	Başvuru Nedeni					Toplam
	Hastalık	İlaç	Tahlil	Kontrol	Eğitim-Diğer	
1-3	136	17	40	25	25	243
4-6	109	19	31	56	17	232
7-9	37	6	4	33	12	92
10 ve üzeri	21	1	4	15	16	57
<b>Toplam</b>	303	43	79	129	70	624

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 61,085; p: 0,000)

Tablo 4.17'deki sonuçlara göre ayaktan başvuran 624 bireyin başvuru sayıları ve başvuru nedenleri arasında ilişki olduğuna ki-kare (ki-kare istatistiği 61,085 ve anlamlılığı 0,000) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Bu farkın başvuru sayısı 10 ve üzerinde olanlardan kaynaklandığı ve ki-kare post hoc (ki kare istatistiğine katkı 14,430) incelemesine göre özellikle 10 ve daha üzerinde başvuru yapanlarda eğitim ve diğer sebeplerle gelen bireylerin beklenenden çok olduğu gözlenmiştir. Ayrıca 7-9 kez başvuranlarda kontrol ve tahlil için gelenlerin beklenenden çok olduğu, söylenebilir. Son olarak hastaneye 1 ve 3 kez başvuru yapanlarda kontrol için gelenlerin beklenenden fazla olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.18: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yaş Grupları ve Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı**

Başvuru Sayısı (Yıl)	Yaş Grupları				Toplam
	29 yaş ve altı	30-39	40-49	50 yaş ve üzeri	
1-3	103	74	50	16	243
4-6	69	97	46	20	232
7-9	26	23	22	21	92
10 ve üzeri	11	19	16	11	57
<b>Toplam</b>	209	213	134	68	624

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 40,874; p: 0,000)

Tablo 4.18'deki sonuçlara göre ayaktan başvuran 624 bireyin başvuru sayıları ve yaş grupları arasında ilişki olduğuna ki-kare (ki-kare istatistiği 40,874 ve anlamlılığı 0,000) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Bu farkın başvuru sayısı 7-9 arasında olanlardan kaynaklandığı ve ki-kare post hoc (ki kareye katkı istatistiği 12,012) incelemesine göre 7-9 kez başvuru yapan 50 yaş ve üzeri bireylerin beklenenden çok olduğu söylenebilir. 1-3 kez başvuru yapanlarda 29 yaş ve altında başvuran bireylerin beklenenden çok olduğu ve 50 yaş ve üzerinde 1-3 kez başvuru yapanların beklenenden az olduğu söylenebilir. 4-6 kez

başvuran 30-39 yaş arası bireylerin beklenenden az olduğu söylenebilir. Son olarak 0,10 anlamlılıkta inceleme yapılarak bakılan 10 ve daha üzeri başvuranlarda 29 ve altındaki yaş grubundakilerin beklenenden az olduğu, 50 ve üzeri yaş grubundakilerin beklenenden çok olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.19: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Sayıları ve Gelir Durumlarına Göre Dağılımı**

Gelir □	Başvuru Sayısı (Yıl)				Toplam
	1-3	4-6	7-9	10+	
≤1000 □	62	38	13	8	121
1001-2000	88	71	24	20	203
2001-4000	71	97	40	20	228
4001 □≤	15	20	10	6	51
<b>Toplam</b>	236	226	87	54	603

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 19,498; p: 0,021)

Tablo 4.19'deki sonuçlara göre ayaktan başvuran 603 bireyin gelir durumları ve başvuru sayıları arasında ilişki olduğuna ki-kare (ki-kare istatistiği 19,498 ve anlamlılığı 0,021) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Buradaki farkın nedeni 1000 tl ve altında gelir durumu olan ve 1- 3 kez başvuru yapanların beklenenden çok olduğu söylenebilir. Ayrıca 0,10 anlamlılıkta 2001-4000 arasında geliri olan bireylerin 1-3 kez başvuru sayısı ile hastaneyi çok tercih etmedikleri söylenebilir.

**Tablo 4.20: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Sayıları ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

Medeni Durumu	Başvuru Sayısı (Yıl)				Toplam
	1-3	4-6	7-9	10+	
Bekar	93	46	14	12	165
Evli	129	157	60	38	384
Boşanmış-Dul	21	29	17	7	74
<b>Toplam</b>	243	232	91	57	623

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 32,029; p: 0,000)

Tablo 4.20'deki sonuçlara göre ayaktan başvuran 623 bireyin medeni durumları ve başvuru sayıları arasında ilişki olduğuna ki-kare (ki-kare istatistiği 32,029 ve anlamlılığı 0,000) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Buradaki farkın nedeninin, bekar olan 1-3 kez başvuranların beklenenden çok olduğu söylenebilir (ki kare istatistiğine katkı 12,747). Ayrıca 0,10 anlamlılıkta



bekar 4-6 kez başvuranların beklenenden az olduğu ve boşanmış ya da dul olanlarda 7-9 kez başvuranların beklenenden çok olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.21: Ayaktan Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Başvuru Sayıları ve Meslek Durumlarına Göre Dağılımı**

Meslek	Başvuru Sayısı (Yıl)				Toplam
	1-3	4-6	7-9	10+	
Diğer	41	35	14	10	100
Emekli	9	13	10	12	44
Serbest	29	33	11	3	76
Memur-İşçi	67	63	15	16	161
Dr.-Müh.-Yön.-Eğt.	26	33	15	4	78
Ev Hanımı	32	46	24	9	111
Öğrenci	38	9	3	3	53
<b>Toplam</b>	242	232	92	57	623

Ki-kare istatistiği (Anl.): ( $\chi^2$ : 64,334; p: 0,000)

Tablo 4.21'deki sonuçlara göre ayaktan başvuran 623 bireyin meslek durumları ve başvuru sayıları arasında ilişki olduğuna ki-kare (ki-kare istatistiği 64,334 ve anlamlılığı 0,000) testine göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Buradaki farkın emekli olan 10 ve daha üzerinde başvuru yapanların beklenenden fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca, öğrenci olarak 1-3 kez başvuranların beklenenden çok olduğu ve yine öğrencilerde başvuru sayısı 4-6 kez olanların beklenenden az olduğu söylenebilir.

#### 4.4. Hastanadan Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi

BEÜ SUMA'dan sağlık hizmeti alan bireylerin algıladıkları ve bekledikleri hizmet kaliteleri 9'lu likert ölçeğiyle ölçülmüş ve cevaplayıcıların görüşlerine ait kategorileştirme Tablo 4.22'deki kategoriler temel alınarak gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmeti alan bireylerin 22 konu ve 5 boyut için algılanan ve beklenen hizmet kalite kategorileri, Tablo 4.23'teki "Karar kategorisi" sütununda sunulmuştur. Ayrıca, 22 konu ve 5 boyut için algılanan ve beklenen hizmet kalitesi skorları arasındaki farklar, fark analizi değerlendirmelerinde kullanılmıştır.

**Tablo 4.22: Ortalamalar için Verilen Puanlar ve Kısaltmaları**

Puan Aralığı	Anlamı	Puan Karşılığı	Kısaltma
1,000 - 1,888	Kesinlikle Katılmıyorum	1	KKKMY
1,889 - 2,777	Yüksek Ölçüde Katılmıyorum	2	YOKMY
2,778 - 3,666	Katılmıyorum	3	KMY
3,667 - 4,555	Kısmen Katılmıyorum	4	KKMY
4,556 - 5,444	Kararsızım	5	KRZ
5,445 - 6,333	Kısmen Katılıyorum	6	KKY
6,334 - 7,222	Katılıyorum	7	KY
7,223 - 8,111	Yüksek Ölçüde Katılıyorum	8	YOKY
8,112 - 9,000	Kesinlikle Katılıyorum	9	KKKY

Kaynak: Pekkaya, Mehmet, Öznur P. İmamoğlu ve Hayriye Koca (2017); "Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital," International Journal of Healthcare Management, online basım, doi: 10.1080/20479700.2017.1389474, s. 7.

Yapılan çalışmada ServQual ölçeğini oluşturan algılama ve beklenti konuları 9'lu Likert ölçeği ile ölçülmüş ve "Kesinlikle Katılıyorum" 1 rakamı ile ifade edilirken, "Kesinlikle Katılmıyorum" 9 rakamı ile ifade edilmiştir. Bu nedenle ServQual fark için değişim aralığı teorikte 16 olup -8 ile +8 arasında bir skor olacaktır. Fark skorunun 0 ile 8 arasında 8'e yaklaştığı ölçüde alınan hizmetten duyulan memnuniyetin o ölçüde yüksek olduğu, fark skorunun -8 ile 0 arasında -8'e yaklaştığı ölçüde alınan hizmetten duyulan memnuniyetin o ölçüde düşük olduğu kabul edilir. Uygulamada, bu skorlarda pozitif değere pek rastlanmadığı için negatif skorlar bağıl olarak karşılaştırılabilmekte, negatif skorların yüksek olması o ölçüde memnuniyetsizliği, 0 ya da 0'a yakın olması o ölçüde beklentilerin karşılanıp bireyin memnuniyetinin yüksekliğini göstermektedir.

ServQual ölçeğine ait 22 konunun ölçüm bulguları Tablo 4.23'te özetlenmiştir. Tablodaki A sütunundaki "Ort.", algılanan (gözlemediği veya ölçtüğü) hizmet kalitesi bakımından hasta görüşlerinin ortalaması ve "s" standart sapmalarını vermektedir. B sütunundaki "Ort." ise beklenen hizmet kalitesi bakımından hasta görüşlerinin ortalamasıdır. Tablodaki Fark (A-B) sütunu, algılanan hizmet kalitesi boyutuna ait hasta görüşlerinin ortalaması ile beklenen hizmet kalitesi boyutuna ait hasta görüşlerinin ortalaması arasındaki fark değerleridir.

**Tablo 4.23: Hizmet Kalitesi Konularına Ait Fark Analizi**

	BEU SUAM için konu başlıkları	Algılanan (A)		Beklenen (B)		Fark =A-B	Karar Kategorisi	
		Ort.	s	Ort.	s		A	B
GV	GV1 Sağlık hizmetlerinin zamanında verilmesi	6,00	2,08	8,21	1,32	-2,21	6KKY	9KKKY
	GV2 Hizmetler SB'nin kriterlerine göre	5,96	1,88	8,20	1,22	-2,24	6KKY	9KKKY
	GV3 Sağlık hizmeti sunanlar güven verir	5,70	1,94	8,23	1,20	-2,53	6KKY	9KKKY
	GV4 Sağlık kayıtları doğru tutulur	5,96	1,96	8,26	1,18	-2,29	6KKY	9KKKY
	GV5 Hasta gizliliği dikkate alınır	5,63	2,00	8,22	1,26	-2,59	6KKY	9KKKY
FO	FO6 Ulaşım olanakları iyidir	5,09	2,31	8,14	1,23	-3,04	KRZ	9KKKY
	FO7 Fiziksel koşullar uygundur	6,41	1,68	8,09	1,36	-1,68	7 KY	8YOKY
	FO8 Kurum modern ekipmanlara sahiptir	6,65	1,66	8,22	1,25	-1,57	7 KY	9KKKY
H	H9 Hizmetlerin sunumu hızlıdır	6,09	3,09	8,12	1,27	-2,03	6KKY	9KKKY
	H10 Hizmetlerin zamanında verilir	6,14	1,87	8,11	1,30	-1,96	6KKY	8YOKY
	H11 Prs hizmet sırasında meşgul izlenimi vermez	5,62	1,91	7,96	1,40	-2,35	6KKY	8YOKY
	H12 Personel hizmet vermeye heveslidir	5,52	1,91	8,13	1,23	-2,62	6KKY	9KKKY
	H13 Personel hasta haklarına saygılıdır	5,53	1,97	8,06	1,30	-2,53	6KKY	8YOKY
G	G14 Personel davranışları ile güven verir	5,86	1,77	8,11	1,40	-2,25	6KKY	9KKKY
	G15 Personel nazik davranır	5,62	1,91	8,04	1,41	-2,43	6KKY	8YOKY
	G16 Personel hastaya yeterli bilgiyi verir	5,89	1,87	8,14	1,35	-2,25	6KKY	9KKKY
	G17 Personel tatmin edici cevaplar verir	5,81	1,91	8,06	1,51	-2,25	6KKY	8YOKY
E	E18 Çalışma saatleri hasta taleplerine uygundur	5,55	2,03	7,58	1,88	-2,03	6KKY	8YOKY
	E19 Personel hasta ile birebir ilgilenir	5,53	2,02	7,76	1,76	-2,23	6KKY	8YOKY
	E20 Danışmanlık hizmetleri beklentilere uygundur	5,92	1,89	8,00	1,45	-2,08	6KKY	8YOKY
	E21 Hasta şikayetleri dikkate alınır	5,90	1,91	8,10	1,44	-2,20	6KKY	8YOKY
	E22 Personel hasta isteklerine anlayışla yaklaşır	5,89	1,96	7,97	1,53	-2,08	6KKY	8YOKY
Tüm boyutlar	Güvenilirlik (GV ortalaması)	5,85	1,65	8,23	1,06	-2,37	6KKY	9KKKY
	Fiziksel ortam (FO ortalaması)	6,05	1,51	8,15	1,16	-2,09	6KKY	9KKKY
	Heveslilik (H ortalaması)	5,78	1,70	8,08	1,14	-2,30	6KKY	8YOKY
	Güvence (G ortalaması)	5,80	1,64	8,09	1,25	-2,29	6KKY	8YOKY
	Empati (E ortalaması)	5,76	1,70	7,88	1,36	-2,12	6KKY	8YOKY
	Tüm boyutların ortalaması	5,85	1,43	8,08	1,01	-2,24	6KKY	8YOKY

Ort.: Konu hakkında birim görüşlerinin aritmetik ortalaması; s.: Birim görüşlerinin standart sapması

ServQual fark skorları, hastane hizmet kalite konularında algılanan ölçüm değerinden beklenti ölçüm değeri arasındaki farktan hesaplanır. Algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet ile algılanan hizmet farkını ifade ettiğinden, hizmet kalitesi; ServQual Skoru = Algılama Skoru – Beklenti Skoru olarak ifade edilmiştir (Zeithaml vd., 1990:176).

Tablo 4.23'teki fark ölçüm sonuçlarına göre, fark sütununda ifade edilen farklar -8 ile 8 değeri arasında bir değer alacaktır. Farkı 0 ve üzeri bir değer ise hizmet alan bireyin hastane hizmet kalite düzeyini tatminkâr bulduğu ya da bireyin memnun olduğu kabul edilirken, 0'dan negatife doğru bir değerde o oranda hasta beklentilerinin karşılanamadığı ve ayaktan hizmet alan bireylerin sunulan hizmetlerinden memnuniyetlerinin düşük kaldığı söylenebilecektir.

Ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyet seviyesini gösterebilecek olan fark ortalamaları incelenirse, tüm boyutlarda boşlukların olduğu, en büyük boşluğun (-2,37) “Güvenilirlik” boyutuna ait olduğu, en küçük boşluğun (-2,09) ile “Fiziksel Ortam”’a ait olduğu görülmektedir. Bu durumda, bireylerin bağıl olarak en memnuniyetsiz kaldığı konular güvenilirlik boyutunda olduğu, özellikle de “GV5 Hasta gizliliği dikkate alınır” ile “GV3 Sağlık hizmeti sunanlar güven verir” konularında kaynaklandığı gözlenmiştir. Bireylerin bağıl olarak en yüksek memnun kaldığı konular fiziksel ortam boyutunda olduğu, özellikle de “FO7 Fiziksel koşullar uygundur” ile “FO8 Kurum modern ekipmanlara sahiptir” konularından kaynaklandığına karar verilmiştir. Tablo 4.22’deki ortalamaların kategori karşılıkları dikkate alındığında, Tablo 4.23’deki karar kategorisi açısından bakacak olursak, fiziksel ortam algı ortalaması 6KKY kategorisinde iken, beklenti ortalaması 9KKKY kategorisinde olduğuna karar verilmiştir. Bu açıdan, ayaktan sağlık hizmeti alanlar BEÜ SUAM’ın sunduğu hizmetlerin fiziksel ortam boyutunda kaliteli olduğuna kısmen katıldıkları şeklinde değerlendirilmiştir. Güvenilirlik boyutunda da yine algı ortalaması 6KKY kategorisinde iken beklenti ortalamasının 9KKKY kategorisinde olması ile sağlık hizmeti alanların bu boyutta sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olduğuna kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir. Tüm boyutlar için ortaya çıkan fark skorları açısından bakıldığında çalışmamız Butt ve Cyril, 2010; Roohi vd., 2011 ve Zarei vd., 2012; Papatya vd., (2012) çalışmaları ile paralellik göstermektedir ve yapılan tüm araştırmalarda en büyük boşluğun güvenilirlik boyutunda, en az boşluğun ise fiziksel ortam boyutunda olduklarını ifade etmişlerdir. Belirtilen çalışmaların bildirdikleri sonuçlar bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Algılama skorları açısından bakıldığında en yüksek algılama düzeyi skoru (A: 6,05) ile fiziksel ortam boyutundadır ve sağlık hizmeti alan bireylerin fiziksel ortam boyutundaki algılamaları diğer boyutlardaki algılamalarından yüksektir olarak ifade edilebilir. En düşük algılama düzeyi (A: 5,76) ile Empati boyutundadır ve sağlık hizmeti alanların hizmet kalitesini belirlemede empati boyutunu en düşük düzeyde algıladıkları ifade edilebilir. Tablo 4.23’teki analiz sonuçlarına göre bireylerin güvenilirlik boyutunda en yüksek beklentiye (8,23) sahip olması, en düşük memnuniyete sahip olmalarına neden olurken; fiziksel ortamda en yüksek hizmet kalitesi ölçümüne (algıladığı; 6,05) sahip olması, en

yüksek memnuniyete sahip olmalarına neden olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Empati boyutunda ise diğerlerine göre en düşük beklenti ve en düşük algılama ölçümüne sahip olunması, bireylerin bu boyuttaki memnuniyet düzeylerinde bağıl olarak orta seviyede olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

Beklenti skorları açısından incelenecek olursa en yüksek beklenti skoru (B: 8,23) güvenilirlik boyutunda gerçekleşmiştir. Bu sonuca göre sağlık hizmeti alanlar BEÜ SUAM'ın sunduğu sağlık hizmetlerinden güvenilirlik boyutu açısından diğer boyutlardan daha fazla beklenti içine oldukları söylenebilir. En düşük beklenti düzeyi (B:7,88) ile yine Empati boyutunda gerçekleşmiştir. Bu sonuca göre de ayaktan sağlık hizmeti alanların hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin kalite düzeyini belirlerken bu boyutun diğer boyutlar içinde en az öneme sahip olduğunu düşündüklerini söyleyebiliriz. Çalışma bu yönü ile Zarei vd.'nin (2012) çalışması ile yakınlık göstermektedir. Zarei vd.'nin yaptığı çalışmada algı skorları açısından en yüksek değer fiziksel ortam (4,18), beklenti skorları açısından en yüksek değer yine fiziksel ortam (4,95) boyutunda bulunmuştur. Algı skorları açısından en düşük değer empati (3,89) iken beklenti skorları açısından en düşük değer yine empati (4,87) boyutunda bulunmuştur. Yalnızca beklenen en yüksek değer dışında diğer ölçümler bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Tablo 4.23'teki analiz sonuçlarına göre Güvenilirlik boyutunun algılanan ortalamaları (A: 5,85) iken beklenen ortalamaları (B: 8,23) olarak gerçekleşmiştir. Bu sonuçlara göre algılanan ortalamaların karşılığı 6KKY olurken, beklenen ortalamaların karşılığı 9KKKY olarak gerçekleşmiştir. Güvenilirlik boyutunun ServQual skoru (-2,37) olarak gözlenmiştir. Memnuniyet seviyesini gösterebilir olması açısından bakıldığında, güvenilirlik boyutunda, ayaktan hizmet alan bireylerin verilen hizmetin kalitesinden kısmen bir memnuniyetsizlik yaşadığı ve beklenti içinde oldukları söylenebilir. Bu boyutta en yüksek skoru alan GV5 *Hasta gizliliğinin korunması beklentisi* fark ortalamasının (-2.59) ve GV3 *Personelin güvenilir olması beklentisi* fark ortalamasının (-2.53) olması bu boyutun tüm boyutlardaki en düşük memnuniyet seviyesine sahip olmasının nedeni olarak gösterilebilir.

Analiz sonuçlarına göre Fiziksel Ortam boyutunun algılanan ortalamaları (A: 6,05) iken beklenen ortalamaları (B: 8,15) olarak gerçekleşmiştir. Bu sonuçlara göre algılanan ortalamaların karşılığı 6KKY olurken, beklenen ortalamaların karşılığı 9KKKY olarak gözlenmiştir. Fiziksel ortam boyutunun ServQual skoru (-2,09) olarak gerçekleşmiştir. Memnuniyet seviyesini gösterebilir olan fark ortalamaları dikkate alındığında, ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin fiziksel ortam boyutunda hizmetin kalitesinden kısmen bir memnuniyetsizlik yaşadığı ve beklenti içinde oldukları söylenebilir. FO6 *Ulaşım olanaklarının iyi olması beklentisi* fark ortalamasının (-3,04) ile diğer ortalamalardan oldukça yüksek çıkması bu boyuttaki memnuniyetsizliği arttırdığı söylenebilir. Ayrıca fiziksel ortam boyutunda tüm alt boyut skorları açısından en yüksek skorun FO6 *Ulaşım olanakları iyidir* (-3,04) değeri gözlenirken, tüm alt boyutlar içinde en düşük skorun yine fiziksel ortam boyutunda F8 *Kurum modern ekipmanlara sahiptir* (-1,57) değeri ile yer aldığı gözlenmiştir.

Heveslilik boyutu algılanan ortalamaları (A: 5,78) ve beklenen ortalamaları (B: 8,08) olarak gerçekleşmiştir. Algılanan ortalamaların karşılığı 6KKY olurken, beklenen ortalamaların karşılığı 8YOKY olarak gerçekleşmiştir. Heveslilik boyutunun ServQual skoru (-2,30) olarak gözlenmiştir. Bu durumda ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin heveslilik boyutunda hizmetin kalitesinden kısmen bir memnuniyetsizlik yaşadığı ve beklenti içinde oldukları söylenebilir. Bu boyutta H12 *Personelin hizmet etmeye gönüllü olması beklentisi* fark ortalamasının (-2,62) ve H13 *Personelin hasta haklarına saygılı olması beklentisi* fark ortalamasının (-2,53) diğer ortalamalardan oldukça yüksek çıkması, bu boyuttaki memnuniyetsizliği arttırdığı söylenebilir. Bu boyut incelendiğinde ayrıca H10 *Hizmetlerin zamanında verilmesi* alt boyunun (-1,96) ile en düşük skora sahip olduğu gözlenmiştir.

Güvence boyutu algılanan ortalamaları (A: 5,80), beklenen ortalamaları (B: 8,09) olarak gerçekleşmiştir. Algılanan ortalamaların karşılığı 6KKY olurken, beklenen ortalamaların karşılığı 8YOKY olarak gerçekleşmiştir. Güvence boyutunun ServQual skoru (-2,29) gözlenmiştir. Güvence boyutunda ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin verilen hizmetin kalitesinden kısmen memnuniyetsizlik yaşadığı ve beklenti içinde oldukları söylenebilir. Bu boyutta

G15 *Personelin hastaya kibar davranması* fark ortalamasının (-2.43) ile diğer alt boyut skorlarından yüksek çıkması, bu boyuttaki memnuniyetsizliği arttırdığı söylenebilir.

Empati boyutu algılanan ortalamaları (A: 5,76), beklenen ortalamaları (B: 7,88) olarak gerçekleşmiştir. Bu sonuçlara göre algılanan ortalamaların karşılığı 6KKY olurken, beklenen ortalamaların karşılığı 8YOKY olarak gözlenmiştir. Empati boyutunun ServQual skoru (-2,12) olarak gözlenmiştir. ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin empati boyutunda verilen hizmetin kalitesinden kısmen memnuniyetsizlik yaşadığı ve beklenti içinde oldukları söylenebilir. Bu boyutta E19 *Personel hasta ile bire bir ilgilenir* (-2.23) ve E21 *Hasta şikayetlerinin dikkate alınır* (-2,20) ile diğer ortalamalardan oldukça yüksek çıkması, bu boyuttaki memnuniyetsizliği arttırdığı söylenebilir. Bu boyutta gözlenen en düşük skor E18 *Çalışma saatleri taleplere uygundur* (-2,03) olarak gözlenmiştir.

Karar kategorilerinde tüm boyutlar ve konular açısından baktığımızda yalnızca fiziksel ortam için F7 *Fiziksel koşullar uygundur* algılası ile F8 *Kurum modern ekipmanlara sahiptir* konularında algılanan karar kategorisi 7KY değerini almıştır. Ayaktan sağlık hizmeti alan bireyler hastanenin bu konularda sunduğu hizmetlerin kalitesine “katılıyorum” şeklinde, yine fiziksel ortam boyutunda F6 *Hastanenin ulaşım olanakları iyidir* konusunda sunulan hizmetlerin kalitesini KRZ “kararsız” kategorisinde değerlendirdikleri gözlenmiştir. Ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin fiziksel ortama ait konular dışındaki tüm boyutların konuları için alınan sağlık hizmeti kalitesini 6KKY “kısmen katılıyorum” kategorisinde değerlendirdikleri gözlenmiştir. Beklenti skorları karar kategorisi açısından bakılacak olursa ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin güvence boyutunun tüm konuları GV1, GV2, GV3, GV4, GV5 ve diğer boyutlarda FO6, FO8, H9, H12, G14, G16 konularında sunulan sağlık hizmetleri kalite beklentilerini 9KKKY kategorisinde değerlendirdikleri, bunların dışında kalan boyutlara ait konuları 8YOKY kategorisinde değerlendirdikleri gözlenmiştir.

**Tablo 4.24: Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi**

Boyutlar	Ort. n=626	s	DK	TÖ t (Anl.)	Karar	
					t test	Kategori
Güvenilirlik	5,852	1,651	28,22	,025	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Fiziksel Ortam	6,051	1,514	25,02	,400	6 KKY	6 KKY
Heveslilik	5,778	1,703	29,48	,001	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Güvence	5,797	1,641	28,31	,002	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Empati	5,760	1,698	29,48	,000	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Ortalama	5,848	1,430	24,46	,008	KRZ- 6 KKY	6 KKY

DK (=100\*ort/s; Değişim katsayısı): Ortalamaların farklı olduğu durumlarda, standart sapma yerine standart sapmayı ortalamadan arındırarak, serilerin homojenlik yapıları hakkında bilgi verir. TÖ t (Anl.) (Tek örnek t testi anlamlılığı): Ortalamalar 6'ya yakın olduğundan, görüş ortalamalarının 6'dan farklı olup olmadığının (H1 hipotezi: "Bireylerin görüş ortalamaları 6 KKY'den farklıdır") değerlendirilmesi için tek örnek t testi yapılmıştır ve test sonuçları test anlamlılığı veya p değeri olarak TÖ t (Anl.) sütununda raporlanmıştır. Referans 5 alınarak yapılan TÖ t testi anlamlarının tümü 0,001'den küçük olduğu için tabloda raporlanmamıştır.

Tablo 4.24'e incelendiğinde, boyut ortalamalarının birbirinden farklı olduğu iddiası bağımlı örnek ANOVA testine göre incelenmiş ve istatistiksel anlamlılıkta, ortalamaların birbirinden farklı olduğuna karar verilmiştir. Bu durumda, boyut ortalamala skorları birbirine oldukça yakın olmasına rağmen en az iki ortalamanın birbirinden farklı olduğuna karar verilmiştir. Böylece, en yüksek seviyede hizmet kalitesinin fiziksel ortamda olduğu sonucuna varılabilir.

Tablo 4.24'de, fiziksel ortam dışındaki 4 boyutun algılanan hizmet kalitesi açısından ortalama değerleri 5 ile 6 arasında çıkmıştır ve boyutlar 5KRZ ya da 6KKY olarak kategorize edilemez olduğu, 4 ile 5 referans alınarak gerçekleştirilen tek örnek t testi sonuçlarına göre 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Tablo 4.22'deki kategori sınıflarına göre ise bu 4 boyut da dahil tüm boyutların 6 KKY kategorisinde olduğu gözlemlenmektedir. Bu durumda, bireylerin bu dört boyut hakkındaki görüşlerinin 5KRZ ile 6KKY arasında ve 6 KKY kategorisine eğimli olduğuna karar verilmiştir. Fiziksel ortam boyutunda ise, 6 referans alınarak gerçekleştirilen tek örnek t testi sonuçlarına göre 0,05 anlamlılıkta istatistiksel olarak 6'dan farklı olmadığına karar verilmiştir. Kategori sınıfına göre de 6 KKY kategorisine dahil olduğu dikkate alındığında, bireylerin fiziksel ortam boyut konularını ölçüm skorlamasının tam olarak 6 KKY kategorisinde olduğuna karar verilmiştir. Bu sonuçlara bakılarak, ayaktan sağlık hizmeti alanların, hizmeti aldıktan sonra BEÜ SUAM'ın sunduğu hizmetlerin kaliteli olduğuna kısmen katıldıkları şeklinde değerlendirilmiştir. Değişim katsayısı istatistikleri



incelendiğinde, cevaplayıcıların diğer boyutlara göre (nispeten daha düşük değişim katsayısına sahip) fiziksel ortam boyutunda daha homojen (hemfikir) skora yaptığı gözlemlenmiştir.

#### 4.5. Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutlarının Alt gruplara Göre Farklılaşması

Bu bölümde cevaplayıcıların, hastaneden algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarının bağımlı değişkenlere göre farklılaşması incelenmiştir. İkili gruplar için t testi, ikiden fazla alt grup için ANOVA testi tercih edilmiştir.

Tablo 25’te, “bireylerin görüşleri cinsiyete göre farklılaşmaktadır” alternatif hipotezi her boyut için ayrı ayrı araştırılmıştır. Bu iddia, iki alt grup (erkek ve kadın) görüş ortalamalarının birbirinden farklı olduğu iddiası yapılan bağımsız iki örnek t testi ile araştırılmıştır. Test sonuçlarına göre, bu iki grup görüşleri arasında tüm boyutlar için anlamlı bir fark olmadığı sonucuna istatistiksel olarak 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Böylece, ayaktan sağlık hizmeti alan kadınlarda hizmet kalitesi skorlamaları daha yüksek olmasına rağmen, kadın-erkek bireyler arasında algılanan sağlık hizmeti kalitesinde ve boyutları açısından bir farkın istatistiklere atfedilecek kadar zayıf olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.25: Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Boyutlar	Ort-K n=332	Ort-E n=294	t (Anl)	Karar	
				t test	Kategori
Güvenilirlik	5,864	5,838	,848	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Fiziksel Ortam	6,115	5,979	,260	6 KKY	6 KKY
Heveslilik	5,868	5,677	,161	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Güvence	5,860	5,726	,307	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Empati	5,795	5,720	,583	KRZ- 6 KKY	6 KKY
Ortalama	5,900	5,788	,326	KRZ- 6 KKY	6 KKY

T (Anl.) bağımsız iki örnek t testi anlamlılıklarıdır.

Lin vd. (2009)’nin ile Al-Borie ve Damanhour (2013)’nin yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılması, bu çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Kadın ile erkek bireyler arasında, algılanan sağlık hizmeti kalitesinde ve boyutları açısından istatistiksel anlamlılıkta bir farkın bulunamamasından dolayı, bireylerin genel görüşleri olarak Tablo 4.24’deki boyut ortalamaları dikkate alınabilir.

**Tablo 4.26: Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Boyutlar	Ortalama				F	Lev.	Welch	Br-Fo	Karar			
	≤29	30-39	40-49	50≤					≤29	30-39	40-49	50≤
Güvenilirlik	5,979	5,834	5,557	6,103	,066	,057			6KKY	6KKY	6KKY	6 KKY
FizikselOrt.	6,093	6,058	5,875	6,250	,364	,246			6KKY	6KKY	6KKY	6 KKY
Heveslilik	5,893	5,819	5,496	5,865	,173	,032	,130	,167	6KKY	6KKY	6KKY	6 KKY
Güvence	5,857	5,752	5,608	6,132	,165	,438			6KKY	6KKY	6KKY	6 KKY
Empati	6,130	5,550	5,487	5,826	,001	,001	,000	,001	6KKY	6KKY	6KKY	6 KKY
Ortalama	5,990	5,803	5,605	6,035	,060	,032	,058	,064	6KKY	6KKY	6KKY	6 KKY

F: Bağımsız örneklerden elde edilen değerlerin tek yönlü ANOVA testi sonuçlarını ifade etmektedir. Lev: Alt grupların homojenliği için Levene testinin olasılık değerini ifade etmektedir. Welch and Br-Fo (Brown-Forsythe): Alt gruplar için homojen olmama durumunda ortalama farklılık aramak için yapılan testi ifade etmektedir.

Yaş gruplarına göre BEÜ SUAM'dan ayaktan sağlık hizmeti alanların sağlık hizmeti kalitesi algısındaki görüşleri arasındaki farklılık bağımsız örnek ANOVA testi ile incelenmiş ve bulguları Tablo 4.26'da raporlanmıştır. Yaş alt gruplarında sadece empati boyutunda görüşler arasında farklılık 0,05 anlamlılıkta bulunmuş, diğer gruplarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığına karar verilmiştir. Bu nedenle GV, FO, H ve G boyutları için bireylerin genel görüşlerini Tablo 4.24'deki ortalamalar temsil etmektedir. Li vd. (2015)'nin yaptığı çalışmada sağlık hizmeti alan 60 yaş ve üstü bireylerin 40-49 yaş aralığındaki bireylerden sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmede güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarında daha yüksek algı skorlarına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Papatya vd. (2012)'nin yaptıkları çalışmaya göre ise heveslilik boyutunda 62 yaş üstü bireyler; güvenilirlik boyutunda 26-35, 46-54 ve 62 yaş üstü bireyler ve empati boyutunda 26-35 ile 62 yaş üstü bireyler hizmet kalitesini daha yüksek değerlendirmektedirler. Bu çalışmada da empati boyutunda 29 yaş altındaki bireyler 30-49 yaş gruplarına göre sağlık hizmetlerindeki empati boyutunu daha yüksek değerlendirdiği söylenebilir.

**Tablo 4.27: Yaş gruplarına Göre Tamhane's ve Tukey HSD Testleri p Değerleri**

	Güvenilirlik			Fiziksel Ortam			Heveslilik		
	≤29	30-39	40-49	≤29	30-39	40-49	≤29	30-39	40-49
<b>30-39</b>	,802			,995			,998		
<b>40-49</b>	,093	,419		,558	,686		,122	,441	
<b>50≤</b>	,950	,644	,116	,879	,800	,341	1,000	1,000	,587
	Güvence			Empati			Tüm Ortalama		
<b>30-39</b>	,912			,002			,679		
<b>40-49</b>	,513	,855		,003	1,000		,072	,770	
<b>50≤</b>	,624	,341	,137	,771	,854	,754	1,000	,839	,263

Alt grupların homojen olmadığı durumlarda ortalama farkı aramak için kullanılan daha robust test olarak kabul edilen Welch ve Brown-Forsythe testleri sonucuna bağlı olarak Empati boyutu yaş gruplarına göre istatistiksel olarak 0,05 seviyesinde (hatta daha güçlü olarak 0,01 seviyesinde dahi) farklılık gösterdiğine karar verilmiştir. Tamhane 2 post-hoc testine göre, sadece  $\leq 29$  / 30-39 ve  $-29$  / 40-49 grupları arasında farklılık görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre sağlık hizmeti kalitesini empati boyutunda 29 yaş altındaki bireyler 30-49 yaş gruplarına göre sağlık hizmetlerindeki empati boyutunu daha yüksek skorladığı söylenebilir. Karar kategorileri açısından bakılacak olursa, tüm yaş gruplarındaki bireyler, tüm boyutlarda sunulan sağlık hizmetleri kalitesini 6KKY kısmen katılıyorum kategorisinde değerlendirdikleri söylenebilir.

**Tablo 4.28: Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Gelire göre Dağılımı (TL/ay)**

Boyutlar	Ortalama				F	Lev.	Welch	Br-Fo	Karar			
	$\leq 1000$	1001-2000	2001-4000	$4001 \leq$					$\leq 1000$	1001-2000	2001-4000	$4001 \leq$
Güvenilirlik	6,415	5,791	5,683	5,377	,000	,015	,000	,000	7 KY	6KKY	6KKY	KRZ
FizikselOrt.	6,416	6,028	5,897	5,801	,013	,015	,022	,016	7 KY	6KKY	6KKY	6KKY
Heveslilik	6,149	5,835	5,593	5,323	,006	,087			6KKY	6KKY	6KKY	KRZ
Güvence	6,221	5,837	5,599	5,303	,001	,108			6KKY	6KKY	6KKY	KRZ
Empati	5,965	5,900	5,648	5,169	,015	,519			6KKY	6KKY	6KKY	KRZ
Ortalama	6,233	5,878	5,684	5,395	,001	,341			6KKY	6KKY	6KKY	KRZ

Tablo 4.28’de görüldüğü üzere ayaktan sağlık hizmeti alanların sağlık hizmeti kalitesi ile ilgili görüşleri, tüm boyutlar için gelir açısından 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğine karar verilmiştir. Tüm boyutlar açısından bakıldığında ayaktan sağlık hizmeti alanların gelir seviyeleri düştükçe sağlık hizmeti kalitesinin daha yüksek değerlendirdikleri ifade edilebilir. Bu sebeple alınan hizmetin kalite algısında gelir düzeyinin etkili olduğu söylenebilir. Karar kategorisi açısından bakıldığında gelir seviyesi aylık 1000 TL ve altında olanlar güvenilirlik ve fiziksel ortam boyutunda sunulan hizmetlerin kalitesine 7KY katılıyorum kategorisinde değerlendirdikleri kabul edilebilir. Ancak. Geliri 4000 tl ve fazla olan bireyler ise sağlık hizmetleri kalitesi hakkında güvenilirlik, heveslilik, güvence, empati boyutlarında ortalama KRZ kararsız kategorisinde değerlendirdikleri kabul edilebilir.

**Tablo 4.29: Tamhane's ve Tukey HSD Testi Gelir Gruplarına Göre p Değerleri**

	Güvenilirlik			Fiziksel Ortam			Heveslilik		
	≤1000	1001-2000	2001-4000	≤1000	1001-2000	2001-4000	≤1000	1001-2000	2001-4000
1001-2000	,007			,218			,371		
2001-4000	,000	,981		,020	,931		,019	,446	
4001≤	,005	,639	,862	,110	,921	,999	,018	,209	,727
	Güvence			Empati			Tüm Ortalama		
1001-2000	,167			,987			,128		
2001-4000	,004	,422		,343	,412		,003	,482	
4001≤	,004	,147	,635	,024	,029	,255	,002	,124	,543

Tablo 4.29'da, görüşlerdeki farklılıklar post hoc testleriyle incelenmiş ve p değerleri raporlanmıştır. Bu analizlere göre güvenilirlik boyutu, aylık 1000 TL'den az kazanan bireyler diğerlerine göre daha yüksek skorladığına istatistiksel olarak 0,05 anlamlılıkta karar verilmiştir. Heveslilik, güvence boyutları ve tüm boyut ortamlar temelinde ise aylık 1000 TL'den az kazanan bireyler aylık 2000 TL üstü kazananlara göre daha yüksek skorladığına karar verilmiştir. Fiziksel ortam boyutunda, aylık 1000 TL'den az kazanan bireyler aylık 2001-4000 TL kazananlara göre daha yüksek skorladığına karar verilmiştir. Empati boyutunda, aylık 4000 TL'den fazla kazanan bireyler aylık 2000 TL'den az kazananlara göre daha düşük skorladığına karar verilmiştir.

**Tablo 4.30: Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Alınan Hizmet Çeşidine Göre Dağılımı**

Boyutlar	Ortalama					F	Lev.	Welch	Br-Fo	Karar				
	Hast.	İlaç	Tahlil	Kontrol	Diğer					Hast.	İlaç	Tahlil	Kontrol	Diğer
Güvenilirlik	5,882	5,502	6,230	5,952	5,320	,007	,008	,002	,004	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY	KRZ
FizikselOrt.	6,153	5,403	6,185	6,177	5,619	,002	,000	,001	,001	6KKY	KRZ	6KKY	6KKY	6KKY
Heveslilik	5,900	5,498	5,742	5,826	5,374	,147	,007	,129	,093	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY	KRZ
Güvence	5,934	5,401	5,722	5,879	5,379	,046	,000	,040	,024	6KKY	KRZ	6KKY	6KKY	KRZ
Empati	5,738	5,656	6,365	5,780	5,200	,001	,006	,001	,001	6KKY	6KKY	7 KY	6KKY	KRZ
Ortalama	5,921	5,492	6,049	5,923	5,378	,011	,000	,005	,005	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY	KRZ

Hast: Hastalık; Diğer: Eğitim ve rapor vs.

Ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet kalitesi algısında, heveslilik boyutu hariç tüm boyutlarda istatistiksel olarak 0,05 anlamlı farklılıklar olduğu karar verilmiştir (Tablo 4.30). Güvenilirlik boyutunda tahlil ve kontrol için hastaneye gelenler sağlık hizmetleri kalitesini diğerlerine göre daha yüksek değerlendirdiği Tablo 4.31'deki post hoc sonuçlarından görülebilir. Tahlil ve kontrol için hastaneye gelenler, sağlık hizmetleri kalitesini fiziksel ortam

boyutunda diğer bireylere göre daha yüksek skorladığı, ilaç için gelenlerin ise bu boyutu en düşük skorladığı gözlenmiştir.

**Tablo 4.31: Tamhane's testi Geliş Sebeplerine Göre p Değerleri**

	Güvenilirlik				Fiziksel Ortam				Heveslilik			
	Hastalık	İlaç	Tahlil	Kontrol	Hastalık	İlaç	Tahlil	Kontrol	Hastalık	İlaç	Tahlil	Kontrol
Hastalık	,814				,033				,772			
Tahlil	,590	,155			1,000	,037			,996	,995		
Kontrol	1,000	,671	,889		1,000	,030	1,000		1,000	,929	1,000	
Diğer	,052	1,000	,002	,033	,044	,997	,065	,042	,158	1,000	,785	,372
	Güvence				Empati				Tüm Ortalama			
Hastalık	,391				1,000				,521			
Tahlil	,951	,956			,022	,160			,996	,261		
Kontrol	1,000	,559	,995		1,000	1,000	,074		1,000	,543	,997	
Diğer	,088	1,000	,809	,188	,226	,814	,000	,201	,030	1,000	,012	,039

Tahlil için hastaneye gelenler, sağlık hizmetleri kalitesini empati boyutunda diğer bireylere göre genelde daha yüksek skorladığı gözlenmiştir. Güvence boyutunda, gruplar arası görüşlerde en az iki grup görüşünün farklı olduğuna 0,05 anlamlılıkta karar verilirken, post hoc testlerde ancak 0,10 anlamlılıkta zayıf şekilde sadece hastalık için gelenlerin diğer grubundan daha yüksek skorlama yaptığı söylenebilir.

**Tablo 4.32: Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmetlerinin Yıllık Kullanım Sayısına Göre Dağılımı**

Boyutlar	Ort.				F	Lev.	Welch	Br-Fo	Karar kategorisi			
	1-3	4-6	7-9	10≤					1-3	4-6	7-9	10≤
Güvenilirlik	5,833	5,825	5,985	5,772	,846	,000	,813	,850	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY
FizikselOrt.	5,960	6,093	6,218	5,953	,494	,009	,465	,541	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY
Heveslilik	5,723	5,774	6,028	5,596	,411	,011	,354	,398	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY
Güvence	5,724	5,732	6,187	5,706	,102	,001	,067	,117	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY
Empati	5,642	5,798	6,157	5,460	,044	,018	,046	,063	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY
Ortalama	5,776	5,845	6,115	5,697	,218	,000	,163	,240	6KKY	6KKY	6KKY	6KKY

Ayaktan tedavi görenlerin sağlık hizmeti kalitesi hakkındaki algıları açısından hizmet alma sayısı bakımından yalnızca empati boyutunda, istatistiksel olarak Welch testine göre 0,05 anlamlılık düzeyinde, Brown-Forsythe testine göre 0,10 anlamlılık düzeyinde fark olduğu gözlenebilir. Bu durumda, yılda 10 ve daha fazla gelenler empati boyutunda düşük skorlama yapsa da bu farklılığın oldukça zayıf düzeyde olduğuna karar verilmiştir. Testlerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadığından, gelme sayısına yönelik post hoc istatistikler raporlaması yapılmamıştır.

#### 4.6. Hastaneden Duyulan Memnuniyet ile İlişkili olan ServQual Boyutları

Hizmet alanların hastaneden memnuniyet düzeyleri doğrudan 4 soru ile ölçülmüş ve değerlendirilmiştir. SevQual ölçeğiyle ölçülen konular üzerinden beş boyut açısından hastaneden algılanan ile beklenen hizmet kalitesi arasındaki fark, literatürde fark (boşluk) analizi olarak ifade edilmekte olup, alınan hizmetten duyulan memnuniyet değerlendirilmesinde dikkate alınmıştır. Ayrıca, doğrudan sorularla bireylerin genel memnuniyeti ölçülürken, bu memnuniyetin kaynağı olarak hangi hizmet kalitesi boyutu olduğu da Pearson korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.33: Ayaktan Başvuran Bireylerin Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Düzeyleri**

Konular	Ortalama	s	t test	Ortalama	
				Kadın	Erkek
M23- BEÜ SUAM'ın hizmet kalitesi	5,85	1,968	,082	5,98	5,71
M24- BEÜ SUAM'ın sunduğu hizmetten memnuniyet	5,84	1,971	,154	5,94	5,72
M25- BEÜ SUAM'a tekrar gelme isteği	5,63	2,121	,396	5,70	5,55
M26- BEÜ SUAM'ı başkalarına tavsiye etme	5,80	2,279	,229	5,91	5,69
Memnuniyet 2 (S23, S24, S25, S26 ortalamaları)	5,78	1,985	,175	5,88	5,67
Memnuniyet 3 (S23, 2*S24, S25, S26 ortalamaları)	5,79	1,970	,168	5,89	5,68

Wilks' Lambda testi p değeri .000'dır. Mauchly'nin küresellik testi için .000, Huynh-Feldt için .833 olduğu için, p değerleri 0.001 olan denekler içinde etkilerin testleri dikkate alınmıştır ve en az iki konu birbirinden farklı bulunmuştur.

Yapılan tek yönlü bağımlı örnek ANOVA testi sonucuna göre 4 konu skorlama ortalamaları arasındaki farklardan en az ikisi istatistiksel olarak 0,05 anlamlı bulunmuştur. Bu açıdan, bu 4 konu arasında içindeki en düşük skor "M25 BEÜ SUAM'a tekrar gelme isteği" konusunda olduğu söylenebilir. Ayrıca yapılan bağımsız örnek t testi sonucuna göre istatistiksel olarak 0,05 anlamlılıkta konu hakkındaki görüşlerin cinsiyete göre değişmediği söylenebilir ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4.33'de görüldüğü üzere sağlık hizmeti alan bireylerin genel memnuniyet düzeyleri 3 senaryo üzerinden hesaplanmıştır. Memnuniyet-1 (Mem1), Tablo 23'teki ServQual ölçeğindeki fark analizinden her birey için elde edilen farkların ortalamaları alınarak hesaplanmıştır ve negatif farkları pozitif hale getirmek için farklara 8 değeri eklenmiştir. Böylece, bireyler için memnuniyet-1 serisi elde edilmiştir. Memnuniyet-2 (Mem2) M23, M24, M25 ve M26 konuları için bireylerin yaptığı skorlamaların, her birey için ortalamalar hesaplanarak

bulunmuş, böylece Memnuniyet-2 serisi oluşturulmuştur. Memnuniyet3 (Mem3), Mem2 ile aynı sorular üzerinden hesaplanırken, M24 memnuniyeti doğrudan ölçtüğü için iki kat ağırlıklandırılarak bir çeşit tartılı (ağırlıklı) aritmetik ortalama ile Memnuniyet-3 serisi oluşturulmuştur.

**Tablo 4.34: ServQual Boyutları Temelinde Hasta Memnuniyeti ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki**

	Güvenirlilik	Fiziksel Ortam	Heveslilik	Güvence	Empati	Mem1	Mem2
Fiziksel Ortam	,782						
Heveslilik	,787	,762					
Güvence	,762	,728	,816				
Empati	,721	,680	,748	,725			
Mem1	,904	,877	,916	,900	,870		
Mem2	,456	,371	,427	,383	,387	,452	
Mem3	,458	,372	,428	,384	,388	,454	,998

Tablo 4.34’de görülebileceği gibi veriler metrik ve 600’ün üzerinde gözleme ait serilerden oluştuğundan, tüm ilişkiler parametrik olan Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplanıp, istatistiksel olarak tümünde 0,01 anlamlılıkta ilişkiler bulunmuştur. Mem1 ve Mem2 arasındaki pearson korelasyon değeri 0,452 iken Mem1 ve Mem3 arasındaki korelasyon değeri 0,454’dır. Mem2 ile Mem3 arasındaki korelasyon değeri 0,998’dir. Mem2 ve Mem3 arasındaki memnuniyet ilişkisinin oldukça yüksek olduğu ve değişkenlerin bire bir aynı yapıyı temsil ettiği söylenebilir. ServQual konuları fark değerlerinin ölçüm skorlarından elde edilen Mem1’in, litreatürde sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyetini temsil ettiği kabul edilmektedir. Diğer açıdan, Mem2 ve Mem3’ün memnuniyet düzeyini belirlemede doğrudan ölçümü içermesi açısından daha temsili olduğu düşünülmüş, bu son iki senaryonun hesaplaması sırasında ağırlıklandırma yapıldığı için Mem3’ün memnuniyet düzeyini daha temsili yüksek şekilde ölçtüğüne karar verilmiştir. Bu analizler ışığında sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyet derecelerinin doğrudan sorularla ölçülebileceği ve boyutlar arasındaki ilişkiye bakılarak memnuniyetin belirleyicisi olan boyutlar hakkında karar verilebileceği söylenebilir.

Diğer açıdan, bireylerin doğrudan ölçülen memnuniyet dereceleri ile Mem1 içeriğindeki boyutlar arasındaki ilişkiler incelenerek, bireylerin memnuniyetinde yüksek ilişki olan ServQual boyutları tespit edilmeye çalışılmıştır. Tüm boyutlar için bulunan pearson korelasyonu değerleri sırasıyla Güvenirlilik (,458),

Heveslilik (.428), Empati (.388), Güvence (.384) ve son olarak fiziksel ortam (.372) olarak hesaplanmıştır. Bu ilişki katsayılarından, sağlık hizmetleri alan bireylerin genel memnuniyeti değerlendirmede güvenilirlik boyutu ile en yüksek ilişkide olduğu, fiziksel ortam boyutu ile ise en az ilişkide olduğu söylenebilir. Bu anlamda, bireyin başta güvenilirlik ve heveslilik boyutlarına ait konularda beklentilerinin karşılanma düzeylerinin yükselmesi, o bireydeki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti yükseltmede daha etkili olabileceği söylenebilir.



## SONUÇ

Bu çalışmanın amacı ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin görüşleri doğrultusunda sağlık hizmetleri kalitesini ServQual ölçeği ile değerlendirmektir. Örneklem rassal seçilmediğinden elde edilen sonuçların yalnızca BEÜ SUAM'dan ayaktan sağlık hizmeti alan 626 bireyin görüşlerini yansıttığı kabul edilmelidir.

Yapılan frekans analizinde, ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin büyük çoğunluğunun, %84 ile 20-49 yaş aralığındaki bireylerin oluşturduğu ve cinsiyet açısından homojen bir dağılım olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyleri açısından çoğunluğu lise ve lisans mezunları oluşturmuştur ve oranı % 76,5'tir. Bu değere bakarak okumuşluk oranının yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Medeni durumları açısından çoğunluk %61,7 ile evlilerden meydana gelmektedir. Meslek durumlarına bakıldığında, eğitim durumu yüksek olmasına rağmen düzenli gelir getiren bir işe sahip olanlar (emekli, memur/işçi, doktor/mühendis, polis/asker, bürokrat/yönetici, eğitimci/öğretmen) %45,5'lik oranı temsil ederken, düzenli bir gelire sahip olmayanlar (serbest meslek/esnaf, ev hanımı, öğrenci ve diğer) %54,3'lük oranı temsil etmektedirler. Hastaneden faydalanma sayıları açısından incelediğimizde BEÜ SUAM'a başvuran bireylerin %75,9'u 6 ve daha az sayıda hizmet almışlardır. Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni'ne göre Türkiye genelinde kişi başı hekime müracaat sayısının 8,4; Batı Karadeniz bölgesinde kişi başı hekime müracaat sayısının 8,9 olduğu dikkate alınırse BEÜ SUAM'dan alınan örnek için kişi başına yıllık başvuru sayısının az olduğu söylenebilir. Ancak bu değerlerin sadece bireyin BEÜ SUAM'a başvurular dâhilinde olduğu, başka hastanelere başvurular dikkate alınmadığı; diğer açıdan da bir araştırma hastanesine başvuranlarda genel ortalamanın üzerinde başvuranların beklenebildiği de dikkate alınmalıdır. Ayaktan sağlık hizmeti alanların geliş nedenleri araştırıldığında büyük çoğunluğun, hastalık nedeni ile başvurduğu ve bunu tahlil ve kontrol için gelen bireylerin izlediği görülmektedir.

BEÜ SUAM'dan ayaktan sağlık hizmeti alanların bireysel özellikleri arasındaki ilişkileri değerlendirmek için yapılan çapraz tablo analizleri sonucunda bireylerin cinsiyet ve yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ve

cinsiyete göre yaş gruplarının dengeli dağılmış olduğuna karar verilmiştir. Bireylerin cinsiyet ve öğrenim durumları arasında bir ilişki bulunamamış, eğitim durumlarının cinsiyetler içerisinde dengeli dağılım gösterdiğine karar verilmiştir. Cinsiyet ile başvuru sebebine göre yine anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin cinsiyet ve gelir dağılımına bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bireylerin cinsiyet ve medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bireylerin başvuru sayıları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve erkek hastalarda başvuru sayısının beklenenden az olduğuna karar verilmiştir. Bireylerin başvuru sebebi ve ve yaş gruplarına göre istatistiksel anlamda fark bulunduğu bu farkın da 50 üstü hastaların beklenenden daha az olduğuna ve 50 yaş üstü bireylerin daha çok kontrol için gelirken, ilaç ve tahlil için bu hastaneyi tercih etmediğine karar verilmiştir. Bireylerin meslek grupları ile başvuru sebepleri arasındaki dağılıma bakıldığında istatistiksel anlamda bir fark bulunamamıştır. Bireylerin başvuru sayıları ile başvuru sebeplerine göre dağılıma bakıldığında bir ilişki olduğuna karar verilmiştir. Bu farkın nedeni 10 ve daha üzeri sayıda hizmet alanlarda eğitim ve diğer sebeplerle gelen bireylerin beklenenden çok olduğuna, ayrıca 7-9 kez hizmet alanlarda kontrol ve tahlil için gelenlerin beklenenden fazla olduğuna karar verilmiştir. Bireylerin yaş grupları ve başvuru sebeplerine göre dağılım incelendiğinde ilişki olduğuna karar verilmiştir. Ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin başvuru sayıları ve gelir durumları incelendiğinde aralarında bir ilişki olduğuna karar verilmiştir. Başvuru sayıları ile medeni durumun dağılımına bakılacak olursa aralarında bir ilişki olduğuna karar verilmiştir. Çapraz tablolarda son olarak bireylerin başvuru sayıları ile medeni durumları arasında ilişki olduğuna karar verilmiştir.

Fark analizi sonuçlarına göre; fiziksel ortam boyutu sağlık hizmetleri algılamasında F6 *Ulaşım olanakları iyidir* dışında en yüksek algı skoruna sahip boyut olarak belirlenmiştir. Karar vericiler ayaktan sağlık hizmeti alanların memnuniyet düzeylerini arttırmak için ulaşım olanaklarını daha iyi bir duruma getirmelidirler. En büyük boşluk Güvenilirlik boyutunda gözlemlenirken, karar vericiler hasta gizliliği ve sağlık hizmeti sunanların, ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerde güven duygusu oluşturabilmeleri için gerekli değerlendirmeleri yapmalıdırlar. Heveslilik, güvence ve empati boyutlarında da boşlukların olduğu

bulunmuştur. Yapılan fark analizi sonucunda tüm boyutlar açısından negatif yönlü farkların olduğu bu nedenle hastane yöneticilerinin tüm boyutlarda bulunan maddeler açısından iyileştirme çalışmaları yapmaları gerektiği düşünülmüştür. Ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık hizmetleri kalitesini değerlendirmede cinsiyete göre farklılık göstermemekle birlikte, yaş grupları, gelir ve alınan hizmet çeşidi açısından farklılıklar mevcuttur. Yapılan analizler sonucunda sağlık hizmeti alanların gelir seviyeleri azaldıkça algılanan sağlık hizmetleri kalitesi daha yüksek değerlendirilmiştir. Başka bir deyişle daha az geliri olan bireylerin sunulan sağlık hizmetleri kalitesini diğer bireylerden daha fazla derecelendirdiği ve memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmada ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyet derecesi yalnızca fark analizi skorları ile ölçülmemiş aynı zamanda bireylere sorulan doğrudan sorular yolu ile memnuniyet derecesi ölçülmeye çalışılmıştır. Korelasyon katsayılarına göre doğrudan sorulan memnuniyet maddeleri BEÜ SUAM'dan ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyet derecesini göstermesi açısından önemli bulunmuştur. Bireylerin genel memnuniyeti ile en yüksek korelasyon skoruna sahip güvenilirlik ve heveslilik boyutlarına ait konularda olduğu, bu açıdan ayaktan sağlık hizmeti alan bireyler açısından sağlık hizmetleri memnuniyetinin ölçülmesinde en belirleyici boyutlar olduğuna karar verilmiştir. Diğer bir yandan güvenilirlik boyutu beklenti skorları açısından en yüksek değeri almış ve fark analizi sonucunda negatif yönlü en yüksek fark bu boyutta çıkmıştır. Bu sonuca göre ayaktan sağlık hizmeti alanlar tarafından sağlık hizmetlerinde güvenilirlik boyutu diğerlerine göre en az memnuniyet duyulan boyut olarak değerlendirilmiştir. Bu iki sonuç birleştirildiğinde, memnuniyet ile en çok ilişkili olan ve bireyler tarafından nispeten en az memnuniyet duyulan güvenilirlik boyutu ve alt konularının, ilgili hastane tarafından en çok önem verilmesi gereken boyut olduğuna karar verilmiştir. Karar vericiler hastanenin gelecek dönemlerde daha başarılı bir performans göstermesi için, güvenilirlik boyutuna ait sağlık hizmetlerinin zamanında verilmesi, hizmetlerin standartlara uygun olması, hizmeti sunan personelin sağlık hizmeti alanlarda güven duygusu yaratması, sağlık kayıtlarının doğru ve tam olarak tutulması ve hasta gizliliğinin dikkate alınması gibi konularda gerekli tedbirleri almak durumundadırlar.

Nispeten bireylerin en yüksek memnuniyet duyulan boyut ise fiziksel ortam olduğu gözlenmiştir.

Bu çalışma sonucunda ServQual ölçeğinin eğitim ve araştırma hastanelerinde ayaktan sağlık hizmeti alanların sağlık hizmetleri memnuniyet derecelerinin ölçülmesinde uygulanabilecek bir yol olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmada konu edilen “sağlık hizmeti memnuniyet düzeylerinin tekrar gelme” ve “diğer bireylere tavsiye etme” gibi doğrudan sorularla memnuniyetin ölçülebildiği söylenebilir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar sıralanan maddeler ile özetlenebilir. (1) 9’lu likert kullanılmasıyla yaygın kullanılan 5’li likerte göre daha duyarlı ölçüm yapılmış olup diğer sağlık hizmeti kalitesi ölçümüne dayalı çalışmalara göre avantajlı alabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, bireylerin görüşleri 9’lu likert tipinde t testi ile ortalama sınıfı açısından kategorileştirilerek yorumlanmıştır. (2) Ayaktan sağlık hizmeti alan bireylerin güvenilirlik, heveslilik ve güvence boyutlarından daha az memnun kaldıkları gözlenmiştir. (3) Hastanenin fiziksel ortam boyutu, ulaşım imkânları konusu hariç, diğerlerine göre nispeten daha yüksek skorla ölçülmüş, bu açıdan yöneticilerin ve karar vericilerin hastanenin hizmet kalitesi ile memnuniyeti arttırmak için diğer (özellikle güvenilirlik, heveslilik ve güvence) boyutlar ile birlikte hastanenin ulaşım imkânlarına daha önem vermesi gerektiği sonucuna ulaşılabilir. (4) Bireylerin BEÜ SUAM hizmet kalitesi hakkındaki görüşleri, cinsiyete ve yıllık hizmet alma sayılarına göre değişmediği halde, yaş grupları, gelir grupları ve alınan hizmet çeşidine farklılaştığı görülmüştür. Örneğin, gelir düzeyleri arttıkça bireylerin BEÜ SUAM’ın hizmet kalitesini daha düşük skorladığı gözlenmiştir. (5) BEÜ SUAM’dan duyulan memnuniyet, fark analizi başta olmak üzere doğrudan sorulan 4 soru ile birlikte toplam üç senaryo ile ölçülmüş ve değerlendirilmiştir. Bu doğrudan soruların da sağlık hizmetlerinde birey memnuniyeti ölçümüne uygun olduğuna karar verilmiştir. (6) Bireylerin genel memnuniyeti ile ilişkili ServQual boyutları araştırılmış, güvenilirlik ve heveslilik boyutlarının genel memnuniyetle en yüksek ilişki içinde olduğuna karar verilmiştir. Bireylerin, güvenilirlik boyutundan en az memnuniyet duymaları da bu güvenilirlik boyutuna verilen önemin artırılması gerektiğini göstermiştir. Bu anlamda karar vericiler /yöneticilerin özellikle güvenilirlik ve heveslilik

boyutlarından duyulan memnuniyeti arttırmalarının, bireylerin genel memnuniyetini arttırmada daha etkili olacağı söylenebilir.

İleriki çalışmalara öneri olarak, bu konu etkileşiminin nedenleri araştırmacılar tarafından ayrıca bir inceme konusu olabilir. ServQual ölçeğinin esnek bir yapıda olduğu ilgili 5 boyut dikkate alınarak yapılan bu çalışma ile uygulanan istatistiksel analizlere yeni/farklı boyutlar ve konular eklenerek sağlık alanında yapılacak çalışmalarda kullanılabilir. Ayrıca sunulan sağlık hizmetleri kalitesi ve hasta memnuniyeti değerlendirmesi için yapılacak çalışmaların, Batı Karadeniz veya Türkiye genelinde gerçekleştirilmesi, daha genel bir çıkarsama için uygun olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akbaba, Atilla (2006); "Turizm İşletmelerinin Kalite Geliştirme Çabalarında ServQual Modeli Ve Kalite Fonksiyon Göçeriminin (KFG) Birlikte Kullanımı," *Seyahat Ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, Cilt 3, Sayı 1, s. 17-28.
- Al-Borie, Hussein M. ve Amal M. Sheikh Damanhourî (2013); "Patients' Satisfaction Of Service Quality In Saudi Hospitals: a ServQual Analysis," *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, Cilt 26, Sayı 1, s. 20-30.
- Alnsour S, Muhammed, Bandar Abu Tayeh ve Mohammed Awwad Alzyadat (2014); "Using ServQual To Assess The Quality Of Service Provided By Jordanian Telecommunications Sector," *International Journal Of Commerce And Management*, Cilt 24, Sayı 3, s. 209-218.
- Altuntaş Serkan, Türkey Dereli ve Mustafa K.Yılmaz (2012); "Multi-criteria decision making methods based weighted ServQual scales to measure perceived service quality in hospitals: a case study from Turkey," *Total Quality Management*, Cilt 23, Sayı 12, s. 1379-1395.
- Asadi-Lari, Mohsen, Marcello Tamburini ve David Gray (2004); "Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model," *Health And Quality Of Life Outcomes*, Cilt 2, Sayı 32, <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-32>.
- Ateş, Metin (2011); *Sağlık Sistemleri*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Athanassopoulos, Antreas D. (2000), "Customer Satisfaction Cues To Support Market Segmentation And Explain Switching Behavior," *Journal Of Business Research*, Cilt 47, Sayı 3, s. 191-207.
- Aydinli, Cumhuri ve Edip Senyurek (2016); "Measuring Impact of Service Quality Dimensions on Customers Satisfaction: Case of GSM Users in Poland," *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*, Cilt 6, Sayı 1, s. 127-133.
- Ayoubian Ali, Nooredin Dopeykar, Parisa Mehdizadeh, Mohammadjavad Hoseinpoufard ve Morteza Izadi (2015); "Surveying the Quality of Care Services in a Military Health Center According to the ServQual Model," *Journal of Military Medicine*, Cilt 16, Sayı 4, s. 225-229
- Aytekin Sinan, Sema Bülte, İsmet Ayaz ve Ayşe Yıldırım (2012); "Yeni Kurulmakta Olan Bir Üniversite Hastanesinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Ölçümü: Balıkesir İli Örneği," *Uludağ Journal of Economy and Society*, Cilt 31, Sayı 2, s. 155-175.
- Babakus, Emin ve Glynn W. Mangold (1992); "Adapting the ServQual Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation," *Health Services Research*, Cilt 26, Sayı 6, s. 767-786.

- Banar, Kerim ve Vedat Ekergil (2010); “Muhasebe meslek mensuplarının hizmet kalitesi: sunulan hizmetlerin kalitesi ile müşteri memnuniyeti ilişkisi Eskişehir Uygulaması,” *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 10, Sayı 1, s. 36-60.
- Bojanic, David C. ve Drew L. Rosen (1994); “Measuring Service Quality In Restaurants: An Application Of The ServQual Instrument,” *Hospitality Research Journal*, Cilt 18, Sayı 1, s. 3-14.
- Butt, Muhammad Mohsin ve Ernest Cyril De Run (2010); “Private Healthcare Quality: Applying a ServQual Model,” *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, Cilt 23, Sayı 7, s. 658-673.
- Can, Polat (2016); “Hizmet kalitesinin ServQual ölçeği ile ölçülmesi: Uşak Üniversitesi Merkez Kütüphanesi üzerine bir araştırma,” *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 6, Cilt 1, s. 63-83.
- Chaniotakis, Ioannis E. ve Constantine Lymperopoulos (2009); “Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry,” *Managing Service Quality*, Cilt 19, Sayı 2, s. 229-242.
- Çiçek Recep ve Ismail Can Doğan (2009); “Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği,” *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt 11, Sayı 1, s. 202-203.
- Çiftçi, Ayşe Gamze (2006); “*Hizmet Kalitesi ve Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama*,” Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Cook, Colleen ve Bruce Thompson (2000); “Reliability and validity of SERVQUAL scores used to evaluate perceptions of library service quality,” *The Journal of Academic Librarianship*, Cilt 26, Sayı 4, s. 248-258.
- Cronin Jr, J. Joseph ve Steven A. Taylor (1992); “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension,” *The Journal of Marketing*, Cilt 56, Sayı 3, s. 55-68.
- Cronin Jr, J. Joseph ve Steven A. Taylor (1994); “SERVPERF Versus ServQual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectation Measurement of Service Quality,” *Journal of Marketing*, Cilt 58, Sayı 1, s. 125-131.
- Değermen, H. Anıl (2006); *Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati*, Türkmen Kitapevi, İstanbul.
- Deming, W. Edwards (1998); *Krizden Çıkış*, (Çev.: Can Aktaş): Kalder Yayınları, İstanbul.
- Devebakan, Nevzat (2001); “*Sağlık İşletmelerinde Kalite Ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi*,” Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Devebakan, Nevzat (2006); "Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite," *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s.120-149.
- Devebakan, Nevzat ve Mehmet Aksaraylı (2003); "Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde ServQual skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması," *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, s.38-54.
- Diğer, Ömer (2013); *Stratejik Yönetim Ve İşletme Politikası*, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul
- Doğan İ. Özlem ve Özkan Tütüncü (2003); *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası, İzmir.
- Dölerslan E. Şahin ve Alper Özer (2014); "Hizmet Kalitesi, Tatmin ve Güvenin Daha Fazla Ödeme Eğilimi Üzerindeki Etkileri," *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 14, Sayı 1, s. 31-58.
- Donabedian Avedis (1988); "Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Mean," *Inquiry*, Cilt 25, Sayı 1, s. 173-192.
- Douglas, Lesley ve Robert Connor (2003); "Attitudes to Service Quality–The Expectation Gap," *Nutrition & Food Science*, Cilt 33, Sayı 4, s. 165-172.
- Durukan, M. Banu ve Aysun Kapucugıl İkiz. (2007); "Denetim Kalitesi, Kalite Ve Hizmet Kalitesine İlişkin Modeller: Kavramsal Çerçeve," *Mali Cozum Dergisi/Financial Analysis*, Cilt 82, s. 35-62.
- Erdoğan, Evrim ve Ramazan Aksoy (2014); "Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri İle İlgili Yazın Taraması," *TİSK Akademi*, Cilt 9, Sayı 17, s. 156-185.
- Frost, Frederick A. ve Mukesh Kumar (2001); "Service Quality Between Internal Customers And Internal Suppliers In An International Airline," *International Journal Of Quality & Reliability Management*, Cilt 18, Sayı 4, s. 371-386.
- Ghobadian Abby, Simon Speller ve Matthew Jones (1994); "Service Quality: Concepts and Models," *International Journal of Quality & Reliability Management*, Cilt 11, Sayı 9, s.43-66.
- Grönroos Christian (1984); "A Service Quality Model and Its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, Cilt 18, Sayı 4, s. 36-44.
- Grönroos Christian, (1990); "Service Management: A Management Focus for Service Competition," *International Journal of Service Industry Management*, Cilt 1, Sayı 1, s. 6-14.
- Güzel, Dilsad ve Güzin Kotan (2013); "Kütüphanelerde Hizmet Kalitesi Ölçümü Atatürk Üniversitesi Merkez Kütüphanesi'nde Bir Uygulama,"



*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, s.11-24.

- Handayani, P. Wuri, Achmad N. Hidayanto, Puspa I. Sandhyaduhita, Kasiyah ve Dumilah Ayuningtyas (2015); “Strategic hospital services quality analysis in Indonesia,” *Expert Systems with Applications*, Cilt 42, Sayı 6, s. 3067-3078.
- Hernon, Peter ve Philip Calvert (2005); “E-service quality in libraries: Exploring its features and dimensions,” *Library & Information Science Research*, Cilt 27, Sayı 3, s. 377-404.
- Hotamışlı, Mustafa ve Ali Eleren (2011); “GSM Operatörlerinde Hizmet Kalitesinin ServQual Ölçeği ile Ölçülmesi Afyonkarahisar Örneği,” *Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi*, Cilt 7, Sayı 13, s. 221-238.
- Isik, Oguz, Dilaver Tengilimoğlu ve Mahmut Akbolat (2011); “Measuring Health Care Quality with the ServQual Method: A Comparison in Public and Private Hospitals,” *Healthmed*, Cilt 5, Sayı 6, s. 1921-1930.
- İslamoğlu, H. Ahmet (1999); *Pazarlama Yönetimi (Stratejik ve Global Yaklaşım)*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- İslamoğlu, H. Ahmet ve Remzi Altunışık (2010); *Tüketici Davranışları*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Juwaheer, Thanika (2004). “Exploring International Tourists’ Perceptions Of Hotel Operations By Using A Modified ServQual Approach—A Case Study Of Mauritius,” *Managing Service Quality: An International Journal*, Cilt 14, Sayı 5, s. 350-364.
- Kalotra, Anil Kumar ve Nitya Sharma (2017); “Measuring Service Quality using ServQual in Hospitality Industry; A Study of Delhi,” *International Journal of Emerging Research in Management & Technology*, Cilt 6, Sayı 1, s. 63-68
- Karahan, Kasım (2001); “Hizmetleri Standartlaştırmanın Hizmet Sektörünün Gelişmesi ve Hizmet Pazarlaması Açısından Önemi,” *Standart Dergisi*, Cilt 40, Sayı 471, s. 12-19.
- Kavuncubaşı Şahin ve Selami Yıldırım (2010); *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara
- Kıdak B. Levent, Zehra N. Nişancı ve Serhat Burmaoğlu (2015); “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği,” *Yönetim Ve Ekonomi*, Cilt 22, Sayı 2, s.483-500.
- Kitapci, Olgun, Ceylan Akdoğan ve İbrahim T. Dört Yol (2014); “The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry,” *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Cilt 148, s.161-169.

- Kothari, Rajesh, Anamika Sharma ve Jitendra Rathore (2011); "Service quality in cellular mobile services: An empirical study of cellular mobile users," *The Indian Journal of Management*, Cilt 4, Sayı 1, s. 11-20.
- Kotler, Philip (1997); *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*, Prentice Hall International Inc, New Jersey.
- Lassar, Walfried M., Chris Manolis ve Robert D. Winsor (2000); "Service Quality Perspectives And Satisfaction In Private Banking," *Journal Of Services Marketing*, Cilt 14, Sayı 3, s. 244-271.
- Lee, Haksik, Yongki Lee ve Dongkeun Yoo (2000); "The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction," *Journal of services marketing*, Cilt 14, Sayı 3, s. 217-231.
- Lin, Deng-Juin, Ing-Cheau Sheu, Jar-Yuan Pai, Alex Bair, Che-Yu Hung, Yuan-Hung Yeh ve Ming-Jen Chou (2009); "Measuring Patient's Expectation And The Perception Of Quality In LASIK Services," *Health And Quality Of Life Outcomes*, Cilt 7, Sayı 63, s. 1-8.
- Lonial Subhash, Dennis Menezes, Mehves Tarim, Ekrem Tatoğlu ve Selim Zaim (2010); "An evaluation of ServQual and patient loyalty in an emergingcountry context," *Total Quality Management*, Cilt 21, Sayı 8, s. 813-827.
- Lupo, Toni (2016); "A fuzzy framework to evaluate service quality in the healthcareindustry: An empirical case of public hospital service evaluation in Sicily," *Applied Soft Computing*, Cilt 40, s. 468-478.
- Markovic, Suzana ve Sanja Raspor (2010); "Measuring Perceived Service Quality Using ServQual: A Case Study Of The Croatian Hotel Industry," *Management*, Cilt 5, Sayı 3, s. 195-209.
- Megep yayınları (2015); *Sağlık Hizmetleri Ve Personel Yönetimi*, Ankara
- Meral, Ayşe Berceste ve Mehmet Baş (2014); "Türkiye'de Faaliyet Gösteren Gsm Operatörlerinin Hizmet Kalitesi Bakımından Karşılaştırılması Ve Uygulanan Rekabet Stratejileri," *İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 15, Sayı 2, s. 41-70.
- Min Li, Douglas Bruce Lowrie<sup>1</sup>, Cheng-Yu Huang, Xiang-Chan Lu, Ying-Chu Zhu, Xing-Hua Wu, Mayila Shayiti, Qiong-Zhen Tan, Hua-Ling Yang, Si-Yuan Chen, Pan Zhao, Sheng-Hua He, Xiu-Rong Wang ve Hong-Zhou Lu (2015); "Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale," *Asian Pac J Trop Biomed*, Cilt 5, Sayı 6, s. 497-504.
- Mucuk, İsmet (1994); *Pazarlama İlkeleri*, Der Yayınları, İstanbul
- Nadiri, Halil ve Kashif Hussain (2005); "Perceptions Of Service Quality In North Cyprus Hotels," *International Journal Of Contemporary Hospitality Management*, Cilt 17, Sayı 6, s. 469-480.

- Naik, Katsuri ve Srini R. Srinivasan (2015); "An Assessment of Departmental Store Service Effectiveness Using a Modified ServQual Approach," *Journal of Business & Retail Management Research*, Cilt 9, Sayı 2, s. 27-43.
- Newman, Karin (2001); "Interrogating ServQual: A Critical Assessment Of Service Quality Measurement In A High Street Retail Bank," *International Journal Of Bank Marketing*, Cilt 19, Sayı 3, s. 126-139.
- Okumuş, Abdullah ve Hilal Asil (2007); "Hizmet Kalitesi Algılamasının Havayolu Yolcularının Genel Memnuniyet Düzeylerine Olan Etkisinin İncelenmesi," *Istanbul University Journal Of The School Of Business*, Cilt 36, Sayı 2, s. 7-29.
- Öztürk, A. Sevgi (2013); *Hizmet Pazarlaması: Kuram, Uygulama ve Örnekler*, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
- Papanikolaou, Vicky ve Sotiris Zygiaris (2014); "Service Quality Perceptions in Primary Health Care Centres in Greece," *Health Expectations*, Cilt 17, Sayı 2, s. 197-207.
- Papatya, Gürcan, Nurhan Papatya ve Buğra A. Hamşioğlu (2012); "Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma," *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, s. 87-108.
- Parasız, İlker (1999); *Modern Ansiklopedik Ekonomi Sözlüğü*, Ezgi Kitabevi, Bursa.
- Parasuraman, A. Parsu, Valarie A. Zeithaml ve Leonard L Berry (1985); "A conceptual model of service quality and its implications for future research," *Journal of Marketing*, Cilt 49, Sayı 4, s. 41-50.
- Parasuraman, A. Parsu, Valarie A. Zeithaml ve Leonard L Berry (1990); *Delivering Quality Service—Balancing Customer Perceptions and Expectations*, The Free Press, New York.
- Parasuraman, A. Parsu, Valarie A. Zeithaml ve Leonard L Berry (1988); "ServQual; A Multiple-Item Scale For Measuring Customer Perceptions Qf Service Quality," *Journal Of Retailing*, Cilt 64, Sayı 1, s.12-40.
- Pekkaya, Mehmet ve Öznur P. İmamoğlu (2017); "Hastane Hizmet Kalitesinde Servqual Boyutlarının Önem Derecelerinin Belirlenmesi," *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, IJMEB17 Özel Sayısı, s. 607-616.
- Pekkaya, Mehmet ve Sabire Başaran (2011); "Konaklama İşletmeleri Hizmet Kalitesi Boyutları Önem Derecelerinin AHP İle Belirlenmesi Ve İşletmelerin Hizmet Kalitesine Göre TOPSIS İle Sıralanması," *Mali Ufuklar*, Cilt 5, Sayı 15, s.111-136.
- Pekkaya, Mehmet, Öznur P. İmamoğlu ve Hayriye Koca (2017); "Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital,"

*International Journal of Healthcare Management*, online basım, doi: 10.1080/20479700.2017.1389474.

- Pekkaya, Mehmet ve Fatma Akıllı (2013); “Hava Yolu Hizmet Kalitesinin SERVPERF-SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirmesi Ve İstatistiksel Analizi,” *AİBÜ-İİBF Ekonomik Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt 9, Sayı 1, s. 75-96.
- Purcărea, Victor Lorin, Iuliana Raluca Gheorghe ve Consuela Mădălina Petrescu (2013); “The Assessment Of Perceived Service Quality Of Public Health Care Services In Romania Using The ServQual Scale,” *Procedia Economics And Finance*, Cilt 6, s. 573-585.
- Rahman, Süheyla, Ramazan Erdem ve Nevzat Devebakan (2007); “Hizmet Kalitesinin ServQual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma,” *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 9, Sayı 3, s. 37-55.
- Rezaei, Satar, Behzad Karami Matin, Khalil Moradi, Behroz Bijan, Masoud Fallahi, Behnam Shokati ve Hamid Saeidi (2016); “Measurement Of Quality Of Educational Hospital Services By The ServQual Model: The Iranian Patients' Perspective,” *Electronic Physician*, Cilt 8, Sayı 3, s. 2101-2106.
- Roohi, Ghanbar, Hamid Asayesh, Ali Akbar Abdollah ve Ali Abbasi (2011); “Evaluation Of Clients' Expectations And Perception Gap Regarding The Quality Of Primary Healthcare Service In Healthcare Centers Of Gorgan,” *Journal Of Jahrom University of Medical Sciences*, Cilt 9, Sayı 3, s. 39-44
- Rosander, Arlyn Custer (1989); *The Quest for Quality in Services, Quality Resources*, ASQC Quality Press, Milwaukee
- Sağlık Bakanlığı (2009); *Hastane rolleri*, Ankara, sağlık+bakanlığı+hasatane+rolleri&oq=sağlık+bakanlığı+hasatane+rolleri&aqs=chrome..69i57j0l2.6879j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8, (Erişim tarihi: 02.05.2017)
- Sağlık Bakanlığı (2013); *Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi*, Ankara.
- Savaş, Halil ve Ayşe G. Kesmez (2014); “Hizmet Kalitesinin ServQual Modeli İle Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma,” *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 17, sy. 1-13.
- Sayım, Ferhat ve Zeynep L.Çıraklı (2009); “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi, *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi*, 19-21 Mart 2009, Antalya, <http://www.academia.edu/10099322/> (Erişim Tarihi 11.11.17)
- Sohail, M. Sadiq (2003); “Service Quality In Hospitals: More Favourable Than You Might Think,” *Managing Service Quality: An International Journal*, Cilt 13, Sayı 3, s. 197-206.

- Sözen, Cemil ve Mahmut Özdevecioğlu (2002); *Sağlık Hizmetlerinde Ve İşletmelerinde Yönetim*, Nobel Yayınları, Ankara.
- Sultan, Fareena ve Merlin C. Simpson Jr.(2000); “International Service Variants: Airline Passenger Expectations And Perceptions Of Service Quality,” *Journal Of Services Marketing*, Cilt 14, Sayı 3, s. 188-216.
- Takan, Mehmet (2000); *Bankalarda Toplam Kalite Yönetimi*, Türkiye Bankalar Birliği Yayını, İstanbul.
- Tan, Qingqing, Ade Oriade ve Paul Fallon (2014); “Service Quality And Customer Satisfaction In Chinese Fast Food Sector: A Proposal For Cffrserv,” *Advances in Hospitality and Tourism Research*, Cilt 2, Sayı 1, s. 30-53.
- Tengilimoğlu, Dilaver, Asuman Atilla ve Meral Bektaş (2013); *İşletme Yönetimi Temel Kavramlar, Kuruluş Çalışmaları, İşletme Sistemi Ve Çevresi*, Seçkin Yayınevi, Ankara
- TUIK (2016); <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21528>, (Erişim Tarihi: 06.11.2017).
- Uyguç, Nermin (1992), “Hizmet Kalitesi Olgusunun Analitik bir Yaklaşımla İncelenmesi,” *Dokuz Eylül Üniversitesi S.B.E. Doktora Tezi*, İzmir.
- Wang, I-Ming ve Chich-Jen Shieh (2006); “The Relationship between Service Quality and Customer Satisfaction: The Example of CJCUC Library,” *Journal of Information & Optimization Sciences*, Cilt 27, Sayı 1, s.193-209.
- Wang, Xuehua (2011); “The effect of inconsistent word-of-mouth during the service encounter,” *Journal of Service Marketing*, Cilt 25, Sayı 4, s. 252-259.
- Yazgan, Murat (2009); “Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi,” Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir.
- Yelkur, Rama ve Subhra Chakrabarty (2006); “Gender Differences In Service Quality Expectations In The Fast Food Industry,” *Services Marketing Quarterly*, Cilt 27, Sayı 4, s. 141-151.
- Zarei Asghar, Mohammad Arab, Abbas Rahimi Froushani, Arash Rashidian ve Mahmoud Ghazi Tabatabaei (2012); “Service quality of private hospitals: The Iranian Patients’ Perspective,” *BMC Health Services Research*, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-31>
- Zeithaml, A. Valerie ve Mary Jo Bitner (2000); *Services Marketing*, Mcgraw Hill, New York.
- Zengin, Eyüp ve Ayhan Erdal (2000); “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi,” *Qafqaz Üniversitesi Dergisi*, Cilt 3, Sayı 1, s. 43-56.
- Zerenler, Muammer ve Adem Öğüt (2007); “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği,” *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 18, s.501-519.

## EKLER

### Ek 1: Anket Formunun Ölçeğe Göre Dizaynı

Soru	Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi SERVQAUL ölçeği soruları	Ölçek Türü
GV1	BEÜ SUAM hastaya taahhüt (vaat) ettiği zamanda sağlık hizmeti vermelidir.	9'lu likert
GV2	Hekimin uyguladığı prosedürler Sağlık Bakanlığının vaat ettiği önem ve titizlikte olmalıdır.	
GV3	Sağlık hizmeti sunumunda anlayışlı ve güven telkin edici şekilde yaklaşılmalıdır.	
GV4	Hastalar ile ilgili randevu ve kayıtlar hatasız tutulmalıdır.	
GV5	BEÜ SUAM'da hasta mahremiyeti gözetilmelidir.	
FO6	BEÜ SUAM'ın ulaşım olanakları iyi olmalıdır.	
FO7	BEÜ SUAM'da iç ve dış görünüm iyi olmalıdır.	
FO8	BEÜ SUAM modern ekipmanlara sahip olmalıdır.	
H9	Sağlık personeli bireylerin hizmetini hızlı bir şekilde yerine getirmelidir.	
H10	Hastaya sunulacak hizmetlerin (muayene, aşı, eğitim, kontrol vb.) zamanı tam olarak bildirilmelidir.	
H11	Hastanın bir isteği için, personel asla çok meşgul izlenimi vermemelidir.	
H12	Sağlık personeli hastalara yardımcı olmaya istekli olmalıdır.	
H13	Sağlık personeli, hasta menfaatinin korunmasında istekli olmalıdır.	
G14	Sağlık personelinin davranışları güven vermelidir.	
G15	Sağlık personeli nazik olmalıdır.	
G16	Sağlık personeli bireylerin sorularına cevap verebilecek bilgiye sahip olmalıdır.	
G17	Sağlık personeli bireylerin sorularına tatmin edici cevap vermelidir.	
E18	Hastalar, yapılan işlemlerde kendini güvende hissetmelidir.	
E19	Çalışma saatleri bireylerin taleplerine uygun olmalıdır.	
E20	Hastalara kişisel özen gösteren personel çalıştırılmalıdır.	
E21	Hastalar gerektiğinde eğitim ve danışma hizmetlerini, beklentilerine uygun ve kolay şekilde elde edebilmelidir.	
E22	Sağlık personeli, bireylerin kişisel isteklerine anlayışlı yaklaşmalıdır.	
M23	BEÜ SUAM'ın hizmet kalitesini genel olarak puanlandırırsınız.	10'lu eşit aralık
M24	BEÜ SUAM'ın sunduğu hizmetten memnuniyet dereceniz.	
M25	Başka tercih fırsatınız olsa, yine BEÜ SUAM'a gelme istek dereceniz.	
M26	En yakınlarınıza, BEÜ SUAM'ı tavsiye şiddetinizi puanlandırırsınız.	
S27	Cinsiyetiniz?	Kapalı uçlu
S28	Yaşınız (6 seçeneikli)	
S29	Eğitim Durumunuz (5seçenekli)	
S30	Mesleğiniz (5 seçenekli)	
S31	Ailenizin ortalama olarak aylık toplam geliri nedir (4 seçenekli)	
S32	Medeni Durumunuz (3 seçenekli)	
S33	Son bir yıl içerisinde toplam kaç kez BEÜ SUAM'a müracaat ettiniz (4 seçenekli)	
S34	Genellikle BEÜ SUAM'a geliş sebebiniz (5 seçenekli)	

## **ÖZGEÇMİŞ**

### **Öznur PULAT İMAMOĞLU**

Doğum Tarihi ve Yeri: 1980/Kdz. Ereğli

#### **Eğitim:**

Yüksek Lisans: Bülent Ecevit Üniversitesi 2011-....

Lisans: Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği 1998-2003

Lise: Kdz.Ereğli Süper Lisesi 1994-1998

#### **İş Deneyimleri:**

1- Bülent Ecevit Üniversitesi 2011-.....

Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Öğretim Görevlisi

2- Gelişim Üniversitesi 2009-2011

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Sağlık kurumları İşletmeciliği Programı Öğretim Görevlisi

#### **Devam Eden Görevler:**

Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölüm Başkan Yardımcılığı

Meslek Yüksekokulu Mezuniyet Komisyonu Üyeliği

Meslek Yüksekokulu Kurumlar Arası Yatay Geçiş Komisyonu Üyeliği

Meslek Yüksekokulu Staj ve Yıl içi Uygulama Komisyon Üyeliği

#### **İlgi Alanlarım:**

Yönetim ve Organizasyon

Sağlık Hizmetleri Yönetimi