



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

HASTALARIN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ BEKLENTİLERİ VE ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem Zevde AYDIN

Samsun
Ocak-2018



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

HASTALARIN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ BEKLENTİLERİ VE ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

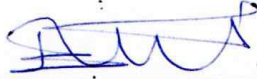
Gizem Zevde AYDIN

Danışman
Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN

Samsun
Ocak-2018

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ


Gizem Zevde AYDIN tarafından Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN danışmanlığında hazırlanan Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Beklentileri ve Algılamaları Üzerine Bir Araştırma başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 02/01/2018 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.



Başkan : Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN - Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Polat TUNÇER - Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Umut BEYLİK – İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yapmış olduğum tez çalışmam boyunca önerilerini benimle paylaşan ve ilerlememi sağlayan sayın hocam Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'a, çok teşekkür ederim. Anket çalışmamı gerçekleştirmeme yardımcı olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yönetimine teşekkür ederim.

Tezimin her aşamasında en büyük destekçim olan ve beni bugünlere getiren sevgili annem Hatice AYDIN ve babam Őaban AYDIN'a en içten teŐekkürlerimi sunarım. Anket uygulama sürecinde bana destek veren ve beni motive eden biricik kardeşim Gamze Tuğçe AYDIN'a çok teşekkür ederim.

Bu alışma, PYO.SBF.1904.17.009 proje numarası ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından desteklenmiştir.

ÖZET

HASTALARIN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ BEKLENTİLERİ VE ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Amaç: Sağlık kurumuna başvuran erişkin hastaların, bekledikleri ve algıladıkları sağlık hizmet kalitesini ölçmek ve kuruma geri bildirim sağlamak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmada Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından 1985 yılında geliştirilen Servqual ölçeği kullanılmıştır. Çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran erişkin hastalara 15.04.2017-15.08.2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Hastalara uygulanan ölçek literatür taranarak ve uzman görüşlerinden faydalanarak hazırlanmıştır. Çalışmanın yapıldığı kuruma başvuran erişkin hasta sayısı, ayda ortalama 6.792'dir. Çalışmanın örneklem hesaplaması yapılmış, buna göre gerekli örneklem büyüklüğü 552 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 565 hasta katılmıştır. Çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach's Alpha değerleri elde edilmiştir (beklenti 0,959, algılama 0,949). Anket ile elde edilen veriler IBM SPSS V23 programı ile analiz edilmiştir. Nicel veriler aritmetik ortanca (min-mak) şeklinde sunulurken nitel veriler de frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların anketlere katılımları incelenmiş, cinsiyet değişkeni açısından hastaların sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin algıları servqual ölçeği alt boyutlarından fiziksel özellikler, heveslilik, güven ve empati boyutunda farklılık gösterdiği bulunmuştur. Beklentilerinin alt boyutlara göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Hizmeti kaliteli bulma ile tekrar tercih etme arasındaki ilişki incelenmiş, hizmeti kaliteli bulanların aynı kurumu tekrar tercih etme oranı %90,7 (n=450) iken kaliteli bulmadığı halde aynı kuruma tekrar tercih edebileceğini söyleyen hastaların oranı %55,1 (n=38) olarak bulunmuştur.

Sonuç: Kurumun sağlık hizmeti sunumunda kaliteli algılanabilmesi için müşteri beklentilerini dikkate alması, beklentilerin sağlanmadığı alanlarda mümkün olduğunca gerekli değişiklikleri yapması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Kalite; Sağlık Hizmetleri Kalitesi; SERVQUAL Ölçeği.

**Gizem Zevde AYDIN, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Ocak-2018.**

ABSTRACT

A RESEARCH ABOUT THE HEALTH SERVICE QUALITY EXPECTATIONS AND PERCEIVES OF PATIENTS

Aim: It was aimed to measure the quality of health services which is expected and perceived by adult patients who were referred to the health institution and to provide feedback to the institution.

Material and Method: In the study, the Servqual scale developed by Parasuraman, Zeithaml and Berry in 1985 was used. The study was carried out between 15.04.2017-15.08.2017 in Ondokuz Mayıs University Health Care Application and Research Center. The survey was conducted by using the literature review and expert opinions. The average number of adult patients who applied to the institution is 6,792 per month. The sample size of the study was calculated and the required sample size was determined as 552 persons. 565 patients participated in the study. The validity and reliability of the work was done. Cronbach's Alpha values were obtained for the reliability of the scales, (expectation 0.959, perception 0.949). Data from the questionnaire were analyzed using the IBM SPSS V23 program. While quantitative data are presented in the form of median (min-max), qualitative data are presented in frequency (percent). Significance level was taken as $p < 0,05$.

Results: Participants of the study were examined for their participation in the questionnaires and it was found that the perceptions of the quality of the health services of the patients differ from the Servqual scale subscales in terms of physical characteristics, enthusiasm, confidence and empathy. It was found that the expectations did not differ according to sub-dimensions. The relationship between quality of service and re-preference was investigated. When the rate of preferring the service to the same institution was 90.7% (n=450), the proportion of those who said that they could prefer the same institution again was 55.1% (n=38).

Conclusion: It is proposed that the institution should consider customer expectations for the quality perception in healthcare services and make the necessary changes as much as possible in the areas where the expectations are not provided.

Keywords: Quality; Health Care Quality; SERVQUAL Scale.

**Gizem Zevde AYDIN, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University-Samsun, January-2018.**

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ISO: International Organization for Standardization

ISQUA: International Society for Quality in Healthcare

JCI: Joint Commission International

PUKÖ: Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al

SERVQUAL: Service Quality

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TÜSKA: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

FV: Fark Var

FY: Fark Yok

İV: İlişki Var

↑ : Pozitif Yönlü İlişki

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kalite	6
2.2. Kalite Öncüleri	7
2.2.1. Dr. W. Edwards Deming	7
2.2.2. Prof. Dr. Kaoru Ishikawa.....	10
2.2.3. Masaaki Imai	12
2.2.4. Joseph M. Juran	13
2.2.5. Phillip B. Crosby	14
2.2.6. A. V. Feigenbaum.....	15
2.2.7. W. Shewhart	16
2.3. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmet Kalitesi	16
2.3.1. Hizmet Kalite Boyutları	26
2.3.2. Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler	27
2.4. Toplam Kalite Yönetimi	29
2.5. Sağlık Kurumlarında Akreditasyon.....	35
3. MATERYAL VE METOT.....	38
3.1. Materyal	38
3.1.1. Araştırmanın Amacı	38
3.1.2. Varsayımlar	39
3.1.3.Sınırlılıklar.....	40
3.2. Metot	40
3.2.1. Evren ve Örneklem.....	40
3.2.2. Veri Toplama Aracı	40
3.2.3. Verilerin Analizi	42

4.BULGULAR	44
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	44
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR	82
EKLER	90
ÖZGEÇMİŞ	97



1.GİRİŞ

İçinde bulunulan modern çağda kalite, tüm yaşama anlamlı ve özgün başlangıç sağlamaktadır. Günümüzde, canlı, dinamik ve sürekli gelişimi temel alan kalite yönetim sistemi son derece önemlidir.

Modern sağlık kuruluşlarında gelecek yönelimli kalite yönetimi konusuna duyulan ilgi, hem akademik alanda hem de uygulama alanlarında her geçen gün artmaktadır (Marşap, 2014). Hastaneler çok hizmeti değişken çevre koşullarında koordineli şekilde sağlayan matriks yapıda organizasyonlardır. Hastaneler, farklı alanlarda çok hizmet sunarken kaliteli olmak ve hastaların beklentilerine de cevap vermek durumundadır. Modern sağlık kuruluşları, hasta-hekim ilişkisini önemseyen, arzu edilen sağlık hizmetlerini karşılarken, daha iyi hizmet sunumu için planlar yapan ve sürekli kalite gelişimini önemseyen, 7 gün 24 saat dinamik kalan işletmelerdir.

Günümüzde kalite arayışı yalnızca sağlık hizmetinde değil yaşamın her alanında mevcuttur. Ürün ya da hizmet alımında, yaşadığımız çevrede kalite arayışımız her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle hayatın her anında yüksek kalite için potansiyeli en yüksek düzeye çıkarmak gerekmektedir.

Hizmet kalitesi, müşteri beklentileri ile gerçekleşen hizmet performansının karşılaştırılmasını ifade etmektedir. Müşterilerin değerlendirmelerinin farklı olabilmesi nedeniyle hizmet kalitesi yerine genellikle kişiden kişiye değişen ve tek tanımı olmayan “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmaktadır (Yıldırım, 2016). Algılanan kalite, ürünün, hizmetin önceden belirlenmiş ölçülebilir üstünlüğünü ifade eden objektif kaliteden farklıdır. Algılanan kalite ürünün içsel ve dışsal özelliklerinden etkilenmekte ve tüketici zihninde oluşmaktadır (Işık, 2016). Beklenen kalite, tüketicilerin hizmete dair beklentilerini ifade etmektedir. Hizmet sektöründe algılanan ve beklenen kalitenin ölçülmesi ile ilişkili olarak birçok araştırma yapılmıştır. Servqual ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş yöntemlerdendir. Servqual modeline göre hizmet kalitesi, algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesinden çıkarılmasıyla bulunabilmektedir.

Bu durumda aşağıdaki üç sonuçtan birinin elde edilmesi beklenmektedir (Ceylan ve Özçelik, 2016):

- Organizasyonda beklenti algıyı aşarsa, kalite düşüktür.
- Organizasyonda beklenti ve algı eşitse, kaliteden söz edilebilir.

-Organizasyonda algı beklentiyi aşarsa, kalite mükemmeldir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin çalışmaları sonrası oluşturdukları bu devrim niteliğindeki hizmet kalitesi modeli oldukça dikkat çekmiştir (Ali ve Raza, 2017). Servqual modeli hizmet kalitesini ölçmede en önemli modeldir (Kansra ve Jha, 2016). Modelde, hizmet işletmelerinin anlayışı ve uygulamaları ile verilen hizmeti kullanan müşterilerin beklentileri ve hizmeti tükettikten sonra ortaya çıkan gerçek hizmet arasındaki farklar yer almaktadır. Ayrıca tüketicilerin farklı hizmet sektörlerinde sunulan hizmetlerden tatmin olmasını engelleyen farkların oluşmaması ya da oluşan farkların kapatılması için uygulanabilecek genel anlayış ve çözüm önerileri de modelde ayrıntılarıyla incelenmektedir (Kayral, 2015). Servqual modeli, çeşitli hizmet kuruluşlarının ve müşterilerin servis kalitesine ilişkin beklentilerini ve algılarını değerlendirmelerine yardımcı olabilmekte ve hizmet kalitesini artırmak için dikkat edilmesi gereken alanları belirleyebilmektedir (Yin ve ark, 2016). Modelin bileşenleri ve alt bileşenleri genel hizmet konsepti için geliştirilmiştir. Bu nedenle her sektör ve hizmet bölgesi için özelleştirilmesi önerilir (Ceylan ve Özçelik, 2016).

Servqual modeli gibi kaliteyi ölçmek için geliştirilen modeller bulunmasına rağmen hizmet sektöründe kaliteyi ölçmek görüldüğü kadar basit değildir. Hizmet sektöründe kalitenin ölçümü üretim sektöründe olduğu kadar kolay olmamakta, psikolojik, insani boyutları bulunmakta ayrıca sosyal değerler de barındırmaktadır (Devebakan, 2001). Sağlık sektörünün, dünyadaki teknolojik, yapısal ve düzenleyici faktörlerden önemli ölçüde etkilendiğini söylemek mümkündür. Genellikle, hastanelerde hizmet kalitesi yalnızca tıbbi hizmet kalitesine odaklanmaktadır (Kansra ve Jha, 2016).

Kalite, ürün veya hizmetlerin müşterilerin arzuladıklarını ve ihtiyaçlarını karşılama boyutu olarak tanımlanabilir. Görüldüğü üzere kalite göreceli bir kavramdır ve müşteriden müşteriye değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde teknik kalite ve fonksiyonel kalite kavramları kullanılmaktadır. Sağlık hizmetinde teknik kalite, servis sağlayıcıların hastalara kesin teşhis sağlayabileceği veya hastanın ihtiyaçlarına göre uygun prosedürü uygulayabileceği beklentisiyle ilişkilendirilmektedir. Genel olarak hastalar hizmetlerin teknik kalitesini değerlendirememektedir (Budiwan ve Efendi, 2016). Fonksiyonel kalite genellikle hastanelerde hasta memnuniyetinin belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Kansra ve Jha, 2016). Yüksek kaliteli hizmet sunulabilmesi

için farklı ihtiyaç ve gereksinimleri olan müşterilerin her birinin beklentilerinin anlaşılması ve yorumlanması gerekmektedir. Hizmet kalitesinin belirleyicilerinin bilinmesi hastanelerin müşterilerin ihtiyaçlarını bilmesini ve ardından hizmetleri ihtiyaçlara uygun olarak tasarlayabilmesini sağlamaktadır.

Bu tez çalışmasında, T.C. Sağlık Bakanlığı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez'inde sunulan hizmet ile ilgili hastaların algılamalarının ve beklentilerinin düzeyleri belirlenmiş ve kurumun kalitesi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Çalışmada sağlık kurumuna başvuran hastaların hizmet kalitesine ilişkin beklentileri ve algılamaları ölçülmüştür. Sağlık kurumlarında, kalitenin araştırılması ve sonuçlarının literatüre kazandırılması, bu tezin özgün değerini oluşturmaktadır.

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. İkinci bölümde konu ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir. Kalite kavramı ve önemi, kalite öncüleri, hizmet kalitesi kavramı, hizmet kalitesinin boyutları, hizmet kalitesini etkileyen faktörler, toplam kalite yönetimi ve akreditasyon kavramları üzerinde durulmuştur. Hizmet kalitesi kavramı içerisinde sağlık hizmet kalitesi incelenmiştir. Üçüncü bölümde, uygulama aşamasına geçilmiş, konu ile ilgili verilerin nasıl toplandığı ve analizinin nasıl yapıldığı açıklanmıştır. Dördüncü bölümde verilerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çalışmanın beşinci bölümünde elde edilen bulgular ile ilgili tartışma yapılmış, altıncı bölümünde elde edilen sonuçlar yorumlanarak öneriler sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlığın birbirini etkileyen pek çok boyutu bulunmaktadır. Boyutlar arasında denge sağlanabilirse sağlıklı olma isteği ortaya çıkmaktadır. (Kızılçelik, 1996). Her toplumun sağlık sorunları, öncelikleri, olanakları farklı olabilmektedir. Bu nedenle çok farklı uygulamalarla karşılaşılabilir.

Birleşmiş Milletler Teşkilatının uzantısı olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık alanında bütün dünya ülkelerini ilgilendiren çalışmalar yapmakta ve zaman zaman da neler yapılması gerektiği konusunda duyurularda bulunmaktadır (Hayran ve Sur, 1998). DSÖ (2006) sağlığı, sadece hastalık ya da sakatlık halinin bulunmayışı değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan tam iyi olma hali şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım daha da açılacak olursa sağlık; bireyin vücudunda yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bütün olarak iyi olma halidir. Beden olarak tam iyi olma durumu, doku ve organların tam ve hastalık ya da sakatlığın olmaması; ruh olarak tam iyi olma durumu, etrafındaki olayları anlayabilen, uygun düşünebilen; sosyal yönden tam iyi olma durumu, çevresiyle barışık olma ve uyum içerisinde yaşamayı ifade etmektedir. Bütün bu etkenlerin bir araya gelmesi sağlık kavramını oluşturmaktadır. DSÖ'nün tanımına bakılacak olursa iyi olma halinin ve bahsedilen tam kavramının ölçülmesinin güçlüğüne karşın, sağlık hal olarak görülmüş olsa dahi tanımda sosyal açıdan iyi olma durumuna da yer verilmiş olması önemli ilerleme olarak kabul edilmektedir (Hayran ve Sur, 1998; Yerebakan, 2000). Sağlık, taraflardan birinin diğerine sunduğu mülkiyet gerektirmeyen soyut faaliyetlerdir (Eleren vd., 2007).

Hizmet, literatürde farklı şekillerde açıklanmaya çalışılmış bir kavramdır ve herkes tarafından kabul edilen tanımı yoktur (Demir, 2008). Parasuraman (1985) ve Sevimli (2006)'ye göre hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilebilmesi için ortaya çıkmış maddi niteliği olmayan üründür. Hizmet; zaman, yer, biçim açısından fayda sağlayan ekonomik çalışmalar bütünüdür. Hizmet, üretimi ve tüketimi eş zamanlı gerçekleşen iş ya da eylem, sergilenen performans, yaşanan sosyal olay veya gösterilen çabadır (Özalbant, 2010). Soyut özelliği nedeniyle hizmeti tanımlamak ve anlamak zordur. Aynı üretimi tekrarlamadaki güçlükte, hizmetlerin standart olarak sunulmasını güçleştirmektedir. Hizmetlerin üretildiği anda tüketilebilmeleri ve tüketiciye soyut fayda sağlayan ekonomik faaliyetler olmaları nedeniyle tanımlanmalarının sağlanabilmesi için yoğun çaba gerekmektedir. Hizmet ile ilgili olarak ortaya konulmuş

literatür incelendiğinde, hizmetin yukarıda olduğu gibi farklı şekillerde tanımlandığı gözlemlenmektedir.

Hizmetin kendine özgü bir yapısı bulunmaktadır. Hizmetler stoklanamaz, sunulmadan kaliteleri değerlendirilemez, belirli yaşam süreleri yoktur, zamanla ilgili faaliyetlerden oluşur, hizmet performanstır, talebe istinaden sunulur. Sonuç olarak hizmet, bireylerin ya da grupların, ihtiyaçlarını gidermek için belirlenmiş fiyattan satışa sunulan, stoklanamayan, standartlaştırılmayan ve yarar sağlayan soyut faaliyetler bütünüdür (Sevimli, 2006). Sağlık hizmeti, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlık düzeyinin korunması için çeşitli sağlık personeli tarafından yürütülen faaliyetler bütünüdür. Sağlık hizmetleri yalnızca hastalıkların teşhisiyle değil, tedavi ve sunumunun rehabilitasyonu, hastalıkların önlenmesiyle, toplum ve bireyin sağlığının geliştirilmesiyle de ilgilidir. Sağlık hizmetlerinin etkili sunulabilmesi için hizmetin bazı özellikleri taşıması gerekmektedir. Bunlar hizmete erişimin ve kullanımının kolaylığı, kaliteli oluşu, süreklilik arz etmesi ve verimli olması şeklinde ifade edilebilir.

Sağlık hizmetinin hizmetin özellikleri dışında kendine has bazı özellikleri bulunmaktadır. Sunulan hizmetin toplumsal nitelikli olması, talebin belirsizliği, risklerin büyüklüğü, uzmanlaşmanın oldukça fazla olması, ikamesinin olmaması bahsedilen özelliklerden birkaçıdır. Bu farklılıklara dayanarak sağlık hizmeti sunan kuruluşların diğer hizmet kuruluşlarından farklı olduğunu söylemek mümkündür. Çıktıların standardizasyonunun mümkün olmayışı, beklenen hizmetin sunumunun geciktirilememesi, asimetrik bilginin varlığı, işlevsel bağımlılığın epey yüksek olması, ana amacın kar elde etmek olmaması gibi sağlık işletmelerinin kendine has, ayırt edici bazı özellikleri bulunmaktadır (Marşap, 2014).

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılabilir. Günümüzde koruyucu tıp hizmetleri, giderek gelişmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, çevrenin sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın konuyla ilişkili olarak bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalık faktörlerinin ortadan kaldırılması, beslenme koşullarının iyileştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetinin temel amacı hastalığın önlenmesidir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na yürütülmektedir (Erdem, 2007). Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta olmaları

önlenelememiş ve hastalığa yakalanmış bireylerin eski sağlık düzeylerine olabildiğince ulaşmaları hususunda sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetlerin sorumlusu hekimdir ve hizmet diğer sağlık çalışanlarının da katkıları ile verilmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesinin önüne geçmek, bu etkiyi minimuma indirmek, kişinin başkalarına bağımlı kalmadan yaşamını devam ettirmesini sağlamak amacıyla sunulmaktadır (Hayran ve Sur, 1998; Yerebakan, 2000; Öztürk, 2000). Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, fiziksel ve ruhsal yönden sağlık durumunun iyileştirilmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını hedeflemektedir. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri ile bireylerin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmek, çevreyi ve sosyal yapıyı değiştirmek hedeflenmektedir.

2.1. Kalite

Kalite, insanlık tarihi boyunca vazgeçilmez olmuş ve gelişen konulardandır. Kaliteyi tanımlamak, birçok bilim insanı tarafından kaliteyi geliştirme yolculuğunun ilk adımı olarak görülmektedir. Kalite ile ilişkili olarak çeşitli tanımlara rastlamak mümkündür. ISO (International Organization for Standardization) belgelerinde kalite, müşteri beklenti ve gereksinimlerini karşılayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Kalite aslında kusursuzluk anlayışına sistemli yaklaşımdır (Tomak ve Bek, 2014). Kalite 1951 yılında Feigenbaum tarafından “değer” olarak tanımlanmıştır. Oakland (2003) ve Juran (1988) kaliteyi, tüketici ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde ifade etmişlerdir. Kotler ve Armstrong (1994) kaliteyi ikiye ayırarak tanımlamıştır. Bunlar; performans kalitesi ve uygunluk kalitesidir. Performans kalitesi ürünün beklentileri yerine getirme derecesidir. Uygunluk kalitesi, ürünün kalitesinin yapılan tasarımın kalitesiyle ne kadar uyduğunu göstermektedir. Şimşek (2013) kaliteyi çalışanların karar süreçlerine katılımı ve üretim süreçlerinde aktif rol aldığı insan ve çalışan odaklı yeni yönetim anlayışı olarak yorumlamaktadır. Kalite, ürün ya da hizmetin ihtiyaçları tam olarak istenildiği şekilde karşılanması ve bu ihtiyaçlara uygunluk derecesidir (Efil, 2010; Koçel, 2011). Kalite kavramı, günlük yaşantımızda dahil olmak üzere her alanda beklenmektedir. Ürün ve hizmetleri en düşük fiyata satın almak isteyen tüketiciler dikkate alındığında kalite, en düşük maliyetle müşterinin isteğinin yerine getirilmesidir. Kalite, müşterinin memnuniyetini sağlayan çok yönlü kavram ve önemli özelliklerden biridir (Shafii ve ark, 2016). Kalite kavramı ile ilgili herkes tarafından kabul gören

tanımlamadan ziyade çeşitli görüşleri yansıtan farklı tanımlamalar yapılabilir. Kalite, kişisel değer, inanç ve tutumlar nedeniyle farklı kişilerce farklı anlamlar taşıyabilmektedir (Marşap, 2014). Kalite çok boyutludur. Kalitenin özelliklerini belirlemeden ürün veya hizmet kalitesinin sağlanması mümkün olmayacaktır (Ghobadian ve ark, 1994).

Kalite, hayatın bütün alanlarında daima ön plandadır. Her konuda kalite arzulanmaktadır. Kalite, üretim başarısı ve gelişimi için en önemli faktörlerden biridir. Üretim sonucunda yüksek kaliteli ürünler elde edilmesi önemli yararlar sağlamaktadır. En genel anlamıyla kalite; beklenen ve istenen koşulların olabildiğince iyi biçimde ve zamanında yerine getirilmesidir. Günümüz koşullarında kapsamlı kalite politikası uygulanması gerekmektedir. Kapsamlı kalite politikası istek değil, zorunluluk halini almıştır.

Son yıllarda kalite, hizmet kalitesi, kalite güvencesi, kalite çemberi, kalite yönetimi gibi kavramlar sıklıkla kullanılmaktadır. Bu kavramların hepsi kalite üzerine odaklanmakta, kalitenin ne denli dikkat çekilmesi gereken bir etken olduğunu göstermekte ve kalitenin çeşitli yönlerine vurgu yapmaktadır (Yücel, 2007). Kalite sorgulayıcı, sistemli, değişimi gerektiren, tatmin sağlayan, memnuniyeti gösteren, verimlilik sağlayan, programlı çalışmayı gerektiren bir kavramdır (Emgin, 2006).

Kalite kavramı ilk olarak ABD’de ortaya çıksa da ilk uygulama Japonya’da yapılmıştır. Kalite ile tanışma ve kalite konusundaki hızlı değişim Edwards Deming, Kaouru Ishikawa ve Masaki Imai gibi önemli isimler sayesinde güç kazanmıştır (Tomak ve ark., 2014).

2.2. Kalite Öncüleri

2.2.1. Dr. W. Edwards Deming

W. Edwards Deming, toplam kalite yönetimi kavramını öne süren kişilerden en çok bilinenidir. II. Dünya Savaşı sonrası Japonya tarafından bozulan ekonominin düzeltilmesine katkıda bulunmuştur. Japon endüstrisinin yeniden doğuşuna büyük ölçüde katkıda bulunmuş ve sürekli kalite iyileştirme konusundaki çalışmalarıyla da kalitenin artmasını sağlamıştır.

Japon endüstrisi katkıları nedeniyle Deming Ödülü’nü oluşturmuştur. Japonya’da prestiji çok yüksek olan bu ödül, her yıl kalite konusunda en çok gelişme

gösteren ve iyileşme sağlayan kuruluşa veya kişiye verilmektedir (Kaya, 2005). Sistemin istatistiksel olarak kontrolünün sağlanması için genel ve özel nedenlerin ayrılması gerekmektedir. Özel nedenler sistemdeki aksaklıkların yalnızca %6'sına sebep olmakta, kalan %94'lük kısım sistemin kendi doğasından kaynaklanmaktadır (Deming, 2000). Deming'e göre işletmede çalışanlar ikiye ayrılmaktadır. Bunlar;

- Yönetmel: Sistemden sorumlu olan kişiler,
- Teknik ve Operasyonel: Sistemin içinde çalışanlar.

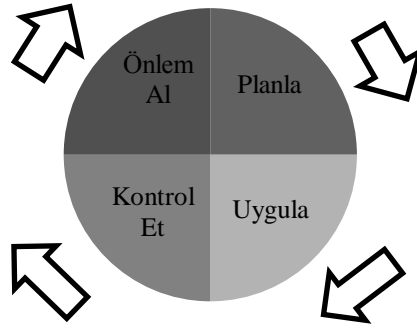
Deming, işletmede birbirleriyle sürekli alışverişte olan bu kişilere dikkat çekmek istemiştir. Yönetimin asıl işinin sistemi anlamak ve uyumlu çalışmasını sağlamak olduğunu vurgulamıştır (Sarp, 2014). Deming "Daha basit olan, daha iyidir." anlayışına sahiptir. Hataları büyümeden yolun başında önlemenin daha kolay olduğunu öne sürmektedir. Sistemdeki problemler sürecin sonuna yaklaştıkça karmaşıklaşmaktadır (Efil, 2010). Deming işbirliği ile yönetimi savunmakta ve "Herkes kazansın" felsefesini önermektedir (Yatkın, 2003). Deming, geleneksel işletme anlayışını eleştirmiş eleştirdiği beş noktayı işletmenin "beş temel hastalığı" olarak belirtmiştir. Beş temel hastalık, amaç ve süreklilik yoksunluğu, kısa vadeli kararlara odaklanmak, performans, liyakat ve yıllık olarak yapılan değerlendirmelerin yanlış, eksik ya da hiç yapılmaması, yönetimin sık sık değişmesi ve yönetimin karar süreçlerinde pasif olmasıdır (Şimşek, 2004). Deming hastalık olarak tanımladığı bu beş noktadan hareketle, toplam kalite yönetiminin de klasik ilkeleri arasında yer alan 14 ilke geliştirmiştir. Deming'in 14 ilkesi aşağıda belirtilmiştir. Bunlar (Yatkın, 2003):

- Ürünün ve servis hizmetinin gelişimi için değişmez amaçlar ortaya konulmalıdır.
- Yeni yönetim felsefesi ortaya konulmalıdır.
- Kalite yalnızca hizmet aşamasında olmaz ve kalite sağlanırken sadece muayeneye güvenilmez. Kaliteyi yükseltmek için istatistiksel olarak ortaya konulacak delillere ihtiyaç vardır.
- Sadece parasal olarak değerlendirme yapılmamalı, fiyata dayalı ödül olmamalıdır.
- Üretim ve hizmet sistemleri sürekli olarak iyileştirilmelidir.
- Toplam kalite yönetiminde alt kademe çalışanlarının sürekli olarak eğitilmesi önemlidir. Çalışanların eğitilmesi ve başarıya ulaşmaları için eğitim alanlara

destek olunmalıdır.

- Üretim sürecinin denetiminde modern metotlar kullanılmalıdır.
- Korku faktörü ortadan kaldırılmalı, çalışanlara karşı yapıcı tutum sergilenmelidir. Korku yerini güvene bırakmalıdır.
- Bölümler arasındaki mesafe ortadan kaldırılmalı, çalışanların sorunları önceden görerek takım halinde çözüm aramaları sağlanmalıdır.
- İş gücü ulaşması güç rakamsal hedeflerle yıldırılmamalıdır. Gerekliyse yeni üretim seviyesini hedef alan metotlar geliştirilmeli, sayısal hedefler öne çıkmalıdır.
- İş gücü için rakamsal kota konulması yönetimin başarısızlığı ile sonuçlanmaktadır.
- Çalışanların yaptıkları iş ile gurur duymaları sağlanmalıdır.
- Çalışanlara verilen düzenli eğitimlerle yenilikler öğretilmelidir. Eğitimler için akılcı öğretim sistemleri kurulmalıdır.
- Çalışanların birlikte hareket etmesi değişimi ve başarıyı beraberinde getirmektedir.

Deming, aşağıda şekilde verilen PUKÖ döngüsünü ortaya çıkarmıştır. Bu döngüyü Shewhart'a atfetmektedir (Sarp, 2014).



Şekil 1. PUKÖ Döngüsü (Sarp, 2014)

İşletmelerin kontrol mekanizmalarında bu döngünün uygulanması önerilmektedir. Tüm işlemler önceden planlanmalı, daha sonra uygulamaya geçilmeli, kontrolü sağlanmalı ve düzeltme amaçlı önlemler alınmalıdır. Bu döngü, süreklilik içermektedir. Deming, çalışanların eğitime önem vermiştir. Üst yönetimin kalitenin oluşturulmasında büyük sorumlulukları olduğunu düşünmektedir.

2.2.2. Prof. Dr. Kaoru Ishikawa

Ishikawa'nın kalitenin iyileştirilmesi alanına en önemli katkıları, kalite çemberleri ve neden-sonuç diyagramıdır. Ishikawa ya da balık kılıçığı diyagramı olarak da adlandırılan neden-sonuç diyagramı, sürekli kalite iyileştirme sürecinde en çok kullanılan araçlardan biridir (Kaya, 2005). Ishikawa diyagramı toplam kalite yönetimi felsefesine önemli katkılar sağlamaktadır (Çelik, 2010). Ishikawa, örgütün bütün düzeylerindeki kişilerin problemleri çözmek için basit yöntemler kullanması ve birlikte çalışması gerektiğini öne sürmüştür. Bu konu Ishikawa'nın çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Ishikawa'ya göre kalite çemberleri örgütün kalite problemlerinin %30-35'ini çözmeye etkilidir (Kaya, 2005). Tüm çalışanların kalite kontrol sürecinde aktif rol oynamalarının gerektiğini, kalitenin ancak grup çalışması ile gelişeceğini ifade etmiştir. Ishikawa'ya göre çalışanlar yaptıkları işin kalitesinden birinci dereceden sorumludur (Erturgut, 2012).

Ishikawa yaklaşımının en karakteristik özelliği, temel hedefin müşterilerin tüm ihtiyaçlarını yanıtlamaya yönelik olmasıdır (Efil, 2010). Ishikawa, kalitenin öğelerini dört grupta toplamaktadır. Bunlar (Marşap, 2014);

- Müşteri ihtiyaç tatmini,
- Müşterinin merkeze alınması,
- Bilgi, süreç, hizmet ve amaç kalitesinin geniş boyutta düşünülmesi,
- Tam kalite, tam fiyat ve tam miktardır.

Ishikawa, müşteri ihtiyaçlarını karşılayan katılımcı yönetimin olması gerektiğini savunmuştur. Çalışanlara daha fazla yetki ve sorumluluk verilmesi gerektiğine inanmaktadır.

Ishikawa'nın kalite felsefesini oluşturan bazı ilkeler bulunmaktadır. Bunlar (Ersoy ve Ersoy, 2015);

- Kalite eğitimle başlar, eğitimle sona erer.
- Kalitenin ilk adımı müşteri ihtiyacını bilmektir.
- Kalite denetiminde ideal, incelemeye ihtiyaç kalmayan durumdur.
- Belirtiler yerine temel nedenler ortadan kaldırılmalıdır.
- Kalite denetimi, yalnızca üst yönetimin değil, tüm çalışanlar ve örgütün sorumluluğudur.
- Araçlar ve amaçlar birbirine karıştırılmamalıdır.

- Kalite önceliğinde uzun dönemli amaçlar göz önüne alınmalıdır.
- Pazarlama, kalitenin başlayıp sona erdiği alandır.

Ishikawa kalite kontrol için istatistiksel tekniklerden faydalanmıştır. İstatistiksel yöntemleri güçlük derecelerine göre üç kategoriye ayırmaktadır. Bunlar (Sarp, 2014);

Temel istatistiksel yöntemler “Yedi Yöntem” (Çetin, 2001):

- Pareto şeması,
- Neden- sonuç diyagramı,
- Verilerin gruplandırılması,
- Kontrol tablosu,
- Histogram,
- Dağılım diyagramı,
- Grafik ve kontrol çizelgesi.

Orta derece istatistiksel yöntemler:

- Örnekleme araştırmaları teorisi,
- İstatistiksel örnekleme muayenesi,
- İstatistiksel tahmin ve testlerin çeşitli yöntemleri,
- Duyarlılık testi kullanım yöntemleri,
- Tasarlanmış deney yöntemleri.

Bilgisayar kullanımı gerektiren ileri istatistiksel yöntemler:

- Tasarlanmış deneyin gelişmiş yöntemleri,
- Çok değişkenli analiz,
- Çeşitli yöneylem araştırması yöntemleri.

Temel istatistiksel yöntemlerin kurum yöneticileri tarafından bilinmesi ve kullanılması önerilmektedir. Daha ileri düzey yöntemlerin kullanılması için bahsedilen yedi temel yöntemin bilinmesi önemlidir. Orta derece istatistiksel yöntemler mühendisler ve kalite kontrol çalışanları tarafından kullanılmaktadır. Kalite kontrol bölümünde görev yapanlar orta derece istatistiksel yöntemler hakkında bilgi sahibi olması önerilmektedir. İleri derece istatistiksel yöntemler için ayrıca eğitim alınmalı bu yöntemleri bilen kişiler kalite analizleri için görevlendirilmelidir (Sarp, 2014).

2.2.3. Masaaki Imai

Masaaki Imai, kaliteye “sürekli gelişme” kavramını kazandıran isimdir. Literatürde bu kavram “Kaizen” olarak bilinmektedir. Kaizen, Japonca “sürekli gelişme” anlamına gelmektedir. Imai, organizasyonel başarı için kaizen felsefesinin ev, sosyal hatta özel yaşamın tüm alanlarında uygulanması gerektiğini savunmaktadır (Kaya, 2005).

Organizasyonlarda sürekli gelişme (kaizen) için Masaaki Imai başlıca şu stratejileri önermektedir (Aktan, 2000):

Üst Yönetim İçin Kaizen Stratejisi

- Üst yönetim kaizen stratejisini kavramalıdır.
- Üst yönetim kaizen stratejisinin uygulanması için destek vermelidir.
- Üst yönetim, organizasyonda sistemleri, prosedürleri ve yapıları kurarak kaizen stratejisinin amaçlarını oluşturmaya çalışmalıdır.

Orta Düzey Yönetim İçin Kaizen Stratejisi

- Orta düzeydeki yöneticiler üst yönetim tarafından belirlenen kaizen amaçlarını gerçekleştirmeyi hedeflemelidir.
- Orta düzeydeki yöneticiler, çalışanların kaizen felsefesini anlamalarını ve kavramalarını sağlamaya çalışmalıdır.
- Orta düzeydeki yöneticiler çalışanların organizasyon içerisinde problem çözme konusunda bilgi ve becerilerini artırmayı amaçlamalıdır.

Bölüm Şefleri İçin Kaizen Stratejisi

- Bölüm şefleri, çalışanlar ile arasındaki iletişimi geliştirmeli ve organizasyon içerisinde yüksek moral kazanılmasını sağlamaya çalışmalıdır.
- Bölüm şefleri kaizen stratejisinin başarıyla uygulanması için çalışanlara rehberlik etmelidir.
- Bölüm şefleri organizasyonda sürekli gelişmenin sağlanması için kalite çemberleri oluşturulmasını sağlamalı ve bu gruplar içerisinde çalışanları desteklemelidir.

- Bölüm şefleri, çalışma gruplarının toplantılarında disiplini sağlamalıdır.

Çalışanlar İçin Kaizen Stratejisi

- Çalışanlar kaizen stratejisine küçük grup toplantıları ve öneri sistemi ile destek olmalıdır.
- Çalışanlar tanıtımlarda disiplinli olarak çalışmalıdır.

- Çalışanlar organizasyon içerisindeki problemlerin daha iyi ve çabuk çözülmesi için çaba göstermelidir.
- Çalışanlar eğitim programlarına aktif olarak katılarak, bilgi ve becerilerini geliştirmelidir.

2.2.4. Joseph M. Juran

Joseph M. Juran, Juran Enstitüsü'nün kurucu başkanı ve New York Üniversitesi'nde öğretim üyesidir (Sarp, 2014). Juran'ın eserleri kalite alanına önemli katkılar sağlamıştır. Juran, kaliteyi müşteriler tarafından tanımlanan "kullanıma uygunluk" olarak ifade etmektedir. Juran'a göre işyerinde meydana gelebilecek iki tür problem bulunmaktadır. Bunlar; ara sıra meydana gelen problemler ve kronik problemlerdir. Ara sıra meydana gelen problemler, üretim kabul edilebilir standartların altına düştüğünde gözlemlenmektedir. Kronik problemler işyerinin ve işin doğasında bulunmaktadır ve yönetim müdahalesi gerektirmektedir (Kaya, 2005). Juran kalite hedeflerinin özel olması gerektiğini savunmaktadır. Kalite, sonu gelmeyen bir süreçtir. Juran'ın kalite anlayışı müşteri odaklıdır. Her şey müşteri ile başlayıp müşteri ile sona ermektedir (Marşap, 2014).

Juran, kalite planlaması, kalite kontrolü ve kalite iyileştirme üçlüsünü savunmaktadır. Kalite kontrolünü geri bildirim halkası olarak görmektedir (Kaya, 2005). Kaliteyi kontrol etme ve sürekli iyileştirme konusuna ağırlık veren Juran, bu konuda üçlü yaklaşım gerekliliğini önermektedir. Bunlar (Sarp, 2014);

- Tasarım,
- Uygunluk,
- Ulaşılabilirlik ve servistir.

Juran'a göre toplam kalite yönetiminin prensipleri aşağıdaki gibidir (Çetin, 2001);

- Kalite'nin gelişimi için gerekli ortam oluşturulmalıdır.
- Sürekli gelişime yönelik hedefler belirlenmelidir.
- Kalite komitesinin belirlediği amaçlara ulaşabilmek için organizasyon oluşturulmalıdır.
- Kurumda en üst kademedен en alt kademeye kadar herkes eğitim faaliyetlerinden yararlanmalıdır.

- Sorunlara çözüm olabilecek projeler geliştirilmelidir.
- Tüm faaliyetler raporlanmalıdır.
- Onay alınmalıdır.
- Sonuçlar ilgili birimlere, kişilere bildirilmelidir.
- Başarıların kaydı tutulmalıdır.
- İyileştirmeler yıllık olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Gelişim için Juran'ın üç temel adımında dünya sınıfı kalitesinde ürün ve hizmet üretecek işletmelerin aşağıdaki temel adımları izlemesi gerekmektedir (Öztürk, 2013).

- Paylaşım ve sorumluluk duygusu ile sürekli gelişim ve iyileştirmeler,
- Geniş kapsamlı eğitim programlarının işlerliği,
- Üst yönetimde liderlik ve taahhütname işinin yerleştirilmesidir.

Juran tarafından formüle edilen prensiplerin çoğu, günümüzde sağlık kuruluşlarının kalite iyileştirme çabalarının belli bir kısmını oluşturmaktadır. Juran'ın geliştirdiği prensipler sağlık sektörü için faydalı olmaktadır (Kaya, 2005). Kalite kontrol süreçleri yoluyla kalite hataları önlenmekte veya hata olduğu anda düzeltilmektedir (Sarp, 2014). Juran'a göre kalite planına daha fazla önem verilmeli ve en fazla çaba kalite iyileştirmeye harcanmalıdır (Ersoy ve ark, 2015).

2.2.5. Phillip B. Crosby

Crosby, kalite iyileştirmeye, ortak kültür ve tutumları değiştirmeye dayalı farklı teorik bakış açısı getirmiştir. İstatistiksel süreç kontrolü tekniklerine odaklanmamış, sıfır hata kavramının önemini vurgulamıştır. Örgüt ve yönetim teorilerine önem vermiştir (Kaya, 2005). Crosby'e göre, yapılan iş ilk seferinde ve doğru olarak yapılmadığında harcanan çabanın yanı sıra beraberinde artan maliyetleri de getirmektedir (McLaughlin ve Kaluzny, 1999). Crosby için kalite maliyeti, uygunluk ve uygunsuzluk maliyeti olarak iki gruba ayrılmaktadır. Uygunluk maliyeti; işi ilk seferinde doğru yaparken katlanılan önlem ve ölçüm maliyetleridir. Uygunsuzluk maliyeti, uygun üretilmeyen ürün kaynaklı müşteri memnuniyetsizliğine neden olan başarısızlık maliyetleridir (Alıcı, 2007). Crosby sıfır hata ilkesini benimsemiştir. Sıfır hata, işi ilk seferde ve doğru olarak yapmayı içermektedir. Sıfır hata ilkesini, yapılan işin tek seferde hatasız yapılması ve müşteri tatmininin maksimum seviyede gerçekleşmesi işlemi olarak tanımlamak mümkündür (Marşap, 2014). Crosby "sıfır

hata” kavramının kalitenin dört şartından biri olduğunu ileri sürmektedir. Bu şartlar (Sarp, 2014);

1. Kalite kavramı herkes tarafından aynı şekilde algılanmalıdır. Crosby, kaliteyi “müşteri ihtiyaçlarına uygunluk” olarak tanımlamaktadır.

2. Kaliteyi sağlayacak sisteme ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kontrol ve inceleme sistemi değil hata önleme sistemidir.

3. Kalite performansı “sıfır hata” standardında olmalıdır. Performans “sıfır hata” standardından farklı ise, kalitenin iyileştirilmesi gerekmektedir.

4. Kalite ne şekilde ölçülecek? Kalite standardından sapmaları belirlemek gerekmektedir.

Crosby’nin kalite iyileştirme süreci, on dört aşamadan oluşmaktadır, bu aşamalar (Bedük, 2011);

- Yönetimin kendini adaması,
- Kalite iyileştirme ekibinin oluşturulması,
- Kalite ölçütlerinin geliştirilmesi ve ölçümlerin yapılması,
- Kalite maliyetlerinin belirlenmesi,
- Kalite konusunda bilinçlenme,
- Düzeltici önlemlerin alınması,
- Sıfır hata programının uygulanabilmesi için komite oluşturulması,
- Yöneticilerin eğitimi,
- Hedef belirlenmesi,
- Sorun-sebep-çözüm programı oluşturulması,
- Ödüllendirme yapılması,
- Kalite konseyi oluşturulması,
- Yeniden başlama ve programın sonsuzluğudur.

2.2.6. A. V. Feigenbaum

Feigenbaum, toplam kalite kontrolünü; kalite geliştirme, kaliteyi koruma ve kalite iyileştirme fonksiyonlarını bütünleştirmek için etkili olan bir sistem olarak tanımlamıştır (Kaya, 2005). Feigenbaum, kalitenin amacının müşterilerin ihtiyaçlarının müşteriye memnun edecek şekilde karşılanması olduğunu düşünmektedir (McLaughlin ve Kaluzny, 1999). Feigenbaum’a göre, kalite maliyetlerinin yönetilmesi gerekmektedir ve bu gruplama yoluyla mümkün olabilmektedir. Feigenbaum, üç ana grup belirlemiştir.

Bunlar; değerlendirme maliyetleri, önleme maliyetleri ve başarısızlık maliyetleridir. Toplam kalite maliyeti bu maliyetlerin toplamıdır (Kaya, 2005). Feigenbaum'a göre yönetimin kendisini adaması gereken üç temel nokta bulunmaktadır. Bunlar (Dale, 2016);

- Kalite iyileştirme sürecini güçlendirme,
- Kalite iyileştirmenin alışkanlık haline gelmesini sağlama,
- Tamamlayıcı amaçlar olarak kaliteyi ve maliyeti yönetmedir.

Feigenbaum aynı zamanda kalite geliştirmede izlenmesi gereken altı yöntemden bahsetmiştir. Önerilen yöntemler (Sarp, 2014);

- İnsan ilişkilerinin geliştirilmesi,
- İstatistiki veri toplanması,
- Bilgilendirme için istatistiksel gösterim tekniklerinin kullanılması,
- Dalgalanmaları azaltmak için istatistiki süreç kontrol ve ölçümlerinin kullanılması,
- İdeal yapının şekillendirilmesi ve gösterilmesi,
- Gelişmenin sağlanması için işin organize edilmesidir.

2.2.7. W. Shewhart

Walter Shewhart, kalite kontrol çizelgeleri ile bilinmektedir. Büyük çoğunlukla Deming Döngüsü olarak da bilinen PUKÖ döngüsü Shewhart'a aittir. Deming döngüyü Shewhart'a atfetmektedir (Kaya, 2005). Shewhart bu döngü ile, değişimi planlayıp, uygulayıp, etkilerini kontrol edip önlem alınması gerektiğini ileri sürmektedir.

Shewhart'a göre eğer süreç değişim gösteriyorsa, bu değişimin nedeni bulunmalı ve ortadan kaldırılmalıdır. Değişimin belirlenmesi ve yok edilmesi amacıyla nedenlerin araştırılması toplam kalite yönetiminin temel fonksiyonudur (McLaughlin ve Kaluzny, 1999).

2.3. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmet Kalitesi

Kalite, üretimin başlaması ile doğmuştur. Başlarda yalnızca ürüne ait kalite tanımları yapılıyordu, hizmetin üretim faaliyeti kabul edilmesiyle hizmet kalitesi gündeme gelmiştir. Dünya genelinde hizmet sektöründe yaşanan artış, ortalama yaşam süresinde görülen artışlar, sağlık sektörünün teknolojik açıdan gelişimi gibi bazı etkenler sunulan sağlık hizmet kalitesinin önemini giderek artmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerine her geçen gün daha fazla dikkat çekilirken, bu konuda belirlenen standartlarla kalitenin devamlılığı amaçlanmaktadır (Özen vd., 2011). Müşteriler, fiziksel tesislere, hasta danışmanlarıyla olan etkileşime veya hizmet sunumunun bilgi ve teknik yönlerine bakarak hastanelerin hizmet kalitesini değerlendirmektedir (Kansra ve Jha, 2016). Hizmet işletmelerinin kalite ile ilgilenmekte oldukça geç kaldığı görülmektedir. Kuşkusuz hizmette kalitenin öneminin geç anlaşılmasında bazı faktörler etkili olmuştur. Bu faktörlerden bazıları şunlardır (Uyguç, 1998);

– 1970’lerde yaşanan ekonomik kriz işletmeleri maliyetleri azaltmaya zorlamıştır. İşletmeler de maliyetleri düşürmek için hizmetleri kısma yoluna gitmişler ve bu nedenle eski hizmet düzeyine ulaşamamışlardır.

– Bazı hizmetlerde yasal düzenlemelerin daha yoğun olması ve işletmelerin dar bir coğrafi alanda faaliyet göstermesi rekabeti engellemiştir.

– Müşterilerin genellikle, beklenti düzeyleri önceleri daha düşük bulunmuştur ve yapılmış çalışmalar oldukça az sayıda müşterinin şikayetçi olduğunu göstermiştir.

– İşgücü yetersizliği, kendi kendine hizmet ve otomasyon eğilimini arttırmıştır.

– Hizmet sektöründe çalışanlar, genellikle kısa süreli ya da geçici olarak hizmet veren, eğitim düzeyi düşük ve çok çalışan kimselerdir.

– Hizmetlerde verimliliğe kaliteden daha fazla önem verilmiştir. Birtakım faaliyetlerle verimlilik artırılırken personel ve müşteri fayda sağlamamıştır.

– Hizmetlerin standartlaştırılmaması değişkenliği artırmıştır.

– Müşteri hizmeti üretirken tüketmektedir. Bu nedenle müşterinin kaliteyi değerlendirmek için zamanının olmadığı düşünülmüştür.

– Hizmetlerin niteliği kalitesinin kontrolüne izin vermemektedir. Hizmet soyuttur ve soyut şeylerin kalitesi algılara ve beklentilere göre değerlendirilmektedir. Bu nedenle çoğu kişi hizmet sektöründe kalitenin ölçülemeyeceğine ve kontrol edilemeyeceğine inanmaktadır.

Yaşanan gelişmelerle bu sorunların bazıları aşılmış ve hayatın her alanında olan kalite, hizmet alanında da kendini göstermiştir. Tüketicilerin bilinçlenmesi ve

kalite konusunda daha duyarlı, hassas ve bilinçli olmaları hizmet sektöründe kalitenin önemini artırmış ve hızlı şekilde gelişmesini sağlamıştır.

Hizmet endüstrisinde kalite tanımları, müşteri ihtiyaçlarını ve hizmet sağlayıcılarının beklentilerinin ne ölçüde karşılandığına odaklanmaktadır (Butt ve de Run, 2010). Hizmet kalitesi, rekabetin kritik belirleyicisi olarak görülmektedir. Hizmet kalitesinin üzerinde durulması, kuruluşun kendisini diğer kuruluşlardan ayırmasına ve kalıcı rekabet avantajı kazanmasına yardımcı olabilmektedir (Ghobadian ve ark, 1994). Kalitenin yönetilmeden önce anlaşılması gerekmektedir. Tüketiciler için kalite, kişinin isteklerini karşılayan ürünü ifade etmektedir. Kalitenin genel tanımı olmasa da genel kabul görmüş tanımlar aşağıdaki gibidir (Spath, 2009):

- Kalite, müşteri beklentilerini karşılamak veya aşmaktır.
- Kalite dinamiktir, her geçen gün değişmektedir.
- Kalite geliştirebilirdir.

Grönroos (1984) hizmet kalitesinin üç boyuttan oluştuğunu savunmaktadır. Bu boyutlar; sonuçların teknik kalitesi, hizmet karşılaşmasının işlevsel kalitesi ve kurumsal imajdır. Hizmet karşılaşmasının işlevsel kalitesi ile, hizmet sağlayıcı ile alıcı arasındaki etkileşim ifade edilmektedir. Lehtinen ve Lehtinen de (1991) hizmet kalitesinin üç boyuta sahip olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar; fiziksel kalite, kurumsal kalite ve etkileşimli kalitedir. Fiziksel kalite, fiziksel özellikler boyutunda ortaya çıkarken kurumsal kalite kurumun genel olarak algılanan kalitesini ifade etmektedir. Etkileşimli kalite, hizmet kuruluşlarının müşterileriyle olan etkileşimi ve müşterilerin kendi aralarında gerçekleştirdiği etkileşim sonucunda ortaya çıkmaktadır (Butt ve de Run, 2010). Siyasi, finansal ve demografik baskılar, artan kamu beklentisi ve şeffaflık sağlığında kaliteye odaklanmayı gerekli kılmıştır (Foley ve Vale, 2017). Sağlık gibi rekabetin son derece ön planda olduğu sektörde, müşteri ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler sunmak, müşteri memnuniyetine öncelik vermek, müşterileri korumak için yaşamsal stratejilerdendir (Cronin ve Taylor, 1992; Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1991). Ayrıca sağlık hizmetleri benzersizdir. Çünkü müşteriler cerrahın becerilerini veya pratisyen hekimin teşhis kabiliyetini teknik açıdan değerlendirme ve klinik hizmet kalitesini iyi şekilde ölçebilme yeteneğinden yoksundur (Butt ve de Run, 2010). Sağlık hizmeti sunumu sürecinde farklı gruplar olduğu görülmektedir. Bu grupların farklı özellikleri olabildiği gibi kalite tanımları da farklılık göstermektedir.

Bakım kalitesinin tanımlanmasına ilişkin tartışılan özellikler; teknik performans, kişiler arası iletişimin yönetimi, bakım imkanları, hasta tercihlerine cevap verme, verimlilik ve maliyet etkililiktir (Wyszewianski, 2005). Teknik performans kalitesi, mevcut bilimsel, tıbbi bilgilerin ve teknolojinin uygulandığı ortamdaki kaliteyi ifade etmektedir. Kişilerarası ilişkinin kalitesi, hekimin hastayla olan iletişimde ne düzeyde olduğunu belirtmektedir. Kalite değerinin ölçümünde hasta-hekim iletişimi üzerinde önemle durulmaktadır (Baltaş, 2013). Kişiler arası iletişimin iyi olması teknik kaliteyi etkileyebilmektedir. Hekimin hasta ile kurduğu iletişim önemsiz gibi gözükse de tedavi sonrasında hastayı sağlığı ile ilgili önemli kararlar alabilmesi hususunda yönlendirebilmektedir. Örnek olarak hastanın yaşam tarzını değiştirmesi daha sağlıklı beslenmesi, bağımlılık yapan maddelerden uzak durması ve fiziksel aktivitelere daha fazla zaman ayırmaya başlaması gösterilebilir.

Bakım imkanları ve kalitesi, yalnızca hekimin sunduğu sağlık hizmeti tarafından değil, rahatlık, kolaylık ve mahremiyet gibi özelliklerden ve hasta ile hekim karşılaşmasının gerçekleştiği ortamın özelliklerinden etkilenmektedir (Wyszewianski, 2005). Hasta tercihlerine cevap verebilme de kaliteyi etkilemektedir. Sağlık hizmeti alanlar tarafından yapılan hekim değerlendirmelerinde iletişim özellikleri ve hekimlerin teknik yeterlilikleri ön plana çıkmaktadır (Baltaş, 2013). Hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerinin hekim tarafından karşılanma derecesi olarak ifade edilmektedir (Baron-Epel ve ark, 2001). Verimlilik, sonuçların elde edilmesinde kaynakların ne kadar iyi kullanıldığına işaret etmektedir (Wyszewianski, 2005). Belli sağlık bakım müdahalesinin maliyet etkililiği, genelde sağlık durumundaki gelişmeler açısından ölçülen fayda ve yapılan harcamalar ile belirlenmektedir (Wyszewianski, 2005).

Tablo 1. Sağlık bakım sürecinde anahtar katılımcıların kalite tanımlarına yönelik kalıplaşmış farklılıklar (Wyszewianski, 2005)

Anahtar Katılımcı	Teknik Performans	Kişilerarası İletişim	İmkanlar ve Erişim	Hasta Tercihleri	Verimlilik	Maliyet Etkililik
Hekim	+++	+	+	+	+	-
Hasta	++	++	++	+++	+	-
Ödeyici	+	+	+	+	+++	+++

Tabloda görüldüğü gibi hasta tercihleri kalite değerlendirmelerinde ön plandayken, teknik performans, kişiler arası iletişim ve imkanlar da değerlendirme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Maliyet etkililik ödeyici taraf için oldukça önemliyken hekim ve hasta için önem arz etmemektedir.

Sağlık hizmetleri dikkate alındığında yapılan kalite tanımlarının yetersiz kaldığı görülmektedir. Ürün üreten işletmeler ve sağlık hizmet kuruluşları için kalite tanımları farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesidir. Amaç, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerinin devamını ve hastalanmaları durumunda en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti vererek sağlıklı hallerine ulaşmalarını sağlamaktır (Özalp ve ark., 2000). Benzer şekilde, sağlık kalitesi tüketiciler için iyileştirilmiş sağlık sonuçlarının elde edilmesi için bir yaklaşım olarak da düşünülebilir (Lupo, 2016). Kalitenin sağlık hizmetlerinde önem kazanmasının sebepleri aşağıdaki gibidir (Solmaz, 2006);

- Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler,
- Tanı ve tedavi yöntemindeki gelişmeler, sağlık düzeyi göstergelerindeki olumlu değişimler, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması,
- Kitle iletişim olanaklarının artması,
- Hasta hakları, hekim hataları tartışmalarının yaygınlaşması ve özellikle ABD’de tıbbi uygulamalardaki hatalar nedeniyle kişi ve kurumların ağır cezalar alması,
- Genel kültür düzeyinin ve kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önemin artması,
- Önceleri yalnızca hizmeti sunanların sahip olduğu sağlık ve hastalıkla ilgili bazı temel kavram ve yöntemlerin, hizmeti alanlarca da öğrenilmiş olması ve kendi bakımlarıyla ilgili görüş bildirir olmalarıdır.

Kalite ölçümü, sağlık sisteminin sistematik olarak geliştirilmesi için birincil öneme sahiptir. Hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarının ölçme ve raporlamayı zorunlu kılarak kalite iyileştirme çabalarını ve sağlık hizmetleri dağıtım sisteminde kalite geliştirme girişimlerini teşvik etme yönündeki başlıca çabaları, herkese sürekli olarak yüksek kaliteli bakım sağlamak için daha fazlasına ihtiyaç duyulmasına rağmen beklenenden az ilerleme sağlamıştır (Burstin ve ark., 2016). Hizmet kalitesi, bireyler ve

toplumlar için sağlık hizmetlerinin arzulan sağlık sonuçları olasılığını artırdığı derece olarak düşünülebilir ve mevcut mesleki bilgilerle de tutarlıdır.

Parasuraman ve diğerleri (1985), hizmet kalitesini müşterilerin beklentilerini ve algılamalarını karşılaştırarak tanımlamaya çalışmıştır. Servqual yaklaşımının müşteri memnuniyetini öngören, algı temelli geleneksel yöntemlerin dışında olduğu dşnlmektedir. Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki karşılıklıdır. Servqual leğinin, hizmet sektörlerinde hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan güvenilir ölçeklerden olduğu dşnlmektedir. Wang ve arkadaşlarına (2004) göre hizmet kalitesi, müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki farktır. Bu tanımlara göre hizmet kalitesi (Bozkurt, 1995);

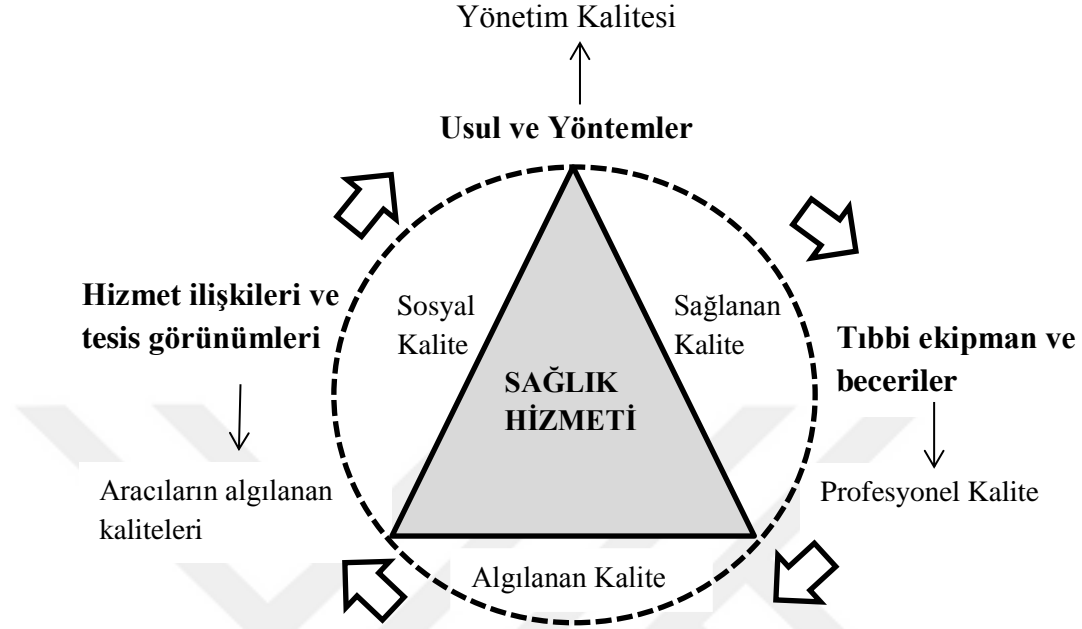
- Kusursuz hizmetlerin satın alınmasıdır,
- Doğru nlemin bulunmasıdır,
- Sorunların ortadan kaldırılmasıdır,
- Nazik davranmaktır,
- Güvenilir olmaktır,
- Güvenli performans göstermektir,
- Zamana uygunluktur,
- Her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır,
- Güvenli olmayan koşullara karşı korunmadır,
- Sorunların belirlenmesi ve üzülmesi için doğru veridir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini hastaların görüşleri doğrultusunda analiz etmek, kalite iyileştirmesinde strateji geliştirme konusunda önemli rol oynayacağı gibi faydalı sonuçlar doğurabilmektedir (Shafii ve ark, 2016). Hizmeti alan birey bazı faktörleri algılayıp, dikkate alarak kendince yorumlamakta ve beklentileriyle karşılaştırmaktadır. Hasta deneyimi anketlerinin sınırlamaları olmasına rağmen, hasta deneyimi verileri, sağlık hizmetlerinin ve hastaların algı ve deneyimlerine dikkat çekilmesi için kullanılabilir. Bu veriler hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline de sahiptir. Hasta bakım deneyimini belirlemek ve iyileştirmek, sağlık bakım sisteminin tüketiciler için değerini artırmada önemli bileşenlerdendir (Khaled ve ark, 2016). Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılayabilmek için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir. Hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem

taşımaktadır. Hizmet kalitesi, müşteri beklentileriyle fiili hizmet performansının karşılaştırılması sonucu oluşmaktadır (Uyguç,1998). Üretilen hizmet, tüketicilerin beklentilerine cevap verdiği ölçüde beğeni kazanmaktadır. Hizmet kalitesinin tüketiciler tarafından tanımlanması önemlidir (Sevimli, 2006). Hasta beklentisinin çok düşük olduğu ve bu beklentinin karşılandığı durumlarda, verilen sağlık hizmeti her zaman kaliteli olmayabilir (Kavuncubaşı, 2000). İşletmelerin müşterilerine kaliteli hizmet sunabilmesi için ilk olarak yeniliklere açık olması gerekmektedir. Kalite baz alınarak yapılan yenilikler ve gelişmeler takip edilmelidir. Böylece kurumun kendi bünyesinde kalite kültürü geliştirmesi sağlanabilir (Bütün, 2009). Kaliteli hizmet sunumunu başaran işletmeler pazar paylarını büyütebilmekte, daha yüksek karlılık ve verimlilik sağlayabilmekte, müşteri sadakati yaratabilmekte ve rakip işletmelere göre farklılık oluşturarak fiyat rekabetinden korunabilmektedir (Kayral, 2015). Kalitenin artırılması için önerilen tedbirler, finansmanın artırılması, hastanelerde kullanılan ekipmanların geliştirilmesi, yönetimin güçlendirilmesi, standartların oluşturulması ve sağlık görevlilerine eğitim verilmesi konularını içermektedir (Kansra ve Jha, 2016). Kalite anlayışı, sağlık işletmesinin gelişmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle kurumlar kalite anlayışını benimsemişlerdir. Sağlık hizmetlerinde kalite performansını geliştirmek için kurumlar ve hizmet sağlayıcılar sistematik değişiklikleri yüklenilme yeteneğine sahip olmalıdır. Bu süreç, gelişim tekniklerinde güvenilir ve yararlı bilgi, eğitim ve staj akışı, zaman ile değişim yönetimine yatırım, örgütsel teşvikler ve liderlik gerektirmektedir (Tomak ve ark., 2014). Hizmet kalitesi konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde aşağıdaki üç temel nokta dikkat çekmektedir. Bunlar (Parasuraman ve ark., 1985):

- Tüketici için hizmet kalitesini değerlendirmek, ürün kalitesini değerlendirmeye oranla daha güçtür.
- Tüketici beklentileriyle gerçek hizmet performansı arasındaki karşılaştırma algılanan hizmet kalitesini ortaya koymaktadır.
- Kalitenin değerlendirilmesi, yalnızca sonucu değil, sürecin de değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Sağlık bakım kalitesi çok boyutludur. Sağlık bakım kalitesinde insan ilişkileri, maliyetler gibi dikkat çekmeyen pek çok faktör etkili olmaktadır. Aşağıda yer alan şekilde sağlık hizmet kalitesinin üç ana boyutu gösterilmektedir (Lupo, 2016):

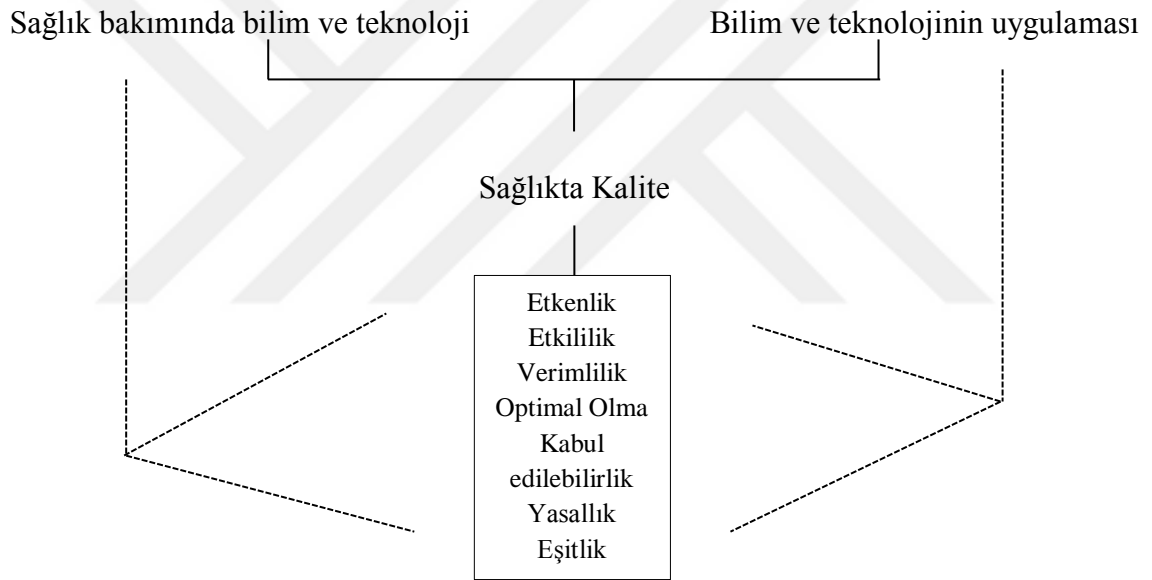


Şekil 2: Sağlık bakım kalitesinin çok boyutluluğu (Lupo, 2016)

Şekilde, yönetim kalitesini, paydaşların ihtiyaçlarını karşılayabilecek hizmetleri sunmak için etkin ve verimli kaynak kullanımını ve yönetimini ilgilendiren konular anlatılmak istenmiştir. Profesyonel kalite, sağlık uzmanlarının ve profesyonellerin sağlık bakımının tıbbi yönleri ile ilgili perspektiflerini içermektedir. Aracıların algılanan kaliteleri, erişilebilirlik, cevap verme, insan ilişkileri açısından sağlık bakım yönünden algılamalarından oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren liderlerden olan Avedis Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlamaktadır (Kaya, 2013). Yalnızca tıbbi faaliyetler açısından incelenen tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite; hastalık ya da benzeri durumun fonksiyonu olarak, bireyin sağlık durumunda ortaya çıkabilecek gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak şekilde belirlenmiş faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Buna göre sağlık hizmetlerinin kalitesi, doğru olan tıbbi faaliyetlerin en iyi sonucu verecek şekilde yerine getirilmesidir (Zafer, 2016).

Günümüzde sağlık hizmeti veren kuruluşlar, yeni ve hızla değişen isteklerle, giderek farklılaşan ihtiyaçlarla ve çeşitli sorunlarla karşı karşıyadır. Sağlık kuruluşları, bir yandan sağlık bakım maliyetlerinin hızlı artışıyla, bir yandan da toplumun sunulan hizmetlerden memnun olmaması ve hizmetlerin istenen düzeyde geliştirilememesi gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu nedenlerle sağlık hizmetlerinde, karmaşık tüketici beklenti ve gereksinimini karşılayan sürekli gelişime açık çağdaş örgüt kültürü içerisinde, kalite odaklı çalışmalara hız kazandırılmalıdır (Marşap, 2014). Kalitenin esas olarak müşteri memnuniyetini sağlaması beklenmektedir. Kalitenin sağlık sektöründeki karşılığı hasta mutluluğudur. Sağlık hizmetinin odak noktası insandır ve sunulan hizmetlerde hem çalışanın hem de sağlık hizmetinden faydalanan insanların memnuniyeti önem taşımaktadır.



Şekil 3. Sağlıkta Kalite Unsurları (Donabedian, 2003)

Sağlık hizmetinde müşteri memnuniyetinin sağlanabilmesi için belirli kalite düzeylerinin sağlanması gerekmektedir. Donabedian'ın ortaya koyduğu yedi kalite özelliği aşağıda açıklanmıştır (Kavuncubaşı, 2000):

– Etkenlik: Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir. Başka anlatımla etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini yani, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği şeyleri içermektedir.

– Etkililik: Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilmektedir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan sağlık hizmetinin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün olmamaktadır. Etkililik, verilen hizmetlerin, ideal hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik esas alınarak ölçülmektedir.

– Verimlilik: Etkili hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmesinde öncelikli olarak hizmetin etkililiği üzerinde durulmalıdır. Etkililik kavramı insan hayatı ile yakından ilgilidir. Bununla birlikte yönetsel rasyonalite açısından benimsenmesi gereken temel ilkelere ilki, en iyi hizmetin en az maliyetle üretilmesidir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir.

– Optimal olma: Optimallik kullanılan hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.

– Kabul edilebilirlik: Kabul edilebilirlik, verilen hizmetlerin hastaların ya da yakınların değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Hizmetin kabul edilebilir olması için; kolayca ulaşılabilir olması, beklentilere yanıt vermesi, rahatlatıcı ve güven verici olması, etkili ve ucuz olması gerekmektedir.

– Yasallık: Yasallık verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse toplum tarafından kabul göremeyebilmektedir.

– Eşitlik: Eşitlik tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayırım yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

Foley ve Vale (2017), sağlık hizmet kalitesinin altı boyutundan söz etmektedir. Bu boyutlar; güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil hizmet sunumu olarak sıralanmaktadır. Spath (2009), sağlık hizmet kalitesini artırmak için 6 boyuta odaklanılması gerektiğini ifade etmiştir. Bu boyutlar; güvenilir, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve eşit hizmet sunumudur.

2.3.1. Hizmet Kalite Boyutları

Sağlık hizmetlerinin sunumu her geçen gün gelişmektedir. Artan teknolojik gelişmeler ve teknolojinin sağlık alanında yaygın kullanımı sağlık hizmetinin sunumunu farklılaştırmaktadır. Yaşanan gelişmeler ışığında sunulan sağlık hizmetleri kalitesinin değerlendirilebilmesi ve iyileştirilebilmesi için hizmet kalite boyutları belirlenmiştir. Hizmet kalite boyutlarının ortaya çıkmasında etkili olan diğer faktör tüketicinin yalnızca sonucun kalitesinin değerlendirilmesinde değil tüm üretim sürecinde kaliteyi araması ve tüm üretim sürecinin kalitesinin değerlendirilmesinde etkili olmasıdır.

Kaliteye ilişkin boyutlar, hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılabilmesine ve müşterilerin hizmetin hangi unsurlarından tatmin olup olmadığının kavranmasına ışık tutmaktadır (Yıldız Karagöz, 2010). Sasser, Olsen ve Wyckoff hizmet kalite boyutlarını; personel düzeyi, tesis düzeyi ve malzeme düzeyi olmak üzere üç şekilde incelemektedir. Personel düzeyi işletme çalışanlarının hizmet kalitesine olan katkısını, tesis düzeyi işletmenin hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla sahip olduğu tesis, makine ve cihazların sunulan hizmetin kalitesini hangi düzeyde etkilediğini ve malzeme düzeyi hizmetin sunulması için doğrudan olmayan hammaddeyi ifade etmektedir (Kayral, 2015). Kalite boyutları değişebilecek özellikler ve değişmeyecek özellikler olarak da gruplandırılmaktadır (Uyguç, 1998). Boyutları en geniş kapsamıyla ele alanlar Parasuraman, Zeithaml ve Berry'dir. Servqual ölçeğinde de ilk olarak yer alan 10 boyut, hizmet kalitesinin boyutlarını detaylarıyla ortaya koymaktadır.

Kalite; maliyetlerin düşmesi, verimliliğin artması, satış hacminin yükselmesi ve koşullar uygun olduğunda yüksek kar marjı ile çalışması açısından işletmelerin rekabet gücünü arttırmaktadır (Efil, 2010). Ayrıca sağlık kuruluşları değerlendirilirken fiziksel şartlar da dikkate alınmalıdır. Sağlık sektöründe müşteri tatminini sağlamak oldukça güçtür. Sağlık sektöründe hastalar da hizmet üretimine katılmaktadır. İstenen amaca erişebilmek adına belirlenen hizmet kalite boyutları aşağıdaki gibidir (Marşap, 2014):

- Erişilebilirlik,
- Güvenilirlik,
- Cevap Vericilik,
- İletişim,
- Yeterlilik,

- Nezaket,
- Güvenilirlik,
- Güvenlik,
- Empati,
- İmaj.

Literatürde en fazla kabul gören hizmet kalite boyutlarına Parasuraman ve diğerleri tarafından geliştirilen Servqual ölçeğinde yer verilmektedir. İlk gerçekleştirilen çalışmada on boyut ele alınmaktadır daha sonra boyutlar arasında yakınlık olması nedeniyle on boyut beş boyuta indirgenmektedir. Parasuraman ve diğerlerinin belirlediği beş boyut: fiziksel özellikler, güvenilirlik, güven, heveslilik ve empatidir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985). Fiziksel özellikler alt boyutu, fiziksel olanakları ifade etmektedir. Güvenilirlik alt boyutu, söz verilen hizmetleri güvenli ve doğru şekilde sunmayı ifade etmektedir. Heveslilik alt boyutu, hastalara yardımcı olma konusunda istekli olunmasıdır. Güven alt boyutu, bilgi birikimi vs güvenlik duygusu oluşturma becerilerini içermektedir. Empati alt boyutu, kurumun hastasına gösterdiği özendir. Hizmet boyutlarının farkında olunması hizmetlerin etkinliğini artırmaktadır. Hizmetlerin hangi özellikler değerlendirmeye alınarak kaliteli sayılacağı bu boyutlar sayesinde bilinebilmektedir. Kalite yolunda önemli bir rehber niteliği taşımaktadır.

2.3.2. Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler

Hizmet kalitesi, hizmet işletmesinin performansının genel değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Budiwan ve Efendi, 2016). Her hizmetin kendine özgü bazı özellikleri nedeniyle hem kalitesini etkileyen unsurlar hem de unsurların kalite üzerindeki etki dereceleri hizmetler arasında farklılık gösterebilmektedir.

Ürün ve hizmet kalitesi dokuz temel faktörden etkilenmektedir. Bunlar (Şimşek, 2004):

1. Pazar: İşletmelerin kaliteli ürün üretmeleri, değişen koşullara hızlı ayak uydurmalarına, diğer deyişle pazarı yakından takip edebilmelerine bağlı olmaktadır.
2. Para: Maliyet de işletmelerin kalitesinde önemli etkiye sahiptir. Maliyeti olabildiğince düşük fakat kaliteli ürünü ya da hizmeti hızlı şekilde üretebilmek işletmelerin rekabet gücünü artırmaktadır.

3. Yönetim: Günümüzde her bölüm kendi faaliyetleri çerçevesinde kaliteden sorumlu olmaktadır. İşletmelerin departmanlar arasında düzgün iletişim ağı oluşturması ve eşgüdümü sağlaması kalitenin sürekliliği açısından oldukça önemlidir.

4. İnsan: Kalitenin sürdürülebilmesi için ilk olarak insan faktörü ile ilgilenmek gerekmektedir.

5. Motivasyon: Çalışanın motivasyonunun yükselmesi kalitede yaşanacak artış nedeniyle oldukça önem taşımaktadır.

6. Malzeme: Ürünün üretimi sırasında kullanılan malzemelerin nitelik ve nicelikleri ürünün kalitesini etkilemektedir.

7. Makine ve Teçhizat: Üretim esnasında kullanılan makinelerin teknolojiye uygun ve iyi donanıma sahip olması ürün kalitesini etkilemektedir.

8. Modern Bilgi Metodlar: Teknolojinin hızlı gelişimi bilginin sağlanması, saklanması ve ulaştırılması konularında oldukça kolaylık sağlamaktadır.

9. Üretim Parametreleri Oluşturma: Üretim sürecinde herhangi aşamanın atlanması, gerekliliğin yerine getirilmemesi çok önemli sorunların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle üretim sürecine yönelik gerekli önlemlerin alınması kaliteli ürünlerin ve hizmetlerin üretiminde son derece önemlidir. Uyguç (1988) 'a göre hizmet kalitesini etkileyen faktörler aşağıdaki gibidir;

- Müşteriyi etkileyen faktörler,
- Hizmet veren personeli etkileyen faktörler,
- Hem müşteriyi hem de hizmet veren personeli etkileyen faktörler.

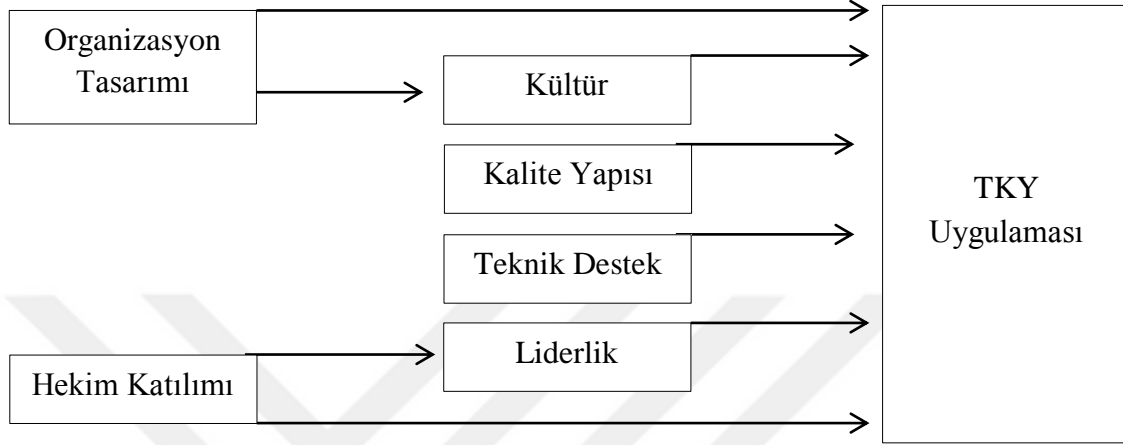
Müşteriyi etkileyen faktörler; müşterinin kişilik özellikleri, beklentileri, hizmetin algılanmasıdır. Müşteri, kalite sürecinin vazgeçilmez elemanı olarak görülmektedir. Müşterinin kişilik özellikleri, sağlık personeli ile olan iletişimi, kurum seçimi gibi pek çok konuda etkili olmaktadır. Alınan sağlık hizmetinin kalitesini yorumlama konusunda da kişilik özelliklerinin etkisi bulunmaktadır. Beklentiler esas olarak müşterinin arzularını ifade etmektedir. Beklentiden kasıt müşterinin almış olduğu sağlık hizmetinden sağlamak istediği faydadır. Kişilik özellikleri aynı zamanda beklentileri de etkilemektedir. Beklentileri de kişilik özellikleri gibi hizmet alım sürecindeki davranışları üzerinde etkili olmaktadır. Servqual ölçeğinde olduğu gibi algılanan hizmetin kalitesinin derecesi beklentilerin ne ölçüde karşılandığıyla ilişkilidir. Hizmetin algılanmasını etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır ve bu faktörler

müşteriden müşteriye farklılık göstermektedir. Hizmet veren personeli etkileyen faktörler arasında da kişilik özellikleri ve beklentiler bulunmaktadır. Müşterilerden farklı olarak personel örgütsel faktörlerden etkilenmektedir. Teknoloji, fiziki şartlar gibi doğrudan hizmetin üretimi ile ilgili faktörler hem müşteriye hem de personeli etkilemektedir.

2.4. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetimi, merkezinde çalışan ve müşteri memnuniyetinin yer aldığı çağdaş yönetim sistemidir. Kalite kontrolü denildiğinde, işletmede en üst düzey yöneticiden işçiye kadar tüm çalışanların sorumluluğunda olan ve üretimin her aşamasında yer alan faaliyetler topluluğundan bahsedilmektedir (Sarp, 2014). Kaynakların en iyi şekilde kullanımı, israfın, duraklamaların ve ara stokların olmaması esasına dayalı TKY anlayışı kıt kaynakların verimli kullanılarak sınırsız insan ihtiyaçlarının karşılanması zorunluluğunun sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Küçük, 2010). Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavramı 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmıştır. Yeni yönetim anlayışlarından olan bu kavram önce sanayide, üretim sektöründe ortaya çıkmış, ürünün kalitesinde artış sağlamış, maliyetleri düşürmüş ve bu özelliğiyle hızla diğer sektörlere yayılmıştır. Diğer yönetim anlayışlarından farklı olarak TKY, mekanik yaklaşım olmayıp, çalışanların beyin gücü, yaratıcılık ve tecrübelerinden yararlanmaya dayanmaktadır (Hayran ve Sur, 1998). TKY, temelde çok basittir. Müşterilerin kim olduğu, müşteri gereksinimlerinin ne olduğunun belirlenmesi ve ardından bunları karşılamaya yönelik çalışmaların planlanması toplam kalite yaklaşımının çekirdeğini oluşturmaktadır (Tomak, ve ark., 2014). Türkiye Kalite Ödülü kriterlerine göre TKY, müşteri memnuniyetinin, çalışan memnuniyetinin ve toplumda olumlu etkilerin sağlanabilmesi, iş sonuçlarında mükemmelliğe ulaşılabilmesi için politika ve stratejilerin, çalışanların, kaynakların ve süreçlerin uygun liderlik anlayışı ile yönetilmesi ve yönlendirilmesidir (Bolat, 2000). Çobanoğlu ve Çobanoğlu'na (1998) göre TKY, örgütün tüm üyelerinin takım çalışmasıyla, tüketici beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması yönünde gösterilen sürekli çabadır. TKY, bütünsel ve esnek yapıdadır ayrıca bilim olmayan fakat amacına ulaşmak için tüm bilim dallarını ve yöntemlerini araç olarak kullanan yönetim stratejisidir. Bu yeni felsefe, müşteri ihtiyaçlarının ve beklentilerinin hızlı, sürekli ve hatasız olarak tüm çalışanların katkılarıyla uygun maliyetle karşılanmasını amaçlamaktadır (Küçük, 2010). TKY, sunulan hizmetlerin

kalitesinin sürekli yükseltilmesini amaçlamakta ve kurum genelinde katılıma dayanmaktadır. TKY, kalite kavramına ve kaliteli hizmet sunumuna farklı yaklaşım getirmiştir. Kaliteyi sağlamak ve geliştirmek için de farklı yaklaşımlar kullanılabilir. TKY, hem kaliteyi artırabilmekte hem de maliyetleri düşürebilmektedir (Øvretveit, 2000).



Şekil 4. Hastanelerde TKY uygulamasına etki eden faktörlerin kavramsal modeli (Wardhani, 2009)

Hekim katılımının TKY uygulamasının başarılı olabilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık kuruluşlarında hekimler dominant güçtür ve organizasyon kültürü ile karar verme sürecini etkilemektedir. Hekim katılımının yanı sıra güçlü liderliğin de karar verme sürecinde etkili olduğu düşünülmektedir. Hekim katılımı sağlık kuruluşlarında benzersiz etki faktörü olarak düşünülmektedir. Wardhani ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları incelemede TKY uygulamasının tüm işlevlerinin mevcut organizasyon yapısı içerisinde açıkça ve uygun şekilde dağıtılmasının TKY için resmi yapı oluşturulmasına gerek bırakmadığını bulmuştur. Fakat kalite departmanında görevli personelin eğitimi oldukça önemlidir.

Tüm ISO standartlarının temelinde “dinamik kalite sistemi” kavramı yer almaktadır. TKY; kalite üzerinde ilham veren tutumla daha da yoğunlaşan müşteri ve çalışanların tam tatminini öngören, çalışan katılımına dayanan dinamik yönetim modelidir (Marşap, 2014). TKY, kalite denetimi gibi sonuçlara ya da kalite güvencesi gibi süreçlere odaklanmaktan ziyade kaliteyi kurumsal kültür olarak görmekte ve tüm personelin katılımını içeren süreçlerin sonucu olarak kabul etmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Toplam Kalite Yönetimi sıfır hata ilkesini temel almaktadır. TKY, yalnızca üretim sürecine odaklanmamakta satış sonrası işlemleri de kapsamaktadır.

Bireylerin satın alma gücünün giderek artması, rekabetin artması, sağlık hizmeti tüketicisinin bilinçlenmesi ile birlikte kalite bakım isteğinin de artması sağlık sektöründe TKY ihtiyacının doğmasına neden olmuştur. Toplam kalite yönetimi sıfır hata ilkesini benimsemesiyle, müşteriye odaklanmasıyla ve çalışanların katılımını gerekli kılmasıyla sağlık sektörünü ileriye taşıyabilecek yönetim felsefelerindedir.

Sağlık hizmetleri sunumunda bütçeler ve olanaklar, insan kaynakları politikası ve pazar rekabetine karşı geliştirilen kamu yararına politikalar, TKY'nin başarıya ulaşmasında etkili olan faktörlerdir (Wardhani ve ark., 2009). Bu özgün kalite mimari modelinin şaşmaz başarısı, üst düzey yöneticilerin etkin liderliğidir. TKY sistemini destekleyen “temel kültürel yapı taşları” etkin liderlik ile daha ön plana çıkmaktadır (Marşap, 2014). Bu nedenle sağlık sisteminde toplam kalite yaklaşımı; lider ve çalışanların entegrasyonu, sağlıklı iletişim gibi faktörleri iç içe barındırmaktadır.

Toplam kalite yönetimini oluşturan temel ilkeler aşağıdaki gibidir (Çetin, ve ark., 2011):

- Müşteri Odaklılık,
- Önce İnsan Anlayışı,
- Kaizen,
- Etkin Liderlik,
- Tam Katılım.

Büyük rekabet gücü ve üstünlük sağlayan TKY, ancak tüm ilkeleriyle benimsenip, uygulanırsa başarıya ulaştırabilmektedir. TKY, sürekli iyileştirmeye götüren süreç olarak ele alınmaktadır. Yukarıda belirtilen ilkelere ek olarak Şimşek (2000) aşağıda yer alan ilkeleri de TKY içerisinde ele alınmaktadır:

- Süreç üzerinde yoğunlaşma,
- Hata bulma yerine hata önleme,
- Kalite kontrolünü bütün süreçlere yayma.

Belirtilen ilkelerin yanı sıra, TKY uygulamalarını başarılı kılmak için, çeşitli kalite otoriteleri tarafından ortaya konulmuş çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları (Küçük, 2010);

- Problem çözme
- Ölçme
- Hedeflerin açık olması

- Açık misyon ifadeleri
- Stratejik kalite planı
- Proje iyileştirme prosedürü
- Kurumsal başarı
- İstatistiksel süreç kontrolü
- Sıfır hata yaklaşımıdır.

TKY kavramı, yönetim alanında 20.yy da ortaya çıkmıştır. Modern kalite anlayışı, Taylor ile başlamış o günden bugüne katkı yapan diğer bilim insanlarının görüşleriyle gelişmiştir. Bu bilim insanlarından bazıları Deming, Juran ve Ishikawa gibi isimlerdir. TKY modern sağlık kuruluşlarına yol gösteren ve öncü olan yönetim felsefelerindedir. Toplam kalite yönetimi Japonya'da iki istatistikçi tarafından geliştirilmiştir. Bu isimler Deming ve Juran'dır. TKY günümüzde de oldukça popüler konular arasında yer almaktadır.

Toplam kalite yönetimi anlayışının öncülüğünü Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum ve Ishikawa yapmıştır. (Tomak ve ark., 2014). Deming döngüsü olarak bilinen kalite kontrol faaliyetleri ile işletmelerde yüksek kalite ve sürekli iyileştirme mümkün olabilmektedir. Önceden bilinenin aksine işletmedeki kalite hatalarının çoğu çalışandan kaynaklanmamaktadır. Kalite hataları büyük oranla süreç ve sistemden kaynaklandığı düşünülmektedir (Marşap, 2014).

Sağlık sektörü toplam kalite yönetimi ve uygulamalarıyla geç tanışmıştır. Sağlık sektörünün değişime istenildiği anda ayak uyduramaması bunun temel nedeni olarak düşünülmektedir. Bu yönetim felsefesiyle likte başarı sağlayan diğer sektörler sağlık hizmetlerini de toplam kalite yönetimini uygulamaya teşvik etmiştir.

Kuruluşların TKY felsefesini uygulaması ile elde edeceği faydalar çok çeşitlidir. TKY gibi çok geniş kapsamlı ve uzun süreli çaba gerektiren sürecin işletmelere neler kazandıracığının bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Faydalardan bazıları aşağıda sıralanmıştır (Küçük, 2010).

- Kar artışı,
- Etkinlik artışı,
- Maliyetlerin azalması,
- Verimlilik artışı,
- İş yaşam kalitesinin artması,

- Çalışanların moral ve motivasyonlarının yükselmesi,
- Rekabet gücü ve pazar payı artışı,
- Kültür değişimi,
- Ürün ve hizmet kalitesinin artması,
- Müşteri tatminidir.

Sağlık sistemi ve hizmeti tüm yönleriyle incelendiğinde, endüstri alanında ortaya çıkmış olan TKY felsefesinin sağlık hizmetlerinde kullanımının çok uygun olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti, insan sağlığıyla doğrudan ilişkili olduğu için, tüm sağlık çalışanlarının ve kullanılması gereken tüm donanımların belirli kalitede olması gerekmektedir (Tomak, ve ark., 2014). TKY'nin son yıllarda sağlıkta önemi artarken, bu doğrultuda sağlık sektöründe hizmetin bütün olarak iyileştirilmesi temel amaçtır. TKY, kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikayetleri en aza indiren çağdaş yönetim stratejisidir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Marşap, 2014). Sağlıkta TKY'nin başarıya ulaşabilmesi için gerekli olan faktörler aşağıdaki gibidir (Zorlutuna, 1997):

- İleri görüşlü liderlik anlayışı,
- Müşteri odaklı kurumsal kültür,
- Çalışanların tam katılımı,
- Hekimlerin kalite çalışmalarına aktif katılımları,
- Sürekli iyileştirme yaklaşımı,
- Sistem ile bütünleşmedir.

TKY uygulamasına geçilebilmesi için tüm çalışanlar sorumlu tutulmalıdır. TKY'nin başarıya ulaşabilmesi için çalışanların katılımı şarttır. Toplam kalite yönetimi daima daha iyiyi hedefleyen düşünce tarzının benimsenmesini gerekli kılmaktadır. TKY'nin mevcut sisteme entegre edilmesi ve kurumun bu felsefeyi benimsemesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe hem etkili olma hem de verimliliği artırma konusunda TKY felsefesi umut vermektedir. Toplam kalite yönetimi felsefesi giderek artan rekabet ortamında diğer kurumlarla baş edebilmek için de yol gösteren rehber niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite ve TKY konusuna duyulan ilgi giderek artmaktadır.

Hizmet sunucuları da tüm bu bahsedilen nedenlerden ötürü hem kalite hem de maliyet sorunlarını ele alma çabalarında, rehberi sağlık bakım sektörü dışında aramışlardır. En sık ve görünür şekilde benimsenen yaklaşım ise TKY'dir (Kaya, 2005). Yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, TKY anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde modern kalite iyileştirmeyi başlatan ilk çaba, Boston'da 1987 yılında başlayıp sekiz ay yürütülen "Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Ulusal Demonstrasyon Projesi" dir. 21 sağlık bakım örgütü ve endüstriyel kalite yönetimi uzmanları projede yer almıştır. Bu proje endüstrilerde uygulanan ve başarılı olan kalite iyileştirme tekniklerinin sağlık kuruluşlarında da uygulanabileceğini göstermektedir. Gerçekleştirilen bu proje ile daha sonra gerçekleştirilecek kalite iyileştirme çalışmaları için on önemli ders çıkarılmıştır (Kaya, 2005):

- Kalite iyileştirme araçları, sağlık hizmetlerinde çalışılabilir.
- Sağlık bakım süreçlerini iyileştirmede çapraz fonksiyonlu ekipler değerlidir.
- Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme için faydalı pek çok veri bulunmaktadır.
- Kalite iyileştirme yöntemlerini kullanmak eğlencelidir.
- Kötü kalitenin maliyeti yüksektir ve tasarrufları yapılabilir.
- Hekimleri sisteme katmak zordur.
- Eğitim ihtiyacı erken ortaya çıkmaktadır.
- Klinik olmayan süreçler erken ilgi çekmektedir.
- Sağlık bakım örgütleri kalitenin daha geniş tanımına gerek gösterebilir.

Endüstride olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de kalite iyileştirmenin yazgısı, her şeyden önce liderlerin elindedir. Sağlık kurumlarının amacı, kaliteli sağlık hizmetini mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. TKY anlayışı da, tüm bu beklentileri karşılamak ve sağlık kurumlarının amaçlarına ulaşması konusunda yardımcı olmaktadır. Sürekli kalite iyileştirme hem bireyden hem de örgütten çok fazla şey beklemektedir. Toplam kalite, hastaların ihtiyaçlarını anlamayı ve ihtiyaçları uygun şekilde karşılamayı gerektirmektedir. Deming'e göre, performansın, problemlerin ya da iyileştirme

fırsatlarının %85-94'ü sistemlerle ve süreçlerle ilgilidir, sadece %6-15'i doğrudan çalışanlara atfedilebilmektedir (Deming, 2000).

2.5. Sağlık Kurumlarında Akreditasyon

Sanayi devrimi ile birlikte üretici firma sayıları artmış ve bu firmalar arasında rekabet ortamı giderek artmaktadır. Üreticiler satışlardan daha büyük pay almak amacıyla ürünlerine yeni özellikler ekleyerek onları satma çabasına girmişlerdir. Müşteri kavramı ve müşteri memnuniyetini sağlama olgusu da giderek güçlenmiştir.

Ürün kalitesini kurum dışı kuruluşa onaylatmak ihtiyacı, üretim ve hizmet kalitesini artırmak için geliştirilen kalite standartları uygulamaları sonucunda ortaya çıkmış ve sonrasında akreditasyon kurumları oluşmuştur. Akreditasyon kelime anlamı olarak kullanıldığı yerlere göre değişik anlamlar içermektedir (Çoruh, 2000). Akreditasyonun çeşitli tanımlamaları vardır fakat yaygın tanımlama akredite sağlık kurumunun yayınlanan standartlara göre bağımsız bir kuruluş tarafından akrediteye uygun olması durumunun değerlendirilmesi ve yeterince uyumlu olduğunun tespit edilmesi şeklindedir (Shaw, 2015). Akreditasyon, sağlık kuruluşundan bağımsız kamu harici kuruluşun, sağlık kuruluşunu, bakım güvenliği ve kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış standartları karşılayıp karşılamadığı hususunda değerlendirdiği sürece verilen isimdir. Akreditasyon genel olarak gönüllü gerçekleştirilmektedir ve dış denetim süreci olarak ifade edilmektedir (JCI, 2011). Akreditasyon kalite alt yapısı olarak da görülmektedir (Sarp, 2014). Akreditasyon, kanıta dayalı standartlara, verilen hizmetin uygunluğunu denetlemektir (Marşap, 2014). Değerlendirme sürecinin tarafsız dış denetçi tarafından gerçekleştirilmesi özellikle önem arz etmektedir. Akreditasyon, sağlık kuruluşu için önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygulununun bağımsız tüzel kişilik tarafından değerlendirilmesi ve onaylanması sürecini kapsamaktadır. Akreditasyon uygulamalarında belge verme işlemi gerçekleştirilmektedir. Belge; yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgili mevzuat çerçevesinde yetkilendirilen özel ve kamu laboratuvarları, muayene ve belgelendirme kuruluşları tarafından düzenlenen ve teknik düzenlemelere uygunluğu gösteren evraktır (Çetin ve ark., 2001). Akredite kurum, akreditasyon sürecinden geçtiğini belgeleyerek, etiket ve logoları kullanarak pazarlama avantajı da elde edebilmektedir. Akreditasyon, amacı hizmet sektöründe standartların geliştirilmesi, profesyonelliğin sağlanması ve dolayısıyla kalitenin iyileştirilmesi olan süreçtir ve sürekliliğin parçasıdır (Marchoo ve

ark., 2014). Sağlık, önemi toplumun her alanına yayılmış temel ve ilgi duyulan konulardandır (Lupo, 2016). Sağlık işletmesi gelişim odaklı, nitelikli ve uyumlu sistem gerektirmektedir. Hastanelerde ve sağlık kurumlarında da sürekli gelişen yapı mevcuttur. Sağlık sektöründe bu gelişimi sürdürebilecek tek araç kalite ve akreditasyondur. Akreditasyon olaydan ziyade süreç olarak görülmektedir (Marşap, 2014). Uygunluk değerlendirme kuruluşlarının akreditasyonunda, yeterlilik kriterlerini belirleyen uluslararası standartlar mevcuttur ve ilgili uygunluk değerlendirme kuruluşları için, işlemler dünya genelinde kabul gören, gereklilikler esas alınarak gerçekleştirilmektedir. Akredite olan ürün veya hizmet güvenilir anlamına gelmektedir (Sarp, 2014). Akreditasyon kurumun kaliteli olduğunun, işini iyi yaptığının kamuoyuna duyurulması açısından da etkili olmaktadır. Akreditasyon uluslararası kabul gören bir değerlendirme sistemidir. Akreditasyonun sadece kuruma değil, çalışanlar açısından da yararları bulunmaktadır. İyi hizmet veren kuruluşlar resmi olarak tanınmaktadır bu da personelin çalıştığı kurumla gurur duymasını sağlamaktadır. Akreditasyon aynı zamanda personel katılımını desteklemektedir. Akreditasyon gönüllü süreç olmakla birlikte bu süreç çok kısa değildir ve özveriyle yapılan çalışmalar sonucunda tamamlanmaktadır. Akreditasyon sürecinde; sağlık kurumunun kalitesi konusunda yargıya varmada kullanılan standartlar kümesi, kendi değerlendirmelerini içeren öz değerlendirme, eğitim almış uzmanların oluşturduğu ekip, ulusal standartların varlığı temel unsurlardandır.

Tüm dünyada akreditasyona artan ilgi söz konusudur. Bu ilginin altında yatan nedenler çeşitli olabilmektedir. Akreditasyon sürecinde sistemdeki basit hataların gerçekleşmeden önce önleminin alınıp düzeltilmesi temel hedefler arasında yer almaktadır. Akredite kurumlardan hasta güvenliğinin ön planda tutulması ve sürekli gelişimi destekleyen felsefe benimsemesi beklenmektedir. Günümüzde sağlık işletmeleri verdikleri hizmetlerin kalitesine göre değerlendirilmektedir. Bu da diğer sağlık paydaşlarının algılarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle işletmelerin kalite anlayışına uygun kurum kültürü oluşturmaları ve akreditasyon standartlarını karşılamaları beklenmektedir.

Sağlık kurumları sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalamak, rakiplerine karşı üstünlük sağlamak ve sağlık alanında risklerden korunmak amacıyla kurumlarında kalite standartlarını yakalamak istemektedirler. Sağlık kurumunda üretilen hizmetin

kalitesinin her geçen gün iyileştiği geliştiği ve dünya standartlarına ulaştığı düşünölmektedir. Kurum akreditasyon sertifikası olarak kalitesini belgelendirmiş olmakta ve hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutulmasına önem verdiğini belgelemekte, hasta bakım düzeyinin üstünlüğünü ispatlamış olmaktadır. Ayrıca akreditasyon, kurum performansını ve hizmet kalitesini artırmaktadır (Demirel Etöz, 2008).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) sağlık bilimi ve teknolojisi alanında gelişim sağlamak amacı ile 2015 yılında İstanbul'da kurulmuştur. Kurumun ana amacı araştırma ve geliştirme faaliyetlerine katkı sağlamak ve inovasyonun teşvik edilmesidir. Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu TÜSEB tarafından yürütölmektedir. TÜSEB, sağlık bilim ve teknolojileri temel olmak üzere sağlığın geliştirilebilmesi ile ilgili olarak kurs, etkinlikler ve sertifika programları düzenlemektedir (<http://www.tuseb.gov.tr>). Sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetleri, TÜSEB bünyesinde, 2015 yılında kurulan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından yürütölmektedir. TÜSKA, sağlık hizmetleri kalitesini sürekli iyileştirme ve uluslararası düzeyde sağlık hizmeti sağlama amacına yönelik olarak kalite ve akreditasyon çalışmaları yapmaktadır (<http://www.tuseb.gov.tr>).

ISQua akreditasyon kurumlarını akredite etmektedir. Akredite olmak isteyen her kuruluş, önce standartlar açısından hassas biçimde akredite edilmektedir. Sonraki aşama ise, kurumun standartlar açısından uyumlu biçimde çalıştığının kanıtlanmasıdır. Standartlar ilk olarak değerlendirilen akreditasyon alanıdır. Standartlar da sürekli olarak gözden geçirilmektedir (Marşap, 2014).

Akreditasyon; hasta güvenliği, kalite ve sürekli gelişim kavramlarının kurum kültürü haline gelmesine yardımcı olmuştur. Akreditasyon standartları incelendiğinde, standartların yüzde 50'den fazlasını hasta haklarının ve güvenliğinin oluşturduğu görölmüştür.

Akreditasyon kavramının müşterilerin satın alma kararlarını etkilediğini ve akredite kurumlar lehine sonucun ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Bu bağlamda, akreditasyon, tüketiciyi belirli seviyede yeterliliğe ve kaliteye sahip olduğu konusunda bilgilendirmekte ve satın alma kararında hasta açısından riski azaltmaktadır. Akredite kurumların rekabet üstünlüğu olduğu söylenebilir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; Sağlık kurumuna başvuran erişkin hastaların kurumun sunduğu sağlık hizmet kalitesine ilişkin beklentilerinin ve algılarının ölçülmesidir.

i. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini “Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ile algılamaları arasında fark var mıdır?” sorusu oluşturmaktadır.

ii. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmanın teorik bölümünde incelenen konulardan yola çıkılarak aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

A- Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri;

- a- Cinsiyetine,
- b- Yaşına,
- c- Medeni durumuna,
- d- Eğitim durumuna,
- e- Mesleğine,
- f- Aylık gelirinine,
- g- İkametgah yerine,
- h- Hizmet aldığı birime göre (dahili-cerrahi) anlamlı farklılık göstermektedir.

B- Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki algılamaları;

- a- Cinsiyetine,
- b- Yaşına,
- c- Medeni durumuna,
- d- Eğitim durumuna,
- e- Mesleğine,
- f- Aylık gelirinine,

g- İkametgah yerine,
h- Hizmet aldığı birime göre (dahili-cerrahi) anlamlı farklılık göstermektedir.

C-Sağlık kurumuna başvuran hastaların bekledikleri ile algıladıkları sağlık hizmeti kalitesi alt boyutları incelendiğinde;

- a-** Fiziksel özellikler,
- b-** Güvenilirlik,
- c-** Heveslilik,
- d-** Güven,
- e-** Empati alt boyutunda fark bulunmaktadır.

D- Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmetini kaliteli bulma durumları ile hastaneyi tekrar tercih etme durumları arasında ilişki vardır.

E-Sağlık kurumuna başvuran hastaların beklentileri, sağlık hizmet kalitesi;

- a-** Fiziksel özellikler alt boyutu ile güvenilirlik, heveslilik, güven, empati alt boyutları arasında ilişki vardır.
- b-** Güvenilirlik alt boyutu ile heveslilik, güven, empati alt boyutları arasında ilişki vardır.
- c-** Heveslilik alt boyutu ile güven, empati alt boyutları arasında ilişki vardır.
- d-** Güven alt boyutu ile empati alt boyutları arasında ilişki vardır.

F-Sağlık kurumuna başvuran hastaların algılamaları, sağlık hizmet kalitesi;

- a-** Fiziksel özellikler alt boyutu ile güvenilirlik, heveslilik, güven, empati alt boyutları arasında ilişki vardır.
- b-** Güvenilirlik alt boyutu ile heveslilik, güven, empati alt boyutları arasında ilişki vardır.
- c-** Heveslilik alt boyutu ile güven, empati alt boyutları arasında ilişki vardır.
- d-** Güven alt boyutu ile empati alt boyutları arasında ilişki vardır.

3.1.2. Varsayımlar

Veri toplama aracı ile doğru bilgiler sağlanacağı ve hastane yönetiminin elde edilen bilgiler aracılığıyla iyileştirme çalışmalarını destekleyeceği varsayılmıştır.

Araştırma kapsamında araştırmacının çalışmayı yaparken incelediği

literatürden sağlanan bilgilerinin doğru olduğu ve araştırma kapsamındaki hastaların, anket sorularına vermiş oldukları yanıtların doğru olduğu ve gerçek görüşlerini yansıttığı varsayılmıştır.

3.1.3.Sınırlılıklar

Araştırma sadece Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine başvuran hastalara uygulandığı için, araştırma ile elde edilen sonuçların diğer hastaneler ve hastalar için genellenmesi mümkün değildir.

3.2. Metot

3.2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü'nden 10.02.2017 tarihinde Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni alınmıştır (Ek1). Ayrıca, anketlerin dağıtılarak verilerin toplanması için Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü kanalıyla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden 16.03.2017 tarihinde izin alınmıştır (Ek2).

Çalışma, Nisan 2017- Ağustos 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Samsun ilinde bulunan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran erişkin hastalar oluşturmaktadır (n=6.792). Çalışmanın örneklem hesaplaması yapılmış, gerekli örneklem büyüklüğü 552 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini evrenden rastgele seçilen, ankete gönüllü olarak katılan 565 hasta oluşturmaktadır.

3.2.2. Veri Toplama Aracı

Çalışmada verilerin elde edilmesi için anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran erişkin hastalara yönelik olarak, 15.04.2017-15.08.2017 tarihleri arasında araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır.

Araştırmada uygulanan anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, demografik bilgilerle ilgili soruların bulunduğu bölümdür. İkinci bölüm, sağlık kurumunda yatan yetişkin hastaların kurumun kalitesine ilişkin beklentilerini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Üçüncü bölüm, sağlık kurumunda yatan yetişkin hastaların kurumun kalitesine ilişkin algılarını ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Dördüncü bölüm hastanın aldığı hizmeti genel olarak değerlendirmesini amaçlamaktadır. Çalışmanın anketi

oluşturulurken Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin 1985 yılında geliştirdikleri Servqual ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçekte fiziksel özellikler, güvenilirlik, güven, heveslilik ve empati olmak üzere beş alt boyut bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 1-4. sorular fiziksel özellikler alt boyutuna, 5-9. sorular güvenilirlik alt boyutuna, 10-13. sorular heveslilik alt boyutuna, 14-17. sorular güven alt boyutuna ve 18-22. sorular empati alt boyutuna yöneliktir. Fiziksel özellikler alt boyutu, fiziksel olanaklar, hizmeti sağlamada kullanılan araç ya da malzemeler, çalışanların görünümü, hizmetin fiziksel ifadesi ve hizmet ortamındaki diğer müşterileri ifade etmektedir. Güvenilirlik alt boyutu söz verilen hizmetleri güvenli, doğru ve eksiksiz şekilde sunabilmeyi içermektedir. Heveslilik alt boyutu müşterilere yardımcı olma ve hızlı hizmet sağlama konusunda istekli olunmasıdır. Güven alt boyutu bilgi birikimi, güven ve güvenlik duygusu yaratma becerilerini kapsamaktadır. Empati alt boyutu kurumun müşterilerine olan ilgisi, bireysel olarak gösterdiği özeni ifade etmektedir (Şen, 2010). Bu ölçek ayrıca Şen'in 2010 yılında Hastane işletmelerinde ISO 9001 kalite yönetim sistemi uygulamalarının ve iç müşteri algılarının servqual ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi isimli çalışmasında da kullanılmıştır.

3.2.3. Geçerlilik ve Güvenirlik

Çalışmanın geçerliliği ve güvenirliliği yapılmıştır. Anket, literatür taraması yapılarak ve uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Anketin ön çalışması 50 kişiye uygulanmış, ön çalışma sonucunda, anket üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Çalışmanın güvenirliliğinin ölçülmesinde Cronbach's Alpha katsayısı kullanılmıştır. Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının ölçüsüdür. Diğer ifadeyle, alfa katsayısı ile ölçekte yer alan k tane sorunun türdeş yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması konusunda bilgi edinilmesini ifade etmektedir. İlgili ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa "bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı" yorumu yapılmaktadır. Sonuç olarak alfa katsayısı yüksek ise, yanıtlayıcıların maddelere verdikleri yanıtlar birbirleri ile o derecede tutarlı olmaktadır (Alpar, 2014).

Tablo 2. Alfa katsayısı (Alpar, 2014)

Alfa Katsayısı	Açıklama
0,80-1,00	Uygulanan test/ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir.
0,60-0,79	Uygulanan test/ölçek oldukça güveniliridir.
0,40-0,59	Uygulanan testin/ölçeğin güvenilirliği düşüktür.
0,00-0,39	Uygulanan test/ölçek güvenilir değildir.

Tablo 3. Servqual ölçeği cronbach's alpha değerleri

Alt Boyutlar	Madde sayısı	Hastaların Beklentileri*	Hastaların Algılamaları*
Genel	22	0,959	0,949
Fiziksel özellikler	4	0,843	0,810
Güvenilirlik	5	0,938	0,891
Heveslilik	4	0,870	0,869
Güven	4	0,911	0,917
Empati	5	0,888	0,925

*Cronbach's Alpha

Toplam 22 maddenin yer aldığı beklenti ve algı ölçeğine ait güvenilirlik analizi sonucunda beklenti ölçeği için alfa değeri 0,959 ve algı ölçeği için 0,949 bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin oldukça güvenilir olduğunun göstergesidir. Benzer şekilde fiziksel özellikler alt boyutunda 4 madde yer almaktadır ve beklenti için alfa değeri 0,843 iken, algı için alfa değeri 0,810'dur. Güvenilirlik alt boyutunda toplamda 5 madde yer almaktadır ve beklenti için alfa değeri 0,938 iken algı için alfa değeri 0,891'dir. Heveslilik alt boyutunda toplamda 4 madde yer almaktadır ve beklenti için alfa değeri 0,870 iken algı için alfa değeri 0,869 dur. Güven alt boyutunda toplamda 4 madde yer almaktadır ve beklenti için alfa değeri 0,911 ve algı için 0,917'dir. Empati alt boyutunda 5 madde yer almaktadır ve beklenti ölçeğinde alfa değeri 0,888 ve algı ölçeğinde 0,925'dir. Kullanılan ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmaktadır.

3.2.4. Verilerin Analizi

Anket ile elde edilen veriler IBM SPSS V23 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Veriler normal dağılmadığından bulguların yorumlanmasında ortanca değer esas alınmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır. Hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyonu ile incelenmiştir. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach's Alpha değerleri elde edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Kikare testi kullanılmıştır. Nicel veriler, ortanca (min-mak) şeklinde sunulurken nitel veriler frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$

olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık incelenirken harflendirme (a, b, c) yapılmıştır. Her bir alt boyut için aynı harfe sahip gruplar arasında ortanca değerler farklılık göstermemektir. İlişkiler -1 ile +1 arasında aldıkları değerlere göre güçlü, orta ve zayıf düzey ilişkiler olarak tanımlanmıştır. İlişki değerinin 0 bulunması değişkenler arasında ilişki olmadığını ifade etmektedir. Servqual değerleri -5 ile +5 arasında değişmektedir. Değerin -5'e yaklaşması beklentinin algıdan yüksek olduğu, +5 yaklaşması algının beklentiden yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Servqual skorunun 0 bulunması beklentiler ile algılamalar arasında fark olmadığı anlamına gelmektedir.



4.BULGULAR

Çalışmanın bulguları aşağıda kapsamlı olarak verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Aşağıda çalışmanın tanımlayıcı bulguları verilmiştir.

Tablo 4. Demografik bilgilere ilişkin tanımlayıcı bulgular

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	355	62,8
Erkek	210	37,2
Yaş		
18-29	126	22,3
30-39	136	24,1
40-49	118	20,9
50 ve üzeri	185	32,7
Gelir durumu		
Geliri Yok	292	51,7
500-1500 TL	78	13,8
1501-2000 TL	79	14,0
2001 TL ve üzeri	116	20,5
Medeni durum		
Bekar	133	23,5
Evli	432	76,5
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	35	6,2
İlkokul	195	34,5
Ortaokul	68	12,0
Lise	120	21,2
Ön Lisans	35	6,2
Lisans	104	18,4
Lisansüstü	8	1,4
Meslek		
İşçi	24	4,2
Memur	70	12,4
Esnaf	34	6,0
Emekli	57	10,1
Çiftçi	16	2,8
Özel Sektör	69	12,2
Öğrenci	38	6,7
Çalışmıyor	257	45,5
İkametgah Yeri		
Şehir Merkezi	172	30,4
İlçe	232	41,1
Köy	63	11,2
Şehir Dışı	98	17,3
Sağlık Güvencesi		
SGK	563	99,6
Özel Sağlık Sigortası	2	,4
Branşlar		
Dahili	182	32,2
Cerrahi	383	67,8
Sağlık Hizmetini Kaliteli Bulma Durumu		
Evet	496	87,8
Hayır	69	12,2

Katılımcıların %62,8'i (n=355) kadın, %37,2'si (n=210) erkek, %23,5'i (n=133) bekar, %76,5'i (n=432) evli, %22,3'ü (n=126) 30 yaş ve altı, %24,1'i (n=136) 30-39 yaş aralığında, %20,9'u (n=118) 40-49 yaş aralığında ve % 32,7'si (n=185) 50 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %51,7'sinin (n=292) geliri yoktur, %13,8'inin (n=78), 500-1500 TL arasında geliri, %14,0'mın (n=79) 1501-2000 TL arasında geliri, %20,5'inin (n=116) 2001 TL ve üzerinde geliri vardır. Çalışmaya katılan hastaların %6,2'si (n=35) okuryazar değilken %6,2'si (n=35) önlisans %18,4'ü (n=104) lisans ve %1,4 (n=8) lisansüstü mezundur. Katılımcıların %4,2'si (n=24) işçi, %12,4'ü (n=70) memur, %6'sı (n=34) esnaf, %10,1'i (n=57) emekli, %2,8'i (n=16) çiftçi, %12,2'si (n=69) özel sektör çalışanı, %6,7'si (n=38) öğrenci ve %45,5'i (n=257) çalışmayan bireylerden oluşmaktadır. Sağlık kurumuna başvuran hastaların %30,4'ü (n=172) şehir merkezinden, %41,1'i (n=232) ilçeden, %11,2'si (n=63) köyden ve %17,3'ü (n=98) şehir dışından gelmektedir. Hastaların %0,4'ünün (n=2) özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Kuruma başvuran hastaların %32,2'si (n=182) dahili branşlardan, %67,8'i (n=383) cerrahi branşlardan hizmet almıştır. Kuruma başvuran hastaların %87,8'i (n=496) kurumda verilen sağlık hizmetini kaliteli bulmakta %12,2'si (n=69) kaliteli bulmamaktadır.

Tablo 5. Sağlık kurumuna başvuran hastaların kurumu tercih etme nedenleri

Bu hastaneyi neden tercih ettiniz?	n	%
Hekimler nedeniyle tercih ettim.	96	17,0
Hizmet iyi olduğu için tercih ettim.	146	25,8
Yakın olduğu için tercih ettim.	89	15,8
Sevk edildiğim için tercih ettim.	132	23,4
İl içerisindeki en donanımlı hastane olduğu için tercih ettim.	102	18,1
Toplam	565	100,0

Katılımcıların %17'si (n=96) kurumu hekimler nedeniyle, %25,8'i (n=146) hizmetin iyi olması nedeniyle, %15,8'i (n=89) yakın olması nedeniyle, %23,4'ü (n=132) sevk edildiği için ve %18,1'i (n=102) kurumun il içerisindeki en donanımlı hastane olduğunu düşündüğü için bu hastaneyi tercih ettiğini belirtmiştir.

Tablo 6. Sağlık kurumuna başvuran hastaların kuruma geliş sayıları

Hastaneye geliş sayıları	n	%
1	175	31,0
2-4	220	38,9
5 ve üzeri	170	30,1
Toplam	565	100,0

Katılımcıların %31'i (n=175) hastaneye ilk defa, %38,9'u (n=220) 2-4 kere, %30,1'i (n=170) 5 kereden fazla gelmiştir.

Tablo 7. Hastaların genel servqual skorları

	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati	Genel	n
Ortalama	-1,00	-0,59	-0,53	-0,53	-0,45	-0,62	565
S. Sapma	1,17	1,02	1,03	1,02	1,06	0,88	565
Ortanca	-1,00	-0,40	-0,50	-0,25	-0,20	-0,60	565
Minimum	-4,00	-4,00	-4,00	-4,00	-4,00	-3,78	565
Maksimum	3,00	2,80	3,50	3,00	4,00	2,23	565

Fiziksel özellikler alt boyutunda Genel servqual skoru -1,00, güvenilirlik alt boyutunda -0,40, heveslilik alt boyutunda -0,50, Güven alt boyutunda -0,25 ve empati alt boyutunda -0,20 bulunmuştur. Genel servqual skoru -0,60'dır.

Tablo 8. Hastaların beklenti servqual skorları

	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati	Genel Beklenti	n
Ortalama	4,5420	4,7090	4,6801	4,7181	4,5504	4,6399	565
S. Sapma	0,65682	0,53462	0,55322	0,52979	0,66808	0,50984	565
Ortanca	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000	4,8200	565
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	565
Maksimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	565

Çalışmaya katılan 565 hastanın toplam beklenti skorları bulunmuştur. Fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutlarında beklenti servqual skoru 5,00 bulunmuştur. Genel beklenti servqual skoru 4,82'dir.

Tablo 9. Hastaların algı servqual skorları

	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati	Genel Algı	n
Ortalama	3,5420	4,1154	4,1500	4,1885	4,1041	4,0200	565
S. Sapma	0,99495	0,88654	0,87225	0,91486	0,93547	0,75246	565
Ortanca	3,7500	4,2000	4,2500	4,5000	4,2000	4,1000	565
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,22	565
Maksimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	565

Çalışmaya katılan 565 hastanın toplam algı skorları elde edilmiştir. Fiziksel özellikler alt boyutunda algı servqual skoru 3,75, güvenilirlik alt boyutunda 4,20, heveslilik alt boyutunda 4,25, güven alt boyutunda 4,50 ve empati alt boyutunda 4,20 bulunmuştur. Genel algı servqual skoru 4,10'dur.

Tablo 10. Hastanelerin hizmetleri ile ilgili ifadelerin skorları

İfadeler	Ortalama	S.Sapma	Ortanca	Min.	Mak.
1) Hastanenin söz verdiği hizmet konusunda problem yaşanmaması (Örneğin: hizmetin zamanında, kusursuz ve güvenli şekilde sunulması gibi)	20,5	7,1	20	5	60
2) Hastanenin hastalarına yardım etme istekliliği ve problemlerin hastayı tatmin edecek şekilde çözülmesi	19,5	5,6	20	1	40
3) Hastanenin genel olarak değerlendirilmesi (Örneğin: araç-gereç, personelin görünüşü gibi)	19,5	8,0	20	2	80
4) Hastanenin hastalarına olan ilgisi	19,9	6,6	20	2	70
5) Personelin bilgi seviyesi ve güven aşılama kabiliyeti	20,7	7,0	20	5	80

Personelin bilgi seviyesi ve güven aşılama kabiliyeti 20,7 ortalama ile ilk sırada yer almaktadır. Personelin bilgi seviyesi ve güven aşılama kabiliyeti minimum 5 puan alırken en fazla 80 puan almıştır. Hastanenin hastalarına yardım etme istekliliği ve hastanenin genel olarak değerlendirilmesi 19,5 ortalama ile en son sırada yer almaktadır. Hastanenin hastalarına yardım etme istekliliği minimum 1 puan alırken maksimum 40 puan almıştır. Hastanenin genel olarak değerlendirilmesi minimum 2 puan alırken maksimum 80 puan almıştır.

4.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Aşağıda çalışmanın hipotezlerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 11. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının cinsiyete göre servqual değerleri

Alt Boyutlar		Kadın	Erkek	Test istatistiği MWU	p*
		Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)		
Fiziksel Özellikler	Beklenti	5 (1,8 - 5)	5 (1 - 5)	36154,0	0,520
	Algılama	3,5 (1 - 5)	4 (1 - 5)	30055,0	<0,001
	Servqual	-1 (-4 - 3)	-0,8 (-4 - 2)	30944,0	0,001
Güvenilirlik	Beklenti	5 (2 - 5)	5 (1 - 5)	37079,0	0,904
	Algılama	4,2 (1,4 - 5)	4,2 (1 - 5)	35460,5	0,326
	Servqual	-0,4 (-3,6 - 2,8)	-0,6 (-4 - 2)	36629,0	0,729
Heveslilik	Beklenti	5 (1,8 - 5)	5 (1 - 5)	35749,0	0,361
	Algılama	4,5 (1 - 5)	4,3 (1,5 - 5)	33072,0	0,022
	Servqual	-0,3 (-4 - 3,3)	-0,5 (-3,5 - 3,5)	34507,5	0,136
Güven	Beklenti	5 (2 - 5)	5 (1 - 5)	36949,5	0,839
	Algılama	4,5 (1 - 5)	4,3 (1 - 5)	33459,0	0,036
	Servqual	-0,3 (-4 - 2)	-0,5 (-4 - 3)	34210,5	0,097
Empati	Beklenti	5 (2 - 5)	4,8 (1 - 5)	34392,5	0,093
	Algılama	4,6 (1 - 5)	4 (1 - 5)	31501,5	0,002
	Servqual	0 (-4 - 2,4)	-0,4 (-4 - 4)	33991,5	0,077
Eşit Ağırlıklı Servqual		-0,6 (-3,8 - 2,2)	-0,6 (-3,3 - 2,2)	36719,0	0,767
n		355	210		

*Mann Whitney U *p<0,005

Algılanan fiziksel özellikler ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Kadınlarda algılanan fiziksel özellik ortanca değeri 3,5, erkeklerde 4 bulunmuştur. Fiziksel özellikler servqual puanları cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Kadınlarda fiziksel özellikler ortanca değeri -1, erkeklerde -0,8 bulunmuştur. Algılanan heveslilik boyutunda da ortanca değerler cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p=0,022). Kadınlarda ortanca değer 4,5, erkeklerde 4,3 bulunmuştur. Algılanan güven boyutunda ortanca değerler cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p=0,036). Kadınlarda ortanca değer 4,5, erkeklerde 4,3 bulunmuştur. Algılanan empati ortanca değeri kadınlarda 4,6, erkeklerde 4 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,002). Cinsiyete göre fiziksel özellikler beklenti, güvenilirlik boyutunun beklenti, algı ve servqual, heveslilik boyutunun beklenti ve servqual, güven boyutunun beklenti ve servqual, empati boyutunun beklenti servqual ve eşit ağırlıklı servqual ortanca değerleri farklılık göstermemektedir.

Tablo 12. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının yaşa göre servqual değerleri

Alt Boyutlar		18-29	30-39	40-49	50 ve üzeri	Test İstatistiği	*p
		Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)		
Fiziksel Özellikler	Beklenti	4,5 (1,8 - 5)a	5 (2,5 - 5)ab	5 (1,8 - 5)b	5 (1 - 5)ab	$\chi^2=10,6$	0,014
	Algılama	3,5 (1 - 5)a	3,5 (1 - 5)a	3,8 (1,5 - 5)a	4 (1 - 5)b	$\chi^2=22,7$	<0,001
	Servqual	-1 (-4 - 3)a	-1 (-4 - 1,8)a	-1 (-3,5 - 1,8)a	-0,8 (-4 - 2,5)b	$\chi^2=15,1$	0,002
Güvenilirlik	Beklenti	5 (1,4 - 5)a	5 (3,8 - 5)ab	5 (1,6 - 5)b	5 (1 - 5)ab	$\chi^2=12,8$	0,005
	Algılama	4 (1,4 - 5)a	4,2 (1,4 - 5)ab	4,2 (2 - 5)ab	4,4 (1 - 5)b	$\chi^2=9,2$	0,027
	Servqual	-0,8 (-3,6 - 1)	-0,4 (-3,6 - 1,2)	-0,6 (-3 - 2)	-0,2 (-4 - 2,8)	$\chi^2=6,1$	0,109
Heveslilik	Beklenti	4,8 (1,8 - 5)a	5 (3,8 - 5)b	5 (2 - 5)b	5 (1 - 5)b	$\chi^2=28,0$	<0,001
	Algılama	4 (1,8 - 5)a	4,4 (1,3 - 5)ab	4,1 (1 - 5)ab	4,5 (1,5 - 5)b	$\chi^2=9,4$	0,025
	Servqual	-0,5 (-3 - 1,3)	-0,3 (-3,8 - 1)	-0,5 (-4 - 2)	-0,3 (-3,5 - 3,5)	$\chi^2=4,4$	0,221
Güven	Beklenti	4,8 (1,5 - 5)a	5 (3,8 - 5)b	5 (2 - 5)b	5 (1 - 5)b	$\chi^2=26,3$	<0,001
	Algılama	4 (1 - 5)a	4,5 (1 - 5)ab	4,3 (1,8 - 5)ab	4,8 (1,3 - 5)b	$\chi^2=16,4$	0,001
	Servqual	-0,5 (-4 - 1)ab	-0,3 (-4 - 1)a	-0,5 (-3,3 - 2)a	0 (-3,3 - 3)b	$\chi^2=12,9$	0,005
Empati	Beklenti	4,4 (2,2 - 5)a	5 (2,2 - 5)b	5 (2 - 5)b	5 (1 - 5)b	$\chi^2=26,3$	<0,001
	Algılama	3,9 (1 - 5)a	4,2 (1 - 5)ab	4 (1 - 5)a	4,8 (1,6 - 5)b	$\chi^2=24,1$	<0,001
	Servqual	-0,4 (-4 - 1,6)ab	-0,2 (-4 - 2,2)ab	-0,4 (-4 - 2)a	0 (-3,2 - 4)b	$\chi^2=11,2$	0,011
Eşit Ağırlıklı Servqual		-0,6 (-3,3 - 1)ab	-0,7 (-3,8 - 1)a	-0,7 (-2,9 - 1,9)a	-0,4 (-3 - 2,2)b	$\chi^2=14,7$	0,002
n		126	136	118	185		

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, a-b:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. *p<0,005

Beklenti fiziksel özellikler ortanca değeri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,014). 18-29 yaş aralığında olanların ortanca değeri, 40-49 yaşında olanların ortanca değerinden daha düşüktür. Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Algılanan fiziksel özellikler ortanca değeri, 50 yaş ve üzeri olanlarda diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur (p<0,001). Diğer yaş grupları arasında algılanan fiziksel özellikler ortanca değerleri açısından farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Fiziksel özellikler servqual ortanca değeri 50 yaş ve üzeri olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Diğer yaş grupları arasında algılanan fiziksel özellikler ortanca değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Beklenti güvenilirlik alt boyutu ortanca değerleri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,005$). 18-29 yaş aralığında olanların ortanca değeri ile 40-49 yaşında olanların ortanca değerleri aynı olmasına karşın, 18-29 yaş aralığında olanların ortalama sıra puanı 246 iken 40-49 arasında olanların ortalama sıra puanı 308 olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Algılanan güvenilirlik ortanca değerleri incelendiğinde 50 yaş ve üzeri olanların ortanca değeri, 18-29 yaş aralığında olanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,027$). Heveslilik boyutunda beklenti ortanca değerleri, 18-29 yaş aralığında olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Algılanan heveslilik ortanca değeri, 50 yaş ve üzeri olanlarda 18-29 yaş aralığında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,025$). Beklenti güven alt boyutu ortanca değeri, 18-29 yaş aralığında olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Algılanan güven alt boyutu ortanca değeri 50 yaş ve üzeri olanlarda 18-29 yaş aralığında olanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Güven alt boyutunda servqual ortanca değeri 50 yaş ve üzeri olanlarda 30-39 ile 40-49 arasında olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Güven alt boyutunda servqual ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir. Beklentiler ile algılamalar birbirine eşit çıkmış fakat diğer yaşlarda beklentiler ile algılamalar güven alt boyutu değerleri arasında fark bulunmuştur. Beklenti empati alt boyutu ortanca değeri 18-29 yaş aralığında olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Algılanan empati alt boyutu ortanca değerleri 50 yaş ve üzerinde olanlarda 18-29 yaş aralığında olan ve 40-49 arasında olanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Empati alt boyutu servqual ortanca değeri 50 ve üzeri yaşında olanlarda 0 olarak bulunmuştur. 40-49 yaş arasında olanlarda -0,4 olarak bulunmuştur ve bu iki yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,011$). Eşit ağırlık servqual ortanca değeri, 50 yaş ve üzeri olanlarda -0,4, 40-49 yaş arasında olanlarda -0,7, 30-39 arasında olanlarda -0,7 olarak bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri olanların ortanca değeri, 40-49 yaş ile 30-39 yaş arasında olanlardan daha yüksek bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri olanlarda

beklentiler ile algılamalar birbirine daha yakın iken 40-49 yaş ile 30-39 yaş arasında olanlarda beklentiler ile algılamalar birbirinden uzaktır.

Tablo 13. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının medeni duruma göre servqual değerleri

Alt Boyutlar		Bekar	Evli	Test istatistiği MWU	p*
		Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)		
Fiziksel Özellikler	Beklenti	4,8 (1,8 - 5)	5 (1 - 5)	27303,0	0,351
	Algılama	3,8 (1 - 5)	3,8 (1 - 5)	26728,5	0,222
	Servqual	-1 (-4 - 3)	-1 (-4 - 2,5)	27844,5	0,590
Güvenilirlik	Beklenti	5 (1,4 - 5)	5 (1 - 5)	27808,5	0,519
	Algılama	4 (1,4 - 5)	4,4 (1 - 5)	21464,5	<0,001
	Servqual	-1 (-3,6 - 1)	-0,4 (-4 - 2,8)	22777,5	<0,001
Heveslilik	Beklenti	4,8 (1,8 - 5)	5 (1 - 5)	24088,5	0,002
	Algılama	4 (1 - 5)	4,5 (1,5 - 5)	20403,5	<0,001
	Servqual	-0,8 (-4 - 1,3)	-0,3 (-3,5 - 3,5)	23370,5	0,001
Güven	Beklenti	5 (1,5 - 5)	5 (1 - 5)	26232,0	0,075
	Algılama	4 (1 - 5)	4,5 (1 - 5)	20943,5	<0,001
	Servqual	-0,5 (-4 - 1)	-0,3 (-4 - 3)	22452,5	<0,001
Empati	Beklenti	4,6 (2,2 - 5)	5 (1 - 5)	23463,0	<0,001
	Algılama	3,8 (1 - 5)	4,6 (1 - 5)	19437,5	<0,001
	Servqual	-0,6 (-4 - 1,8)	0 (-4 - 4)	23051,5	<0,001
Eşit Ağırlıklı Servqual		-0,8 (-3,8 - 0,9)	-0,5 (-3,6 - 2,2)	23223,5	0,001
n		133	432		

* Mann Whitney U

Medeni duruma göre algılanan güvenilirlik ortanca değeri bekarlarda 4 iken evlilerde 4,4 olarak elde edilmiştir, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Benzer durum güvenilirlik servqual ortanca değerlerinde de söz konusudur. Bekarlarda ortanca değer -1 iken, evlilerde -0,4 olarak bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Beklenti heveslilik alt boyutu ortanca değerleri her iki medeni durumda da aynı edilmekle birlikte evlilerde daha yüksek değerlerde birikme söz konusudur, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0,002$). Algılanan heveslilik ortanca değeri evlilerde 4,5 iken, bekarlarda 4 bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Heveslilik alt boyutu servqual ortanca değeri evlilerde (-0,3) bekarlara (-0,8) göre daha yüksek bulunmuştur. Algılanan güven boyutunda ortanca değer, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,001$) ve evlilerde ortanca değer (4,5) bekarların ortanca değerinden (4) daha yüksek bulunmuştur. Servqual güven boyutu ortanca değeri

bekarlarda -0,5 iken evlilerde -0,3'tür ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Empati alt boyutunda beklenti, algılama ve servqual ortanca değerleri evlilerde daha yüksek elde edilmiştir, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p değerleri $< 0,001$). Eşit ağırlık servqual ortanca değeri medeni duruma göre farklılık göstermektedir ($p = 0,001$). Bekarlarda ortanca değer -0,8 iken, evlilerde -0,5 bulunmuştur.

Tablo 14. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının eğitim durumuna göre servqual fiziksel özellik boyutu değerleri

Eğitim Durumu	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
Okuryazar değil	4,8 (2,5 - 5)ab	4,5 (1 - 5)a	0 (-4 - 2,5)a	35
İlkokul	5 (1 - 5)ab	3,8 (1 - 5)b	-1 (-4 - 2)b	195
Ortaokul	4,3 (2 - 5)a	3,6 (2 - 5)b	-1 (-3 - 3)b	68
Lise	4,8 (1,8 - 5)ab	3,5 (1 - 5)b	-1,3 (-4 - 1,8)b	120
Ön Lisans	4,8 (2,8 - 5)ab	3 (1,8 - 5)b	-1,3 (-3,3 - 0,8)b	35
Lisans	5 (2,3 - 5)b	3,8 (1 - 5)b	-1 (-4 - 1,8)b	104
Lisansüstü	5 (4,5 - 5)ab	4,3 (2 - 5)ab	-0,8 (-3 - 0)ab	8
Test İstatistiği	$\chi^2=21,6$	$\chi^2=37,9$	$\chi^2=28,3$	
p	0,001	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Eğitim durumuna göre beklenti fiziksel özellikler alt boyutu ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0,001$). Ortaokul mezunlarının ortanca değeri, lisans mezunlarının ortanca değerinden daha düşük bulunmuştur. Algılanan fiziksel özellikler alt boyutunda okuryazar olmayanların ortanca değeri, lisansüstü mezunlar hariç diğer eğitim durumu gruplarından farklı bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Algılanan fiziksel özellikler boyutunda okuryazar olmayanların ortanca değerinin diğer tüm eğitim düzeyinde olanlardan daha yüksek değere sahip olduğu bulunmuştur. Servqual ortanca değeri eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,001$). Okuryazar olmayanların fiziksel özellikler boyutunda servqual ortanca değeri, lisansüstü mezunlar dışında tüm eğitim durumu gruplarından farklı bulunmuştur. Okuryazar olmayan hastaların diğer tüm eğitim durumunda olanlardan daha yüksek değere sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 15. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının eğitim durumuna göre servqual güvenilirlik boyutu değerleri

Eğitim Durumu	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
Okuryazar değil	5 (2 - 5)	5 (2 - 5)a	0 (-3 - 2,8)a	35
İlkokul	5 (1 - 5)	4,6 (2 - 5)a	0 (-3 - 2,2)a	195
Ortaokul	4,8 (3,8 - 5)	4,2 (1,4 - 5)a	-0,3 (-3,6 - 1,2)a	68
Lise	5 (1,4 - 5)	4,0 (1 - 5)bc	-0,8 (-4 - 1)bc	120
Ön Lisans	5 (4 - 5)	3,4 (1,4 - 5)bc	-1,4 (-3,4 - 1)bc	35
Lisans	5 (4 - 5)	4,0 (1,4 - 5)c	-0,8 (-3,6 - 1)c	104
Lisansüstü	5 (4,8 - 5)	4,8 (4 - 5)abc	-0,2 (-1 - 0,2)abc	8
Test İstatistiği	$\chi^2=11,8$	$\chi^2=59,7$	$\chi^2=54,3$	
p	0,066	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Algılanan güvenilirlik ortanca değeri eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Lisans mezunlarının ortanca değeri, okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunlarından daha düşük bulunmuştur. Benzer durum servqual ortanca değerlerinde de bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 16. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının eğitim durumuna göre servqual heveslilik boyutu değerleri

Eğitim Durumu	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
Okuryazar değil	5 (1,8 - 5)	5 (2 - 5)b	0 (-3 - 3,3)a	35
İlkokul	5 (1 - 5)	4,8 (1,5 - 5)b	0 (-3,5 - 3,5)a	195
Ortaokul	4,9 (3,8 - 5)	4,5 (1,5 - 5)b	-0,3 (-3,5 - 1)a	68
Lise	5 (1,8 - 5)	4 (1 - 5)a	-0,5 (-4 - 1,3)ab	120
Ön Lisans	4,8 (3,3 - 5)	3,3 (1,8 - 5)a	-1,3 (-2,8 - 1)b	35
Lisans	5 (3,8 - 5)	4 (1,8 - 5)a	-0,8 (-3,3 - 1)b	104
Lisansüstü	4,5 (4,5 - 5)	4,8 (3 - 5)ab	-0,3 (-1,5 - 0,5)ab	8
Test İstatistiği	$\chi^2=8,3$	$\chi^2=62,2$	$\chi^2=45,7$	
p	0,218	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Algılanan heveslilik ortanca değeri eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu hastaların algılanan heveslilik ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde lise, önlisans ve lisans mezunları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat bu iki küme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Servqual ortanca değerleri

incelendiğinde önlisans ve lisans arasında fark yok iken, bu iki eğitim durumunda olanların ortanca değerleri okuryazar olmayan ilkokul ve ortaokul mezunlarının ortanca değerlerinden daha düşük bulunmuştur.

Tablo 17. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının eğitim durumuna göre servqual güven boyutu değerleri

Eğitim Durumu	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
Okuryazar değil	5 (2 - 5)ab	5 (2 - 5)ab	0 (-3 - 2)a	35
İlkokul	5 (1 - 5)b	5 (2 - 5)b	0 (-3 - 3)a	195
Ortaokul	4,8 (3,5 - 5)a	4,5 (1 - 5)a	-0,3 (-4 - 1,5)a	68
Lise	5 (1,5 - 5)ab	4 (1 - 5)ab	-0,5 (-4 - 1)ab	120
Ön Lisans	4,8 (2,8 - 5)ab	3,8 (1 - 5)ab	-1 (-4 - 1)b	35
Lisans	5 (3 - 5)ab	4,3 (1,8 - 5)ab	-0,5 (-3,3 - 1)b	104
Lisansüstü	5 (5 - 5)ab	5 (3,8 - 5)ab	0 (-1,3 - 0)ab	8
Test İstatistiği	$\chi^2=21,7$	$\chi^2=50,6$	$\chi^2=38,1$	
p	0,001	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Beklenti ve algılanan güven ortanca değerleri ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0,001 ve <0,001). Hem beklenti hem de algılanan ortanca değerler ortaokul mezunlarında okuryazar olmayan hastalara ve ilkokul mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Servqual ortanca değerleri önlisans ve lisans mezunlarında farklılık göstermezken bu iki eğitim durumuna sahip olanların ortanca değerleri ortaokul ve altı eğitime sahip olanlardan daha düşük bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 18. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının eğitim durumuna göre servqual empati boyutu değerleri

Eğitim Durumu	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
Okuryazar değil	5 (2 - 5)ab	5 (2 - 5)a	0 (-3 - 2,2)bc	35
İlkokul	5 (1 - 5)a	4,8 (1,8 - 5)ac	0 (-3,2 - 4)b	195
Ortaokul	4,6 (3,2 - 5)b	4,2 (1,2 - 5)a	-0,4 (-3,8 - 1,4)abc	68
Lise	4,8 (2,2 - 5)b	4 (1 - 5)a	-0,2 (-4 - 1,8)abc	120
Ön Lisans	4,2 (2,2 - 5)b	3,4 (1 - 5)b	-0,4 (-4 - 1)ac	35
Lisans	4,9 (2,6 - 5)ab	4 (1 - 5)b	-0,7 (-4 - 1,6)a	104
Lisansüstü	4,8 (4,4 - 5)ab	4,8 (4 - 5)bc	0 (-0,4 - 0)abc	8
Test İstatistiği	$\chi^2=26,6$	$\chi^2=58,3$	$\chi^2=22,5$	
p	<0,001	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Beklenti empati alt boyutu ortanca değerleri, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). İlkokul mezunlarının ortanca değeri ortaokul, lise ve önlisans mezunlarından daha yüksek bulunmuştur ve diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Algılanan empati ortanca değerleri ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Önlisans ve lisans arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken, bu iki eğitim düzeyine sahip olanların ortanca değerleri lise ve altı eğitime sahip olanların ortanca değerlerinden daha düşük bulunmuştur. Servqual ortanca değerleri ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ve ilkokul mezunlarının ortanca değeri, önlisans ve lisans mezunlarının ortanca değerinden daha yüksektir.

Tablo 19. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının eğitim durumuna göre eşit ağırlıklı servqual skorları

Eğitim Durumu	Eşit Ağırlıklı Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	
Okuryazar değil	-0,1 (-3 - 2,2)a	35
İlkokul	-0,4 (-2,8 - 2,2)c	195
Ortaokul	-0,4 (-3,6 - 1,4)ac	68
Lise	-0,7 (-3,8 - 1,2)c	120
Ön Lisans	-1,1 (-3,2 - 0,5)b	35
Lisans	-0,8 (-3,3 - 1)bc	104
Lisansüstü	-0,4 (-0,7 - 0)abc	8
Test İstatistiği	$\chi^2=53,6$	
p	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Eşit ağırlık servqual ortanca değerleri ile hastaların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Okuryazar olmayanların ortanca değeri hem ilkokul hem de lise ve üstü eğitime sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Önlisans mezunlarının ortanca değeri, lise ve altı eğitime sahip olanlardan daha düşük bulunmuştur.

Tablo 20. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının mesleğine göre servqual fiziksel özellikler boyutu değerleri

Meslek	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
İşçi	5 (1,8 - 5)	3,8 (2 - 4,8)ab	-1 (-3 - 1,8)ab	24
Memur	4,8 (2,8 - 5)	3,6 (1 - 5)b	-1 (-4 - 1)ab	70
Esnaf	4,9 (3,3 - 5)	4,1 (2,8 - 5)a	-0,4 (-2 - 1,5)a	34
Emekli	5 (3 - 5)	4 (1,5 - 5)ab	-0,8 (-3,5 - 2)ab	57
Çiftçi	4,8 (1 - 5)	4 (1,5 - 5)ab	-0,8 (-1,8 - 0,8)ab	16
Özel Sektör	5 (2,8 - 5)	3,5 (1,3 - 5)b	-1,3 (-3,8 - 1,5)b	69
Öğrenci	4,6 (2 - 5)	3,8 (1,3 - 5)ab	-1 (-3,8 - 3)ab	38
Çalışmıyor	4,8 (1,8 - 5)	3,5 (1 - 5)ab	-1 (-4 - 2,5)ab	257
Test İstatistiği	$\chi^2=8,5$	$\chi^2=21,3$	$\chi^2=18,4$	
p	0,288	0,003	0,010	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Hastaların mesleğine göre beklenti fiziksel özellikler alt boyutu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,288). Algılanan fiziksel özellikler alt boyutu ortanca değerleri ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,003). Memur hastalarla esnaf hastaların ortanca değerleri arasında fark bulunmuştur. Memur hastaların ortanca değeri esnaf hastalardan daha düşük bulunmuştur. Diğer meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Servqual ortanca değerleri ile meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,010). Özel sektör çalışanı hastaların ortanca değeri (-1,3) esnaf hastaların ortanca değerinden (-0,4) daha düşüktür. Diğer meslekler arasında servqual ortanca değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 21. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının mesleğine göre servqual güvenilirlik boyutu değerleri

Meslek	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
İşçi	5 (1,4 - 5)	3,8 (2,4 - 5)abc	-0,9 (-2,4 - 2)ab	24
Memur	5 (4 - 5)	3,9 (1,4 - 5)c	-1 (-3,4 - 1)a	70
Esnaf	5 (2,8 - 5)	4,2 (1,8 - 5)abc	-0,4 (-3 - 1)ab	34
Emekli	5 (3,8 - 5)	4,2 (1 - 5)ab	-0,4 (-4 - 1,2)ab	57
Çiftçi	4,8 (1 - 5)	4,4 (3 - 5)abc	0 (-1,4 - 2)b	16
Özel Sektör	5 (3 - 5)	4,6 (1,6 - 5)ab	-0,2 (-3,4 - 1)b	69
Öğrenci	5 (3,4 - 5)	3,9 (1,4 - 5)a	-1 (-3,6 - 1)a	38
Çalışmıyor	5 (2 - 5)	4,4 (1,4 - 5)b	-0,2 (-3,6 - 2,8)b	257
Test İstatistiği	$\chi^2=8,2$	$\chi^2=40,5$	$\chi^2=43,1$	
p	0,313	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların mesleğine göre ortanca beklenti güvenilirlik alt boyutu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,313). Algılanan güvenilirlik alt boyutu ortanca değerleri, mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,001). Öğrenci olan hastaların ortanca değeri çalışmayanların ortanca değerinden daha düşüktür. Benzer şekilde memur hastaların ortanca değeri emekli, özel sektör, öğrenci ve çalışmayan hastaların ortanca değerinden daha düşük bulunmuştur. Servqual ortanca değerleri mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,001). Memur ve öğrenci olan hastaların ortanca değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken bu iki meslek grubunun ortanca değerleri özel sektör, çiftçi ve çalışmayan hastalardan daha düşük bulunmuştur.

Tablo 22. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının mesleğine göre servqual heveslilik boyutu değerleri

Meslek	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
İşçi	5 (1,8 - 5)	4 (2 - 5)ab	-0,8 (-2,3 - 1,3)ab	24
Memur	5 (3,3 - 5)	4 (1,8 - 5)a	-1 (-3,3 - 1)a	70
Esnaf	5 (3 - 5)	4,5 (2 - 5)b	0 (-3 - 1)b	34
Emekli	5 (4 - 5)	4,3 (2,5 - 5)ab	-0,5 (-2,5 - 1)ab	57
Çiftçi	4,8 (1 - 5)	5 (1,5 - 5)b	0 (-3,5 - 3)b	16
Özel Sektör	5 (3,8 - 5)	4,5 (1,3 - 5)b	-0,3 (-3,8 - 1)b	69
Öğrenci	4,9 (4 - 5)	4 (1,8 - 5)ab	-0,8 (-3 - 1)ab	38
Çalışmıyor	5 (1,5 - 5)	4,5 (1 - 5)b	-0,3 (-4 - 3,5)b	257
Test İstatistiği	$\chi^2=9,1$	$\chi^2=41,5$	$\chi^2=36,0$	
p	0,247	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Heveslilik alt boyutu beklenti ortanca değerleri ile hastaların meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,247$). Algılanan heveslilik ortanca değerleri incelendiğinde, memur hastaların ortanca değeri esnaf, çiftçi, özel sektör ve çalışmayan hastaların ortanca değerinden daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer şekilde servqual ortanca değerleri açısından benzer şekilde memur hastaların ortanca değeri esnaf, çiftçi, özel sektör ve çalışmayan hastaların ortanca değerinden daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 23. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının mesleğine göre servqual güven boyutu değerleri

Meslek	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
İşçi	5 (1,5 - 5)	3,9 (2,5 - 5)ab	-0,8 (-2,3 - 1)ab	24
Memur	5 (2,8 - 5)	4 (1 - 5)a	-0,8 (-4 - 1)a	70
Esnaf	5 (3,3 - 5)	4,3 (2 - 5)ab	-0,3 (-3 - 1)ab	34
Emekli	5 (3,5 - 5)	4,5 (1,3 - 5)b	-0,3 (-3,3 - 1,5)ab	57
Çiftçi	5 (1 - 5)	5 (3 - 5)b	0 (-2 - 3)b	16
Özel Sektör	5 (4 - 5)	4,3 (1 - 5)ab	-0,5 (-4 - 1)ab	69
Öğrenci	5 (3,8 - 5)	4 (1,8 - 5)ab	-0,6 (-3,3 - 1)a	38
Çalışmıyor	5 (2 - 5)	4,8 (1 - 5)b	0 (-4 - 2)b	257
Test İstatistiği	$\chi^2=4,2$	$\chi^2=32,8$	$\chi^2=31,0$	
p	0,758	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Güven alt boyutu beklenti ortanca değerleri ile hastaların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,758$). Algılanan güven alt boyutu ortanca değerleri incelendiğinde memur hastaların ortanca değerleri emekli, çiftçi ve çalışmayan hastalardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Servqual ortanca değerleri incelendiğinde memur hastaların ortanca değerleri ile öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ve bu iki meslek grubunda olan hastaların ortanca değerleri çalışmayan hastalar ile çiftçi hastalardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 24. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının mesleğine göre servqual empati boyutu değerleri

Meslek	Beklenti	Algılama	Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	
İşçi	4,6 (2,2 - 5)	3,8 (1,8 - 5)abc	-0,5 (-3,2 - 1,8)ab	24
Memur	4,7 (2,2 - 5)	3,8 (1 - 5)c	-0,6 (-4 - 1,6)a	70
Esnaf	4,6 (3 - 5)	4,1 (1,6 - 5)abc	0 (-3 - 1,2)ab	34
Emekli	5 (3 - 5)	4,2 (2,6 - 5)ab	-0,4 (-2,2 - 1,4)ab	57
Çiftçi	4,9 (1 - 5)	4,8 (3,2 - 5)ab	0 (-1,2 - 2,4)b	16
Özel Sektör	5 (2,8 - 5)	4 (1 - 5)abc	0 (-4 - 1,2)ab	69
Öğrenci	4,9 (3,6 - 5)	3,7 (1,6 - 5)b	-0,7 (-3,2 - 1)ab	38
Çalışmıyor	5 (1 - 5)	4,6 (1,2 - 5)a	0 (-3,8 - 4)b	257
Test İstatistiği	$\chi^2=20,0$	$\chi^2=46,2$	$\chi^2=24,2$	
p	0,050	<0,001	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Empati alt boyutu beklenti ortanca değerleri ile meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,050$). Algılanan empati ortanca değerleri mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ve öğrenci olan hastalar ile çalışmayan hastaların ortanca değerleri farklılık gösterirken memur hastaların ortanca değeri hem emekli hem çiftçi hem de öğrenci ve çalışmayan hastalardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Servqual ortanca değerleri mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Tablo 25. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının mesleğine göre eşit ağırlıklı servqual skorları

Meslek	Eşit Ağırlıklı Servqual	n
	Ortanca (min-mak)	
İşçi	-0,8 (-2,1 - 0,9)abc	24
Memur	-0,9 (-3,2 - 1)c	70
Esnaf	-0,4 (-2,8 - 1,1)ab	34
Emekli	-0,5 (-2,5 - 1,4)abc	57
Çiftçi	-0,1 (-1,8 - 2,2)b	16
Özel Sektör	-0,6 (-3,8 - 0,6)ab	69
Öğrenci	-0,8 (-3,3 - 0,7)a	38
Çalışmıyor	-0,4 (-3,6 - 2,2)abc	257
Test İstatistiği	$\chi^2=31,9$	
p	<0,001	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Eşit ağırlıklı servqual ortanca değerleri mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Memur hastaların ortanca değeri esnaf, çiftçi, özel sektör ve öğrenci olan hastalardan farklı bulunmuştur.

Tablo 26. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının aylık gelirine göre servqual değerleri (TL)

Alt Boyutlar		Geliri Yok	500-1500 TL	1501-2000 TL	2001 TL ve üzeri	Test istatistiği	p
Fiziksel Özellikler	Beklenti	Ortanca (min-mak) 4,8 (1,8 - 5)	Ortanca (min-mak) 5 (1 - 5)	Ortanca (min-mak) 5 (1,8 - 5)	Ortanca (min-mak) 4,8 (2,8 - 5)	$\chi^2=6,5$	0,088
	Algılama	3,6 (1 - 5)	3,8 (1,5 - 5)	3,8 (1,5 - 5)	3,8 (1 - 5)	$\chi^2=3,7$	0,299
	Servqual	-1 (-4 - 3)	-1 (-3,5 - 2)	-0,8 (-3,5 - 1,8)	-1 (-4 - 1,5)	$\chi^2=2,2$	0,522
Güvenilirlik	Beklenti	5 (2 - 5)	5 (1 - 5)	5 (1,4 - 5)	5 (2,8 - 5)	$\chi^2=1,3$	0,728
	Algılama	4,2 (1,4 - 5)a	4,4 (2 - 5)a	4,2 (1 - 5)a	4 (1,4 - 5)b	$\chi^2=15,4$	0,002
	Servqual	-0,4 (-3,6 - 2,8)a	-0,2 (-3 - 2)a	-0,4 (-4 - 1)ab	-0,8 (-3,4 - 1)b	$\chi^2=13,2$	0,004
Heveslilik	Beklenti	5 (1,5 - 5)	5 (1 - 5)	5 (1,8 - 5)	5 (3 - 5)	$\chi^2=1,4$	0,697
	Algılama	4,5 (1 - 5)a	4,3 (1,8 - 5)ab	4,3 (2,3 - 5)ab	4 (1,3 - 5)b	$\chi^2=14,4$	0,002
	Servqual	-0,3 (-4 - 3,5)a	-0,5 (-3 - 3)ab	-0,5 (-2,8 - 1,3)ab	-0,8 (-3,8 - 1)b	$\chi^2=8,3$	0,041
Güven	Beklenti	5 (2 - 5)	5 (1 - 5)	5 (1,5 - 5)	5 (3 - 5)	$\chi^2=3,0$	0,392
	Algılama	4,5 (1 - 5)a	4,3 (2 - 5)ab	4,5 (1,3 - 5)a	4 (1 - 5)b	$\chi^2=16,4$	0,001
	Servqual	-0,3 (-4 - 2)a	-0,3 (-3 - 3)ab	0 (-3,3 - 1)a	-0,8 (-4 - 1)b	$\chi^2=11,9$	0,008
Empati	Beklenti	5 (1 - 5)	5 (1 - 5)	5 (2,2 - 5)	4,8 (2,2 - 5)	$\chi^2=6,9$	0,074
	Algılama	4,6 (1,2 - 5)a	4,2 (1,8 - 5)ab	4,2 (2,4 - 5)a	4 (1 - 5)b	$\chi^2=19,5$	<0,001
	Servqual	-0,2 (-3,8 - 4)ab	0 (-3,2 - 2,4)ab	0 (-2,6 - 1,4)a	-0,6 (-4 - 1,8)b	$\chi^2=8,9$	0,030
Eşit Ağırlıklı Servqual		-0,5 (-3,6 - 2,2)a	-0,5 (-2,8 - 2,2)ab	-0,6 (-2,3 - 1)a	-0,7 (-3,8 - 1,1)b	$\chi^2=10,5$	0,015
n		292	78	79	116		

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Aylık gelir durumlarına göre güvenilirlik alt boyutu algılanan ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008). 2001 TL ve üzeri gelire sahip olanların ortanca değeri, diğer gelir gruplarından daha düşük bulunmuştur. Güvenilirlik boyutu servqual ortanca değerleri gelir gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

2001 TL ve üzeri geliri olan hastaların ortanca değeri geliri olmayan ve 500-1500 TL arasında geliri olan hastaların ortanca değerinden daha düşüktür ($p=0,004$). Heveslilik alt boyutunda hem algılama hem de servqual ortanca değerleri gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Geliri olmayan hastalar ile 2001 TL ve üzeri geliri olan hastalar arasında fark bulunmuştur. Güven alt boyutunda hem algılama hem de servqual ortanca değerleri gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p değerleri sırasıyla 0,001 ve 0,008). Her iki durumda da 2001 TL ve üzeri geliri olan hastaların ortanca değeri, 1501-2000 TL arasında kazancı olan hastaların ortanca değerinden daha düşüktür. Empati alt boyutunda hem algılama hem de servqual ortanca değerleri, gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:<0,001$ ve $p:0,030$). Her iki durumda da 2001 TL ve üzeri geliri olan hastaların ortanca değeri, 1501-2000 TL arasında kazancı olan hastaların ortanca değerinden daha düşüktür. Eşit ağırlıklı servqual ortanca değerleri gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ve 1501-2000 TL arası geliri olan hastaların ortanca değeri, 2001 TL ve üzeri geliri olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 27. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının ikametgah yerine göre servqual değerleri

Alt Boyutlar		Şehir Merkezi	İlçe	Köy	Şehir Dışı	Test istatistiği	p
Fiziksel Özellikler	Beklenti	Ortanca (min-mak) 5 (1,8 - 5)	Ortanca (min-mak) 5 (1,8 - 5)	Ortanca (min-mak) 4,8 (1 - 5)	Ortanca (min-mak) 5 (2 - 5)	$\chi^2=1,8$	0,619
	Algılama	3,5 (1 - 5)b	3,8 (1 - 5)ab	4 (1 - 5)a	3,3 (1,5 - 5)b	$\chi^2=9,5$	0,024
	Servqual	-1 (-4 - 2)b	-1 (-4 - 2,5)ab	-0,5 (-4 - 3)a	-1,3 (-3,5 - 1,8)b	$\chi^2=10,6$	0,014
Güvenilirlik	Beklenti	5 (1,4 - 5)	5 (2,2 - 5)	5 (1 - 5)	5 (3 - 5)	$\chi^2=5,6$	0,133
	Algılama	4 (1,4 - 5)a	4,2 (1 - 5)a	4 (2 - 5)a	5 (1,6 - 5)b	$\chi^2=32,2$	<0,001
	Servqual	-0,8 (-3,6 - 2)a	-0,6 (-4 - 2,8)a	-0,4 (-2,8 - 2,2)ab	0 (-3,4 - 2)b	$\chi^2=17,6$	0,001
Heveslilik	Beklenti	5 (1,8 - 5)	5 (1,5 - 5)	5 (1 - 5)	5 (2 - 5)	$\chi^2=7,5$	0,058
	Algılama	4 (1 - 5)a	4,3 (1,5 - 5)a	4 (1,5 - 5)a	5 (2 - 5)b	$\chi^2=31,7$	<0,001
	Servqual	-0,5 (-4 - 1,3)a	-0,5 (-3,5 - 3,5)a	-0,3 (-3,5 - 2,5)ab	0 (-3 - 3)b	$\chi^2=15,6$	0,001
Güven	Beklenti	5 (1,5 - 5)ab	5 (3 - 5)ab	5 (1 - 5)a	5 (2 - 5)b	$\chi^2=9,6$	0,022
	Algılama	4,3 (1 - 5)a	4,3 (1 - 5)a	4,3 (1,3 - 5)a	5 (2 - 5)b	$\chi^2=33,5$	<0,001
	Servqual	-0,5 (-4 - 1,5)a	-0,5 (-4 - 1,3)a	0 (-3,3 - 2)ab	0 (-3 - 3)b	$\chi^2=23,0$	<0,001
Empati	Beklenti	4,8 (2,2 - 5)a	5 (1 - 5)ab	4,8 (1 - 5)ab	5 (2,6 - 5)b	$\chi^2=17,6$	0,001
	Algılama	4,2 (1 - 5)a	4 (1,2 - 5)a	4 (2 - 5)a	5 (2 - 5)b	$\chi^2=36,0$	<0,001
	Servqual	-0,2 (-4 - 1,8)a	-0,6 (-3,8 - 4)b	0 (-2,8 - 2,4)ab	0 (-3 - 2,4)b	$\chi^2=22,1$	<0,001
Eşit Ağırlıklı Servqual		-0,6 (-3,8 - 1,4)a	-0,7 (-3,6 - 2,2)a	-0,4 (-2,3 - 2)ab	-0,4 (-2,8 - 2,2)b	$\chi^2=16,7$	0,001
n		172	232	63	98		

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

İkametgah yerine göre algılanan fiziksel özellikler alt boyutu ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,024). Köyde yaşayan hastaların ortanca değeri hem şehir merkezi hem de şehir dışında yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Güvenilirlik alt boyutu servqual ortanca değerleri şehir dışından gelen hastalarda hem şehir merkezi hem de ilçeden gelen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Heveslilik alt boyutu servqual ortanca değerleri şehir dışında gelen hastalarda hem şehir merkezi hem de ilçeden gelen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Güven alt boyutu beklenti ortanca değerleri şehir dışından gelen hastalarda köyden gelen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,022). Algılanan güven ortanca değerleri de şehir dışından gelen hastalarda diğer ikametgah yerlerine göre daha yüksektir (p<0,001). Güven alt boyutu servqual ortanca değerleri incelendiğinde şehir dışından gelen hastaların ortanca değeri şehir merkezi ve ilçelerden gelen hastaların ortanca değerlerinden daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Empati alt boyutu beklenti ortanca değeri şehir dışından gelen hastalarda şehir merkezinden gelen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Algılanan empati alt boyutu puanı şehir dışından gelen hastalarda daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Empati alt boyutu servqual ortanca değeri şehir merkezinden gelen hastalarda ilçeden gelen hastalara göre daha yüksek ve şehir dışından gelen hastalara göre daha düşük bulunmuştur (p<0,001). Eşit ağırlıklı servqual ortanca değerleri incelendiğinde şehir dışından gelen hastaların ortanca değeri hem şehir merkezi hem de ilçeden gelen hastaların ortanca değerinden daha yüksektir (p=0,001).

Tablo 28. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri/algılarının hizmet aldığı dahili veya cerrahi birime göre servqual değerleri

Alt Boyutlar		Dahili	Cerrahi	Test istatistiği	*p
		Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Test istatistiği MWU	
Fiziksel Özellikler	Beklenti	5 (1,8 - 5)	4,8 (1 - 5)	32615,0	0,184
	Algılama	4 (1 - 5)	3,5 (1 - 5)	28213,0	<0,001
	Servqual	-0,8 (-4 - 2)	-1 (-4 - 3)	30423,5	0,014
Güvenilirlik	Beklenti	5 (2,2 - 5)	5 (1 - 5)	34670,0	0,907
	Algılama	4,4 (1,4 - 5)	4,2 (1 - 5)	30945,5	0,029
	Servqual	-0,2 (-3,6 - 2,8)	-0,6 (-4 - 2)	31830,0	0,093
Heveslilik	Beklenti	5 (1,8 - 5)	5 (1 - 5)	32875,5	0,220
	Algılama	4,5 (1,3 - 5)	4,3 (1 - 5)	30916,5	0,027
	Servqual	-0,3 (-3,8 - 3,3)	-0,5 (-4 - 3,5)	32605,0	0,211
Güven	Beklenti	5 (2 - 5)	5 (1 - 5)	33307,5	0,317
	Algılama	4,5 (1 - 5)	4,5 (1 - 5)	34211,0	0,715
	Servqual	-0,3 (-4 - 3)	-0,3 (-4 - 2)	34523,5	0,853
Empati	Beklenti	5 (2,6 - 5)	5 (1 - 5)	33022,0	0,270
	Algılama	4,2 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	33755,0	0,534
	Servqual	-0,2 (-4 - 2,4)	-0,2 (-4 - 4)	34821,5	0,986
Eşit Ağırlıklı Servqual		-0,4 (-3,8 - 2,2)	-0,6 (-3,2 - 2,1)	31959,0	0,110
n		182	383		

* Mann Whitney U test istatistiği

Algılanan fiziksel özellikler alt boyutu ortanca değeri ile hizmet alınan birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Dahili birimlerden hizmet alanlarda ortanca değer 4 iken cerrahi birimlerden hizmet alanlarda 3,5 olarak bulunmuştur. Fiziksel özellikler alt boyutu servqual ortanca değeri cerrahi birimlerde dahili birimlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,014$). Güvenilirlik alt boyutunda algılanan ortanca değer dahili birimlerde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,029$). Algılanan heveslilik alt boyutu ortanca değeri de dahili birimlerde cerrahi birimlere göre daha yüksektir ($p=0,027$).

Tablo 29. Sağlık kurumuna başvuran hastaların beledikleri ile algıladıkları sağlık hizmeti kalitesi alt boyutları arasındaki farklar

Alt Boyutlar	Beklenti	Algılama	Test istatistiği	*p
	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)		
Fiziksel Özellikler	5 (1 - 5)	3,75 (1 - 5)	Z= -15,8	<0,001
Güvenilirlik	5 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	Z= -12,3	<0,001
Heveslilik	5 (1 - 5)	4,25 (1 - 5)	Z= -11,5	<0,001
Güven	5 (1 - 5)	4,5 (1 - 5)	Z= -11,1	<0,001
Empati	5 (1 - 5)	4,2 (1 - 5)	Z= -9,4	<0,001

Z: Wilcoxon test istatistiği * $p>0,001$

Sağlık kurumuna başvuran hastaların 5 boyutta hizmet kalitelerinden beklentileri ile algıları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda beklentilerin algılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Fiziksel özellikler alt boyutunda beklenti ortanca değeri 5 iken, algılama ortanca değeri 4,2, güvenilirlik boyutunda beklenti ortanca değeri 5 iken algılama ortanca değeri 4,2, heveslilik alt boyutunda beklenti 5 algılama ortanca değeri 4,25, güven alt boyutunda beklenti ortanca değeri 5, algılama ortanca değeri 4,5 ve empati alt boyutunda beklenti ortanca değeri 5 iken algılama ortanca değeri 4,2 olarak bulunmuştur. Algılama değerleri beklenti değerlerinden istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (p değerleri $<0,001$).

Tablo 30. Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmetini kaliteli bulma durumları ile hastaneyi tercih etme durumları arasındaki ilişki

		Tercih Etme		Test İstatistiği	p
		Evet	Hayır		
Kaliteli	Evet	450 (90,7)	46 (9,3)	$\chi^2 = 65,4$	<0,001
Bulma	Hayır	38 (55,1)	31 (44,9)		

χ^2 : Pearson Ki kare test istatistiği

Hastaneyi tekrar tercih etme durumu hastaların sağlık hizmetini kaliteli bulma durumuna bağlıdır ($p<0,001$). Hizmeti kaliteli bulan hastaların %90,7'si tekrar aynı hastaneyi tercih edebileceğini belirtirken, kaliteli bulmayan hastaların %55,1'i tekrar tercih edebileceğini belirtmişlerdir.

Tablo 31. Beklenti boyutunda hizmet kalitesi bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

	Fiziksel özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven
Güvenilirlik	0,577**			
Heveslilik	0,553**	0,730**		
Güven	0,524**	0,750**	0,741**	
Empati	0,506**	0,547**	0,700**	0,644**

**%1 önem düzeyinde anlamlı

Fiziksel özellikler alt boyutu ile güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değerleri sırasıyla 0,577, 0,553, 0,524 ve 0,506). Benzer şekilde güvenilirlik alt boyutu ile heveslilik, güven ve empati alt boyutları arasında da pozitif yönlü, orta düzeyin üzerinde anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değerleri sırasıyla 0,730, 0,750 ve 0,547). Heveslilik alt boyutu ile güven ve empati alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyin üzerinde anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değerleri 0,741 ve 0,700). Güven alt boyutu ile empati alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta düzey istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değeri 0,644).

Tablo 32. Algı boyutunda hizmet kalitesi bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

	Fiziksel özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven
Güvenilirlik	0,419**			
Heveslilik	0,311**	0,809**		
Güven	0,301**	0,698**	0,815**	
Empati	0,236**	0,698**	0,780**	0,847**

**%1 önem düzeyinde anlamlı

Fiziksel özellikler alt boyutu ile güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değerleri sırasıyla 0,419, 0,311, 0,301 ve 0,236). Benzer şekilde güvenilirlik alt boyutu ile heveslilik, güven ve empati alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyin üzeri anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değerleri sırasıyla 0,809, 0,698 ve 0,698). Heveslilik alt boyutu ile güven ve empati alt boyutları arasında pozitif yönlü, orta düzeyin üzerinde anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değerleri 0,815 ve 0,780). Güven alt boyutu ile

empati alt boyutu arasında pozitif yönlü güçlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (korelasyon değeri 0,847).

Tablo 33. Sağlık kurumuna başvuran hastaların beklentilerinin/algılamalarının bağımsız değişkenlere göre incelenmesine ilişkin özet tablo

	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim düzeyi	Meslek	Aylık gelir	İkametgah	Hizmet aldığı birim
Hastaların Beklentileri	FV	FY	FY	FY	FV	FV	FY	FY
Hastaların Algılamaları	FY	FY	FY	FY	FY	FY	FY	FY

FV: Fark Var FY: Fark Yok

Tablo 34. Sağlık kurumuna başvuran hastaların beklentilerinin/algılamalarının sağlık hizmet kalitesine göre incelenmesine ilişkin özet tablo

(Algılanan Hizmet Kalitesi)- (Beklenen Hizmet Kalitesi)	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
	FV	FV	FV	FV	FV

FV: Fark Var

Tablo 35. Sağlık kurumuna başvuran hastaların beklentilerinin/algılamalarının hizmet kalitesinin bağımsız değişkenlerine göre incelenmesine ilişkin özet tablo

Hastaların Beklentileri	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Güvenilirlik	↑ İV		↑ İV	↑ İV	↑ İV
Heveslilik	↑ İV	↑ İV		↑ İV	↑ İV
Güven	↑ İV	↑ İV	↑ İV		↑ İV
Empati	↑ İV	↑ İV	↑ İV	↑ İV	
Hastaların Algılamaları	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Güvenilirlik	↑ İV		↑ İV	↑ İV	↑ İV
Heveslilik	↑ İV	↑ İV		↑ İV	↑ İV
Güven	↑ İV	↑ İV	↑ İV		↑ İV
Empati	↑ İV	↑ İV	↑ İV	↑ İV	

İV: İlişki Var ↑: Pozitif Yönlü İlişki

5. TARTIŞMA

Bu bölümde istatistiksel analiz sonucunda elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Çalışmada hastaların sağlık hizmet kalitesinden beklentileri, algılamaları ve bunlar arasındaki farkı Servqual ölçeği ile belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada 565 hastaya ulaşılmıştır. Katılımcıların %62,8 (n=355)'i kadın, %37,2 (n=210)'si erkek, %23,5 (n=133)'i bekar, %76,5 (n=432)'i evli, %22,3 (n=126)'ü 30 yaş ve altı, %24,1(n=136)'i 30-39 yaş aralığında, %20,9 (n=118)'u 40-49 yaş aralığında ve % 32,7 (n=185)'si 50 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %51,7 (n=292)'sinin geliri yoktur, %13,8 (n=78)'inin 500-1500 TL arasında geliri, %14,0 (n=79)'ünün 1501-2000 TL arasında geliri, %20,5 (n=116)'inin 2001 TL ve üzerinde geliri vardır. Çalışmaya katılan hastaların %6,2 (n=35)'si okuryazar değilken %6,2 (n=35)'si önlisans %18,4 (n=104)'ü lisans ve %1,4 (n=8)'ü lisansüstü mezundur. Katılımcıların %4,2 (n=24)'si işçi, %12,4 (n=70)'ü memur, %6 (n=34)'sı esnaf, %10,1 (n=57)'i emekli, %2,8 (n=16)'i çiftçi, %12,2 (n=69)'si özel sektör çalışanı, %6,7 (n=38)'si öğrenci ve %45,5 (n=257)'i çalışmayan bireylerden oluşmaktadır.

Çalışmayan kişi sayısının bu kadar yüksek olma durumu katılımcıların çoğunluğunun kadınlardan oluşması ve ev hanımı olmaları nedeniyle gelirlerinin bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Geliri olmayan katılımcı sayısının yüksek olması da çalışmayan kişi sayısı ile ilişkilidir. Gelir durumu ve eğitim düzeyi arttıkça beklenti de artmaktadır. Kalite arayışı eğitim düzeyi yüksek kişilerde daha fazla olmaktadır.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların %30,4 (n=172)'ü şehir merkezinden, %41,1 (n=232)'i ilçeden, %11,2 (n=63)'si köyden ve %17,3 (n=98)'ü şehir dışından gelmektedir. Hastaların %0,4 (n=2)'ünün özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Kuruma başvuran hastaların %32,2 (n=182)'si dahili branşlardan, %67,8 (n=383) 'i cerrahi branşlardan hizmet almıştır.

Kuruma başvuran hastaların %87,8 (n=496)'i kurumda verilen sağlık hizmetini kaliteli bulmakta %12,2 (n=69)'si ise kaliteli bulmamaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %44,9 (n=31)'u kurumu kaliteli bulmadığını ve tekrar tercih etmeyeceğini belirtmiştir. %55,1 (n=38)'i kaliteli bulmadığını fakat hastaneyi tekrar tercih edebileceğini belirtmiştir. Kurum kaliteli algılanmasa dahi tercih edilmesinin birçok nedeni olabilir. Kuruma ulaşım kolaylığı, şehirdeki tek üniversite hastanesi olması ve hekim değiştirmek istememe nedenleri arasında gösterilebilir.

LaCoe'nin yapmış olduğu araştırmada 279 hastadan 19'u (%6.8) kurumu tekrar tercih etmeyeceğini, 260'ı (%93.2) tekrar tercih edebileceklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılara başvurdukları sağlık kurumunun hizmet kalitesine beş boyut üzerinden toplamı 100 puan olacak şekilde puan vermeleri istenmiştir. Verilen puanlar incelendiğinde personelin bilgi seviyesi ve güven aşılama kabiliyeti 20,7 ortalama değer ile ilk sırada yer almaktadır. En düşük ortalama değerler 19,5 ile personelin hastalara yardım etme istekliliği ve hastanenin genel olarak değerlendirilmesi boyutlarına aittir. Hastalar bilgisine güvendikleri sağlık personeline tedavi olmak istemektedirler. Güven duydukları kurumları tercih ettiklerini söylemek mümkündür.

Uygulama yapılan hastaların %17 (n=96)'si kurumu hekimler nedeniyle, %25,8 (n=146)'i hizmetin iyi olması nedeniyle, %15,8 (n=89)'i yakın olması nedeniyle, %23,4 (n=132)' sevk edildiği için ve %18,1 (n=102)'i kurumun il içerisindeki en donanımlı hastane olduğunu düşündüğü için tercih ettiğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan 565 hastanın toplam algı skorları fiziksel özellikler alt boyutunda 3,75, güvenilirlik alt boyutunda 4,20, heveslilik alt boyutunda 4,25, güven alt boyutunda 4,50 ve empati alt boyutunda 4,20 bulunmuştur. Genel algı servqual skoru ise 4,10'dur. Çalışmaya katılan 565 hastanın toplam beklenti skorları fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutlarında 5,00 bulunmuştur. Genel beklenti servqual skoru ise 4,82'dir. Çalışmaya katılan 565 hastanın algılarından beklentileri çıkarıldığında fiziksel özellikler alt boyutunda genel servqual skoru -1,00, güvenilirlik alt boyutunda -0,40, heveslilik alt boyutunda -0,50, güven alt boyutunda -0,25 ve empati alt boyutunda -0,20 bulunmuştur. Genel servqual skoru -0,60 bulunmuştur.

şen sağlık çalışanlarına yaptığı araştırmada çalışanların beklentilerinin karşılanmadığını bulmuştur. Fiziksel zellikler alt boyutunda servqual skoru -1,11, güvenilirlik alt boyutunda -0,97, heveslilik alt boyutunda -0,61, güven alt boyutunda -0,88 ve empati alt boyutunda -0,47 bulunmuştur (2010). Aytekin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada beklentilerin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fiziksel zellikler alt boyutunda servqual skoru -0,54, güvenilirlik alt boyutunda -0,40, heveslilik alt boyutunda 0,56, güven alt boyutunda -0,33 ve empati alt boyutunda -0,37 bulunmuştur (2012). Gürsoy tarafından yapılan çalışmada hastaların beklentileri algılamalarından daha yüksek bulunmuştur (2013). Harput'un yapmış olduğu araştırmada hizmetin "empati" boyutunda

beklenen ve algılanan hizmet arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Diğer tüm boyutlarda algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet kalitesinden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (2014). Quiram'ın 1995 yılında yaptığı çalışmada genel servqual skoru -0.019 bulunmuştur. Evans'ın 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada beş alt boyutta hastaların algılamaları beklentilerinden daha düşük bulunmuştur. Dikmetaş Yardan ve Arslan tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada çalışanların algıladıkları hizmet kalitesi servqual skorları beklenti hizmet kalitesi skorlarından düşük bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algıları cinsiyete göre eşit ağırlıklı servqual skoru ortanca değeri kadınlarda ve erkeklerde -0,6 olarak bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların cinsiyetlerine göre beklenti ve algıları Servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde; fiziksel özellikler boyutunda Servqual skoru ortanca değeri kadınlarda -1, erkeklerde -0,8 bulunmuştur. Güvenilirlik boyutunda Servqual skoru ortanca değeri kadınlarda -0,4, erkeklerde -0,6 bulunmuştur. Heveslilik boyutunda Servqual skoru ortanca değeri kadınlarda -0,3, erkeklerde -0,5 bulunmuştur. Güven boyutunda Servqual skoru ortanca kadınlarda -0,3, erkeklerde -0,5 bulunmuştur. Empati boyutunda Servqual skoru ortanca değeri kadınlarda 0, erkeklerde -0,4 olarak bulunmuştur.

Cinsiyet değişkeni açısından hastaların sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin algıları Servqual ölçeği alt boyutlarından fiziksel özellikler, heveslilik, güven ve empati boyutunda servqual skorları bakımından farklılık göstermektedir. Hastaların beklentileri alt boyutlara göre servqual skorları bakımından farklılık göstermemektedir. Cinsiyet değişkeni açısından Aa hipotezi reddedilmiş, Ba hipotezi kabul edilmiştir.

Yalkın'ın yaptığı çalışmada hizmet kalitesine verilen önemin cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur (2010). Devebakan yaptığı araştırmada hastaların hizmet kalitesi algılamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediğini bulmuştur (2001). Arslan ve Kelleci'nin yaptığı araştırmada kadınların erkeklere göre algılamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (2011). Gürsoy'un yaptığı araştırmada hastaların beklentilerinin ve algılamalarının ve ölçek alt boyutlarının cinsiyet bağımsız değişkenine göre anlamlı fark göstermediği bulunmuştur (2013). Evans'ın hastalar ile 2008 yılında gerçekleştirdiği çalışmada hastaların beklentileri ile algılamaları arasında cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. Dikmetaş Yardan ve Arslan tarafından çalışanlar ile

gerçekleştirilen çalışmada cinsiyete göre beklenti ve algılamalarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (2014).

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algıları yaşa göre eşit ağırlıklı servqual skoru ortanca değeri 18-29 yaş aralığında -0,6, 30-39 yaş aralığında -0,7, 40-49 yaş aralığında -0,7, 50 yaş ve üzerinde -0,4 bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların yaş gruplarına göre beklenti ve algıları Servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde; 18-29 yaş aralığındaki hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,8, heveslilik alt boyutunda -0,5, güven alt boyutunda -0,5, empati boyutunda -0,4 bulunmuştur. 30-39 yaş aralığındaki hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,4, heveslilik alt boyutunda -0,3, güven alt boyutunda -0,3, empati boyutunda -0,2 bulunmuştur. 40-49 yaş aralığındaki hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,6, heveslilik alt boyutunda -0,5, güven alt boyutunda -0,5, empati boyutunda -0,4 bulunmuştur. 50 yaş ve üzerindeki hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -0,8, güvenilirlik alt boyutunda -0,2, heveslilik alt boyutunda -0,3, güven alt boyutunda 0, empati boyutunda 0 bulunmuştur. Skoru 0 olan alt boyutlar hastaların beklentileri ile algılamalarının ine eşit olduğu alt boyutları ifade etmektedir.

Yaş değişkeni açısından hastaların sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin beklentileri ve algıları servqual ölçeği alt boyutlarından fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutunda ortanca değerler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaş değişkeni açısından Ab ve Bb hipotezi kabul edilmiştir.

Şen'in çalışanlara uyguladığı çalışmada çalışanların yaş gruplarına göre hizmet kalitesi beklentileri değerlendirildiğinde "fiziksel özellikler", "güvenilirlik" ve "empati" boyutlarında yaş ilerledikçe beklenti düzeyinin azaldığı bulunmuştur (2010). Sevimli tarafından hastalar üzerinde gerçekleştirilen diğer çalışmada ileri yaşta olan hastaların hizmet kalitesi algılarının daha genç olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (2006).

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algıları medeni durumlarına göre eşit ağırlıklı servqual skoru bekar hastalarda -0,8, evlilerde -0,5 bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların medeni durumlarına göre beklenti ve algıları servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde; fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri bekar ve evli hastalarda -1 bulunmuştur. Güvenilirlik alt boyutunda servqual ortanca değeri bekar hastalarda -1, evli hastalarda -0,4 bulunmuştur. Heveslilik alt boyutunda servqual ortanca değeri bekar hastalarda -0,8, evli hastalarda -0,3 bulunmuştur. Güven alt boyutunda servqual ortanca değeri bekar hastalarda -0,5, evli hastalarda -0,3 bulunmuştur. Empati alt boyutunda servqual ortanca değeri bekar hastalarda -0,6, evli hastalarda 0 olarak bulunmuştur.

Medeni durum değişkeni açısından hastaların beklentileri servqual alt boyutlarından heveslilik boyutunda ortanca değerlerin aynı olmasına rağmen evli hastalarda daha yüksek değerlerde birikme söz konusudur ve aralarında fark vardır. Empati boyutunda servqual skoru evlilerde daha yüksektir. Medeni durum değişkeni açısından hastaların algıları servqual alt boyutlarından heveslilik, güven güvenilirlik boyutlarında ortanca değerler bakımından, empati boyutunda hem ortanca değer hem de servqual skorları bakımından fark bulunmaktadır. Ac ve Bc hipotezleri kabul edilmiştir.

Devebakan ve Aksaraylı'nın yaptığı araştırmada hastaların medeni durumları ile ortalama servqual skorları arasında önemli fark bulunmamıştır (2003). AYTEKİN ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada evli bireylerin algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (2012). GÜRSOY'un yaptığı çalışmada bekar hastaların heveslilik ve empati algılarının evli hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (2013). DİKMEŞ YARDAN ve ARSLAN'ın yaptıkları çalışmada çalışanların medeni durumlarına göre beklentileri ve algılamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (2014).

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algılamaları eğitim durumlarına göre eşit ağırlıklı servqual ortanca değeri okuryazarlığı olmayan hastalarda -0,1, ilköğretim mezunu hastalarda -0,4, ortaokul mezunu hastalarda -0,4, lise mezunu hastalarda -0,7, ön lisans mezunu hastalarda -1,1, lisans mezunu hastalarda -0,8 ve lisansüstü mezunu hastalarda -0,4 bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların eğitim durumlarına göre beklenti ve algı servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde; fiziksel özellikler alt boyutunda okuryazar

olmayan hastaların servqual ortanca değeri 0, ilkokul mezunlarında -1, ortaokul mezunlarında -1, lise mezunlarında -1,3, ön lisans mezunlarında -1,3, lisans mezunlarında -1, ve lisansüstü mezunlarında -0,8 bulunmuştur. Güvenilirlik alt boyutunda okuryazar olmayan hastaların servqual ortanca değeri 0, ilkokul mezunu hastaların 0, ortaokul mezunu hastaların -0,3, lise mezunu hastaların -0,8, ön lisans mezunu hastaların -1,4, lisans mezunu hastaların -0,8, lisansüstü mezunu hastalarda ise -0,2 olarak bulunmuştur. Heveslilik alt boyutunda okuryazar olmayan hastaların servqual ortanca değeri 0, ilkokul mezunu hastaların 0, ortaokul mezunu hastaların -0,3, lise mezunu hastaların -0,5, ön lisans mezunu hastaların -1,3, lisans mezunu hastaların -0,8 ve lisansüstü mezunu hastalarda -0,3 olarak bulunmuştur. Güven alt boyutunda okuryazar olmayan hastaların servqual ortanca değeri 0, ilkokul mezunu hastaların 0, ortaokul mezunu hastaların -0,3, lise mezunu hastaların -0,5, ön lisans mezunu hastaların -1, lisans mezunu hastaların -0,5, lisansüstü mezunu hastalarda ise 0 olarak bulunmuştur. Empati alt boyutunda okuryazar olmayan hastaların servqual ortanca değeri 0, ilkokul mezunu hastaların 0, ortaokul mezunu hastaların -0,4, lise mezunu hastaların -0,2, ön lisans mezunu hastaların -0,4, lisans mezunu hastaların -0,7 ve lisansüstü mezunu hastalarda 0 bulunmuştur.

Eğitim durumu değişkeni açısından hastaların beklentileri servqual alt boyutlarından fiziksel özellikler, güven ve empati boyutunda ortanca değerler bakımından farklılık göstermektedir. Eğitim durumu değişkeni açısından hastaların algıları ise fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarında ortanca değerler bakımından farklılık göstermektedir. Ayrıca eşit ağırlıklı servqual değerlerinde de eğitim durumu açısından fark bulunmuştur. Ad ve Bd hipotezleri kabul edilmiştir.

Yalkın'ın yaptığı çalışmada algılanan hizmet kalitesinin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Eşit ağırlıklı servqual puanları ilkokul düzeyinde eğitimi olanlarda 0,21, lise düzeyinde eğitimi olanlarda -0,04, lisans düzeyinde eğitimi olanlarda -0,16 ve lisansüstü eğitimi olanlarda -0,25 bulunmuştur (2010). Devebakan'ın hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça beklentilerin de azaldığı ve hizmet kalitesi algı düzeyinin arttığı sonucu bulunmuştur (2001).

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algılamaları mesleklerine göre eşit ağırlıklı servqual ortanca değeri mesleği işçi olan hastalarda -0,8, memur olan hastalarda -0,9, esnaf hastalarda -0,4,

emekli hastalarda -0,5, çiftçilerde -0,1, özel sektör çalışanı hastalarda -0,6, öğrencilerde -0,8, çalışmayan hastalarda ise -0,4 bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların mesleklerine göre beklenti ve algı servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde;

Fiziksel özellikler alt boyutunda işçi hastaların servqual ortanca değeri -1, memur hastaların -1, esnaf hastaların -0,4, emekli hastaların -0,8, çiftçilerin -0,8, özel sektör çalışanı hastaların -1,3, öğrencilerin -1, çalışmayan hastaların ise -1'dir. Güvenilirlik alt boyutunda işçi hastaların servqual ortanca değeri -0,9, memur hastaların -1, esnaf hastaların -0,4, emekli hastaların -0,4, çiftçilerin 0, özel sektör çalışanı hastaların -0,2, öğrencilerin -1, çalışmayan hastaların ise -0,2'dir. Heveslilik alt boyutunda işçi hastaların servqual ortanca değeri -0,8, memur hastaların -1, esnaf hastaların 0, emekli hastaların -0,5, çiftçilerin 0, özel sektör çalışanı hastaların -0,3, öğrencilerin -0,8, çalışmayan hastaların -0,3 olarak bulunmuştur. Güven alt boyutunda işçi hastaların servqual ortanca değeri -0,8, memur hastaların -0,8, esnaf hastaların -0,3, emekli hastaların -0,3, çiftçilerin 0, özel sektör çalışanı hastaların -0,5, öğrencilerin -0,6 ve çalışmayan hastaların ise 0'dır. Empati alt boyutunda işçi hastaların servqual ortanca değeri -0,5, memur hastaların -0,6, esnaf hastaların 0, emekli hastaların -0,4, çiftçilerin 0, özel sektör çalışanı hastaların 0, öğrencilerin -0,7, çalışmayan hastaların ise 0 olarak bulunmuştur.

Meslek değişkeni açısından hastaların beklentileri servqual alt boyutlarında farklılık göstermemektedir. Hastaların algıları ise fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutunda ortanca değerler bakımından farklılık göstermektedir. Ae hipotezi reddedilirken, Be hipotezi kabul edilmiştir.

Torun'un 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada hastaların beklentilerine, algılarına ve alt boyutlara ilişkin anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algılamaları aylık gelir eşit ağırlıklı servqual ortanca değeri 500-1500 TL aralığında gelir sahibi olan ve geliri olmayan hastalarda -0,5, 1501-2000 TL aralığında gelir sahibi hastalarda -0,6, 2001 TL ve üzeri gelir sahibi hastalarda -0,7 bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların aylık gelirlerine göre beklenti ve algıları servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde;

Geliri olmayan hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,4, heveslilik alt boyutunda -0,3, güven alt boyutunda -0,3 empati alt boyutunda -0,2 bulunmuştur. 500-1500 TL aralığında gelir sahibi olan hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,2, heveslilik alt boyutunda -0,5, güven alt boyutunda -0,3, empati boyutunda 0 bulunmuştur. 1501-2000 TL aralığında gelir sahibi olan hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -0,8, güvenilirlik alt boyutunda -0,4, heveslilik alt boyutunda -0,5, güven alt boyutunda 0, empati boyutunda 0 bulunmuştur. 2001 TL ve üzeri gelir sahibi hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual skoru -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,8, heveslilik alt boyutunda -0,8, güven alt boyutunda -0,8, empati boyutunda ise -0,6 bulunmuştur.

Aylık gelir değişkeni açısından hastaların beklentileri Servqual alt boyutlarında farklılık göstermemektedir. Hastaların algıları ise güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutunda ortanca değerler bakımından farklılık göstermektedir. Af hipotezi reddedilirken, Bf hipotezi kabul edilmiştir.

Şen'in sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmasında çalışanların gelir düzeyi ile hizmet kalitesi algıları arasında heveslilik boyutunda anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça hizmet kalitesi algı düzeyinin azaldığı bulunmuştur (2010). Demir'in hastalar üzerinde yaptığı araştırmada gelir düzeyi arttıkça hizmet kalitesi algı düzeyinin azaldığı bulunmuştur (2008). Aytekin ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeyi ile gelir durumu karşılaştırıldığında, gelir seviyesi azaldıkça sağlık hizmeti alanların memnuniyet düzeylerinin arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (2012).

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algılarının ikamet ettiklere yere göre eşit ağırlıklı servqual ortanca değeri şehir merkezinde ikamet eden hastalarda -0,6, ilçede ikamet eden hastalarda -0,7, köyde ikamet eden hastalarda -0,4 ve şehir dışından sağlık hizmeti almak için gelen hastalarda -0,4 olarak bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların ikamet ettikleri yere göre beklenti ve algıları servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde;

Şehir merkezinde ikamet eden hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual skoru -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,8, heveslilik alt boyutunda -0,5, güven alt

boyutunda -0,5, empati boyutunda -0,2 bulunmuştur. İlçede ikamet eden hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,6, heveslilik alt boyutunda -0,5, güven alt boyutunda -0,5, empati boyutunda -0,6 bulunmuştur. Köyde ikamet eden hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -0,5, güvenilirlik alt boyutunda -0,4, heveslilik alt boyutunda -0,3, güven alt boyutunda 0, empati boyutunda 0 bulunmuştur. Şehir dışından sağlık hizmeti almak için gelen hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1,3, güvenilirlik alt boyutunda 0, heveslilik alt boyutunda 0, güven alt boyutunda 0 empati boyutunda 0 olarak bulunmuştur.

İkamet yeri değişkeni açısından hastaların beklentileri servqual alt boyutlarından güven ve empati boyutunda farklılık göstermektedir. Hastaların algıları ise güvenilirlik, güven heveslilik ve empati alt boyutunda ortanca değerler bakımından farklılık göstermektedir. Ag ve Bg hipotezi kabul edilmiştir.

Torun'un 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada ilçede yaşayanların güvenilirlik alt boyutu skoru köyde ve il merkezinde yaşayanların skorundan istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$; $p=0,009$). Mirza'nın yapmış olduğu çalışmada ise ikamet yerine göre beklenti ve algı skorlarında ve alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (2010).

Sağlık kurumuna başvuran hastaların sağlık hizmet kalitesi hakkındaki beklentileri ve algılarının hizmet aldıkları dahili veya cerrahi birime göre eşit ağırlıklı servqual ortanca değeri dahili birimden hizmet alan hastalarda -0,4, cerrahi birimden hizmet alan hastalarda -0,6 olarak bulunmuştur.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların hizmet aldıkları dahili veya cerrahi birime göre beklenti ve algıları servqual ölçeği alt boyutları incelendiğinde;

Dahili birimden hizmet alan hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -0,8, güvenilirlik alt boyutunda -0,2, heveslilik alt boyutunda -0,3, güven alt boyutunda -0,3 empati boyutunda -0,2 bulunmuştur. Cerrahi birimden hizmet alan hastaların fiziksel özellikler alt boyutunda servqual ortanca değeri -1, güvenilirlik alt boyutunda -0,6, heveslilik alt boyutunda -0,5, güven alt boyutunda -0,3, empati boyutunda ise -0,6 bulunmuştur.

Hizmet alınan birim açısından hastaların beklentileri servqual alt boyutlarında farklılık göstermemektedir. Hastaların algıları ise fiziksel özellikler, güvenilirlik ve

heveslilik alt boyutlarında ortanca değerler bakımından farklılık göstermektedir. Ah hipotezi reddedilirken, Bh hipotezi kabul edilmiştir.

Fiziksel özellikler alt boyutunda beklenti ortanca değeri 5 iken, algı 4,2, güvenilirlik alt boyutunda beklenti 5, algı 4,2, heveslilik boyutunda beklenti 5 algı 4,2, güven boyutunda beklenti 5 algı 4,5, empati boyutunda ise beklenti 5 algı 4,2 olarak elde edilmiştir. Sağlık kurumuna başvuran hastaların bekledikleri ile algıladıkları sağlık hizmet kalitesi açısından tüm alt boyutlarda hastaların beklenti skorlarının algılama skorlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Ca, Cb, Cc, Cd, Ce hipotezleri kabul edilmiştir.

Sağlık kurumuna başvuran erişkin hastaların beklenti ortanca değeri servqual ölçeği fiziksel özellikler boyutunda 5, algı ortanca değeri 3,75 bulunmuştur. Güvenilirlik boyutunda hastaların beklenti ortanca değeri 5 iken algı ortanca değeri 4,2 bulunmuştur. Heveslilik boyutunda hastaların beklenti ortanca değeri 5, algı ortanca değeri 4,25 bulunmuştur. Güven boyutunda hastaların beklenti ortanca değeri 5, algı ortanca değeri 4,5 bulunmuştur. Empati boyutunda ise hastaların beklenti ortanca değeri 5, algı ortanca değeri 4,2 bulunmuştur. Hastaların beş boyutta hizmet kalitelerinden beklentileri ile algıları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda beklentilerin algılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların sağlık hizmetini kalite bulma durumları ile hastaneyi tekrar tercih etme durumları arasındaki ilişki incelenmiş ve hastaneyi tekrar tercih etme durumunun sağlık hizmetini kaliteli bulma durumuna bağlı olduğu bulunmuştur. Hizmeti kaliteli bulanların aynı kurumu tekrar tercih etme oranı %90,7 iken kaliteli bulmadığı halde aynı kuruma tekrar tercih edebileceğini söyleyen hastaların oranı %55,1 olarak bulunmuştur. D hipotezi kabul edilmiştir.

Beklenti boyutunda hizmet kalitesi bağımsız değişkenleri arasında fiziksel özellikler ile güvenilirlik (0,577), heveslilik (0,553), güven (0,524) ve empati (0,506) alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı ilişki bulunmuştur. Ea hipotezi kabul edilmiştir.

Güvenilirlik alt boyutu ve heveslilik (0,730), güven (0,750) ve empati (0,547) alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyin üzeri anlamlı ilişki bulunmuştur. Eb hipotezi kabul edilmiştir.

Heveslilik alt boyutu ile güven (0,741) ve empati (0,700) alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyin üzerinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ec hipotezi kabul edilmiştir.

Güven alt boyutu ve empati alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı ilişki bulunmuştur. Korelasyon değeri 0,644'dür. Ed hipotezi kabul edilmiştir.

Algı boyutunda hizmet kalitesi bağımsız değişkenleri arasında fiziksel özellikler ile güvenilirlik (0,419), heveslilik (0,311), güven (0,301) ve empati (0,236) alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki bulunmuştur. Fa hipotezi kabul edilmiştir.

Güvenilirlik alt boyutu ile heveslilik (0,809), güven (0,698) ve empati (0,698) alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyin üzeri anlamlı ilişki bulunmuştur. Fb hipotezi kabul edilmiştir.

Heveslilik alt boyutu ile güven (0,815) ve empati (0,780) alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyin üzerinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Fc hipotezi kabul edilmiştir.

Güven alt boyutu ve empati (0,847) alt boyutu arasında pozitif yönlü güçlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Fd hipotezi kabul edilmiştir.

Harput'un yapmış olduğu çalışmada beş hizmet kalitesi boyutu ile ilgili alt boyutlardan biri olan güven boyutunun, empati boyutu üzerine doğrudan ve pozitif yönde etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu ilişkideki korelasyon kat sayısı 0,234 olarak belirlenmiştir (2014). Quiram'ın 1995 yılında 350 kişi ile yapmış olduğu çalışmada alt boyutlar arasında önemli ve anlamlı ilişki bulunmamıştır. LaCoe'nin 2002 yılında gerçekleştirdiği çalışmada tüm alt boyutlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.0001$). Dikmetaş Yardan ve Arslan tarafından 2014 yılında çalışanlar ile yapılan çalışmada heveslilik ve güven alt boyutları arasında (0,820) güçlü ve pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Fiziksel özellikler ile empati alt boyutları arasında (0,5) pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulunmuştur.

Hastaların beklentilerinin en fazla karşılandığı boyut güven (4,50) boyutu iken, en az karşılandığı boyut fiziksel özellikler (3,75) boyutudur.

Torun'un yaptığı çalışmada katılımcıların en yüksek puanı $30,38 \pm 15,26$ puan ile güven konusuna verdiği bulunmuştur (2009). Lim ve Tang'ın Singapur'da yapmış oldukları çalışmada en önemli boyut güven boyutu olarak bulunmuştur (2000). Quiram'ın

yaptığı çalışmada katılımcıların en az güvenilirlik, en çok fiziksel özellikler alt boyutunda tatmin oldukları bulunmuştur (1995). Evans'ın yaptığı çalışmada hastaların en düşük servqual skoru, fiziksel özellikler alt boyutunda bulunmuş iken, en yüksek servqual skoru güvenilirlik alt boyutunda bulunmuştur (2008). Dikmetaş Yardan ve Arslan'ın yaptıkları çalışmada beklentilerin en fazla karşılandığı boyut heveslilik alt boyutu iken, en az karşılandığı boyut fiziksel özellikler alt boyutu olarak bulunmuştur (2014).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen genel sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

Çalışmada hastaların algıladıkları hizmet kalitesi boyutları, eşit ağırlıklı servqual ve servqual ortanca değerleri açısından; bekledikleri hizmet kalitesinden düşük bulunmuştur. Artan teknoloji, her geçen gün gelişen sağlık sektörü ve tüketicinin bilinçlenmesi ile sağlık hizmet kalitesi arayışı nedeniyle hastaların beklentileri artmaktadır. Tüketiciler giderek bilinçlenmektedir. Sağlık kurumunun fiziki şartları da hastaların kararlarını ve tatmin düzeylerini etkileyebilmektedir. Hastane yönetimi hasta beklentilerini belirli aralıklarla ölçerek, beklentilerin karşılanamadığı alanlarda gerekli düzenlemeler yapabilir.

Günümüzde yalnızca sunulan hizmet değil, hizmetin sunulduğu alan, görsellik ve konforu da oldukça önemlidir. Algılamaların düşük çıktığı fiziksel özellikler alt boyutuna yönelik düzenlemeler yapılabilir. Fiziksel özellikler alt boyutunda hastane, hastalar için daha çekici hale getirilebilir, daha fazla dinlenme alanı tasarlanabilir, bina içerisinde daha fazla yönlendirici tabelalar kullanılabilir. Hastaların kendilerini daha mutlu ve enerjik hissedebilecekleri renkler hastane iç dizaynında ve araç-gereçlerde kullanılarak hastane hastalar için daha çekici hale getirilebilir. Hastane yönetimi gerektiğinde bina araç ve gereçlerini yenileyerek ve fiziksel şartlarına daha fazla özen gösterebilir. Yenilikler yakından takip edilerek teçhizatlar daha modern hale getirilebilir. Hastane binalarının görsel açıdan daha çekici hale gelmesi sağlanabilir.

Hastaların beklentileri fiziksel özellikler alt boyutu ile güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutu arasında pozitif yönlü, zayıf düzey anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde güvenilirlik alt boyutu ile heveslilik, güven ve empati alt boyutu arasında da pozitif yönlü, orta düzeyin üzeri anlamlı ilişki bulunmuştur. Heveslilik alt boyutu ile güven ve empati alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta düzeyin üzerinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Güven alt boyutu ile empati alt boyutu arasında pozitif yönlü, güçlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

Hastaların algılamaları fiziksel özellikler alt boyutu ile güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta düzey anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde güvenilirlik boyutu ile heveslilik, güven ve empati alt boyutu arasında da pozitif yönlü, orta düzeyin üzeri anlamlı ilişki bulunmuştur. Heveslilik alt boyutu ile güven ve empati alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta düzeyin üzerinde anlamlı ilişki

bulunmuştur. Güven alt boyutu ile empati alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta düzey anlamlı ilişki bulunmuştur.

Hastanenin çalışanlar ve diğer koşullar düşünüldüğünde güvenilir olması beklenmektedir. Hastanın çalışana güvenmesi ve kendisini güvende hissetmesi önemlidir. Kimi zaman hasta sağlık çalışanın hastalığı ve içinde bulunduğu durum ile ilgili empati kurmasını beklemektedir. Hem çalışanlara hem de hastalara sağlık iletişimi konusunda eğitimler verilebilir. Çalışanların hastaları güvende hissettirebilmeleri ve empati kurabilmeleri için motivasyonlarının sağlanması gerekmektedir. Hastane yönetimi çalışanlar için hasta ile iletişim konusunda eğitimler düzenleyebilir. Çalışanlara, hastalara nasıl güven verebilecekleri konusunda bilgilendirmeler yapılabilir. Hastaların uzun süre beklemelerinin önüne geçmek için tedavilerin verilen randevu saatinde gerçekleştirilmesine özen gösterilebilir. Hastaya hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenebilir. Hastane çalışanları ve yönetimi talep edilen sağlık hizmetini mümkün olan en kısa sürede verebilmek için düzenlemeler yapılabilir. Hastane çalışanlarının mesleki bilgilerini güncel tutmaları için belirli aralıklarla eğitici seminerler düzenlenebilir.

Sunulan hizmetin iyi olduğunun düşünülmesi kurumun tercih edilme durumu üzerinde etkilidir. Kaliteli hizmet sunumunun sağlanması, beklenen koşulların yerine getirilmesi ve mevcut işlemlerin daha kaliteli hale getirilmesiyle kurumun tercih edilme oranlarında artışlar olacağı düşünülmektedir. Kuruma ulaşılabilirlik oldukça önemlidir. Hastanenin donanımlı olması ve hastaların en iyi hastanede olduklarını düşünmeleri de hasta tercihlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Hasta bakım kalitesi giderek önem kazanmaktadır. Kurumun beklentileri karşılamak için sağlık alanındaki yenilikleri takip etmesi ve donanımlarını düzenli olarak yenilemesi önerilir. Çalışmada hizmetin kaliteli bulunması, donanımlı kurumdan hizmet alındığının düşünülmesi ve hekime olan bağlılık tercih nedenleri arasında daha üst sıralarda yer almaktadır. Bölgenin en kaliteli hastanelerinden biri olması ve alanında uzman hekimler ve öğretim üyeleri bulunması da tercih edilme nedenlerindedir.

Algılanan fiziksel özellik ortanca değeri hizmet alınan birime göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Fiziksel özellikler servqual ortanca değeri cerrahi birimlerde dahili birimlere göre daha yüksek elde edilmiştir. Güvenilirlik boyutunda algılanan ortanca değer, dahili birimlerde daha yüksek elde edilmiştir. Algılanan heveslilik ortanca

değeri de dahili birimlerde cerrahi birimlere göre daha yüksektir. Dahili birimlerde fiziksel özelliklerle ilgili düzenlemeler yapılması önerilebilir. Cerrahi birimlerde çalışanlara hasta ile iletişim konusunda eğitimler verilebilir.

Kalite, sağlık kurumunun var oluşu nedeniyle ilgili çok uygulamayı içerdiğinden sağlık yöneticileri tarafından önem verilen konulardan biridir. Sürekli iyileştirme ihtiyacı mevcut durumlara farklı perspektiflerden bakma olanağı tanıyacaktır. Daha fazla kalite arayışında performansın sorgulanması, performansı artıracak kriterlerin sorgulanması kurumun imkanlarını da ortaya koyacak ve sağlık yöneticilerinin sorumluluklarını ne ölçüde yerine getirdikleri hususunda değerlendirme imkanı sağlayacaktır. Kurumun başarılı olabilmesi çok faktöre bağlıdır. Kalite iyileştirme çabaları, sürecin uygulanması yetkisi personele ya da kalite bölümüne devredilmemelidir. Bu süreç bütün çalışanlar tarafından benimsenmelidir. Kalite, yöneticinin gündemleri arasında üst sıralarda yer almalı ve kalite uygulanması gereken zorunlu program gibi görülmemelidir. Kurumun zaten kaliteli olduğu düşünülmemeli her zaman daha iyiye ulaşmak hedeflenmelidir. Mükemmele ulaşmaya çalışmak beraberinde çalışan direncini de doğurabilmektedir. Alışkanlıklar, bilinmeyenden korkma, kendini güvende hissetme isteği gibi nedenler değişime direnç gösterilmesine neden olabilmektedir. Kaynakların sınırlı oluşu da değişimi geciktirebilmektedir. Değişimin gerçekleştirilmesi ve kalite hedefine ulaşılabilmesi için çalışanların değişime açık olması istenmektedir. Değişime açık olmadığı düşünülen kurumlar küçük adımlarla birtakım değişiklikleri gerçekleştirebilirler. Çalışanlar kurum içerisindeki yeniliklerle ve değişimlerle ilgili olarak bilgilendirilmelidir. Yeniliklerle ya da değişim gerektiren alanlarla ilgili panolara duyurular, afişler asılabilir. Değişime açık olmayan çalışanların uyumu için oryantasyon programları düzenlenebilir. Yenilikçilik ve girişimciliğin önemi çalışanlara anlatılmalıdır. Kurumun ulusal ve uluslararası standartlarda sağlık hizmeti üreten, kaliteli sağlık hizmeti üretimine öncülük eden, uluslararası düzeyde bilinen hastane olması için yönetim ve çalışanlar birlikte çalışabilir. Hastane yönetimi kurumu daha kaliteli hale getirmek için projeler oluşturulabilir. Çalışanların katılımının sağlandığı toplantılar düzenlenebilir. Hastane yönetimi kaliteyi sağlamak ve geliştirmek amacıyla bünyesinde kalite birimleri kurabilir. Sağlık kurumu akreditasyon standartlarını takip ederek standartlara uyum sağlamaya çalışabilir. Akreditasyon standartlarına uymayan alanlarda standartlara uygun değişiklikler ve düzenlemeler yapılabilir. Kurumlar için hasta tatminini sağlamak

önceliklerden biridir. Çalışanların becerileri ve hastalarla olan iletişimlerini artırmak için düzenli olarak eğitimler verilebilir. Algılanan kalitenin beklenen kaliteden düşük çıktığı alanlarda çözüm önerileri geliştirilebilir. Çözüm sürecine yalnızca yönetim ve kalite ekipleri değil tüm çalışanlar dahil edilmeye çalışılabilir. Çalışan katılımı ile sorunların daha hızlı çözüleceği ve performanslarının ve kuruma bağlılığın artacağı düşünülmektedir.

Araştırmacılar, yapacakları çalışmalarda bu çalışmayı rehber alarak farklı branşlara başvuran hastaların hizmet kalitesi beklentileri ve algılamaları ile hasta tatmini gibi diğer konuları araştırabilir.



KAYNAKLAR

- Alıcı Ş. kalite maliyetleri ve kalite maliyetlerinin paf modeli çerçevesinde test edilmesine yönelik uygulama. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 38.
- Ali M, Raza S.A, service quality perception and customer satisfaction in ıslamic banks of pakistan: the modified servqual model. Total Quality Management 2017; 28(5): 559-577.
- Alpar R, Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 3. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık 2014; 432-541.
- Arslan Ç, Kelleci M. Üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011: 14(1); 1-8.
- Aytekin S, Bülte S, Ayaz İ, Yıldırım A. Yeni Kurulmakta olan üniversite hastanesinde algılanan hizmet kalitesi ve ölçümü: balıkesir ili örneği, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012; 31(2): 155-175.
- Baltaş Z. Memnuniyet Çalışmaları, İçinde: Sur H, Palteki T, editörler. Hastane Yönetimi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2013; 93-109.
- Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. International Journal for Quality in Healthcare 2001; 13:317-323.
- Bedük A, Modern Yönetim Teknikleri. 2. Baskı, Ankara, Gazi Kitabevi 2011;27-28.
- Bolat T, TKY Konaklama İşletmelerinde Uygulanması. İstanbul, Beta Yayınları 2000.
- Bozkurt R, Hizmet endüstrilerinde kalite. MPM Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı 1995.
- Budiwan V, Efendi. The understanding of indonesian patients of hospital service quality in singapore. Procedia Social and Behavioral Sciences 2016; 224:176– 183.
- Burstin H, Leatherman S, Goldmann D. The evolution of healthcare quality measurement in the united states. Journal of Internal Medicine 2016; 279:154–159.
- Butt M.M, de Run E.C. Private healthcare quality: applying a servqual model. International Journal of Health Care Quality Assurance 2010; 23(7): 658-673.
- Bütün H, Hizmet işletmelerinde kalitenin önemi ve servqual tekniği. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009.

- Ceylan C, Özçelik A.B. A circular approach to servqual and holsat: an implementation suggestion. *Journal of Hotel & Business Management* 2016; 5(1).
- Cronin J, Taylor A. Measuring service quality: a re-examination and extension. *Journal of Marketing* 1992; 56: 55-68.
- Çetin C, Akın B, Erol V. *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi*. 2. Baskı, İstanbul, Beta Yayınları 2011.
- Çobanoğlu N, Çobanoğlu M. Toplam kalite yönetimi açısından hekimlerde iş doyumunu araştırması üzerine tartışma. *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, Ankara, Bildiri Kitabı 1997.
- Çoruh M. Kalite güvence sistemi felsefesi: hastane hizmetlerinde hangi kalite güvence sistemi seçilmeli?, 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara, 2000.
- Dale B.G, Papalexı M, Bamford D, Van Der Wiele A. *managing quality*. Wiley Online Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119302735.ch2/summary>, 2016.
- Deming W.E. *Out of the Crisis*. Cambridge, The MIT Press 2000.
- Demir S. Hastane hizmet kalitesi algılarında farklılaşmaya yol açan sebeplerin incelenmesi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Kocaeli, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Devebakan N, Aksaraylı M. sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde servqual skorların kullanımı ve özel altınordu hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2003; 5(1); 38-54.
- Devebakan N. Sağlık işletmelerinde kalite ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2001.
- Dikmetaş Yardan E, Arslan B. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmet kalitesi değerlendirmeleri, V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Sözel Bildiriler Kitabı 2014; 1: 103-117.
- Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Healthcare*. New York, Oxford University Press 2003; 5.
- Efil İ. *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*. İstanbul, Alfa Yayınları 1999.
- Efil İ. *Toplam Kalite Yönetimi*. 7. Baskı, Bursa, Dora Yayın 2010.

- Eleren A, Bektaş Ç, Görmüş A.Ş. Hizmet sektöründe hizmet kalitesinin servqual yöntemi ile ölçülmesi ve hazır yemek işletmesinde bir uygulama. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi* 2007; 44: 75-88.
- Engin Ö, Kalite yönetiminde bir model: efom mükemmellik modeli. *Mevzuat Dergisi* 2006; 8(100):1-19.
- Erdem Ş, Sağlık hizmetleri pazarlaması: hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2007.*
- Evans L.D. Using servqual to determine veteran healthcare service quality profile with recommendations. Nova Southeastern University, Doctor of Business Administration, 2008.
- Foley T.J, Vale L. What role for learning health systems in quality improvement within healthcare providers?. *Learning Health System* 2017; 1:1-6.
- Ghobadian A, Speller S, Jones M. Service quality: concepts and models. *International Journal of Quality & Reliability Management* 1994; 11(9): 43-66.
- Gürsoy, A. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi: kamu hastanesi uygulaması. *İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013.*
- Harput S. Yeditepe üniversitesi hastanesinde yatan hastalarda beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014.*
- Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul, Yüce Yayın A.Ş 1998.
- Işık O. Algılanan kalitenin hastane marka değerine etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2016; 19(1): 57-72.
- Juran J.M. *Quality Control Handbook*, 4th Edition, New York, Mc-Graw Hill 1988.
- Kansra P, Jha A.K. Measuring service quality in indian hospitals: an analysis of servqual model. *Int. J. Services and Operations Management* 2016; 24(1).
- Kavuncubaşı Ş. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara, Siyasal Kitabevi 2000.
- Kaya S. *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara, Pelikan Yayınları 2005.

- Kaya S. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları 2013.
- Khaled M, Nolan M.B, Rajjo T, Shah N.D, Prokop L, Varkey P, Murad M.D. Creating a patient-centered health care delivery system: a systematic review of health care quality from the patient perspective. *American Journal of Medical Quality* 2016; 31(1): 12–21.
- Kızılcılık S. Türkiye'nin sağlık sistemi medikal sosyoloji denemesi. İzmir, Saray Kitabevleri 1996.
- Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 16. Baskı, Ankara, Beta Basım Yayım Dağıtım 2015.
- Kotler P, Armstrong G. Principles of Marketing. Sixth Edition, New Jersey, Prentice Hall International 1994.
- Küçük O. Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri. 2. Baskı, Ankara Seçkin Yayınları 2010.
- LaCoe C.L. Quality disconfirmation as a predictor of satisfaction of patient care services in a large quaternary healthcare facility. Nova Southeastern University, Doctor of Business Administration, 2002.
- Lehtinen U, Lehtinen J.R. Two approaches to service quality dimensions. *The Service Industries Journal* 1991; 11(3).
- Lim P.C, Tang N.K.H. A study of patients' expectations and satisfaction in singapore hospitals. *International Journal of Healthcare Quality Assurance* 2000; 13(7): 290-299.
- Lupo T. A fuzzy framework to evaluate service quality in the healthcare industry: an empirical case of public hospital service evaluation in sicily. *Applied Soft Computing* 2016; 40: 468–478.
- Marchoo W, Butcher K, Watkins M. Tour booking: do travelers respond to tourism accreditation and codes of ethics initiatives?. *Journal Of Travel & Tourism Marketing* 2014; 31: 16-36.
- McLaughlin C.P, Kaluzny A.D. Defining Quality Improvement: Past, Present And Future İçinde Continuous Quality Improvement İn Healthcare Theory. Implementation and Applications, 2nd edition, Maryland, Aspen Publishers 1999; 20-25.
- Mirza M. Hastanelerde hizmet kalitesinin servqual analizi ile ölçülmesi: eskişehir doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde bir alan araştırması. Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Kütahya, Yüksek Lisans Tezi, 2010.

- Oakland, J.S. Statistical Process Control, London, Fifth Edition, MPG Books Limited 2003.
- Øvretveit J. Total quality management in european healthcare. International Journal of Health Care Quality Assurance 2000; 13(2):74-80.
- Özalp S, Şahin Ü, Ünlüoğlu İ. Sağlık hizmetlerinde kalite ve eğitim ile ilişkisi. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, Bildiri Özet Kitabı 2000.
- Özen Ü, Çam H, Yalçın Aslan F. Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bakış: gümüşhane devlet hastanesinde örnek uygulama. Akademik Yaklaşımlar Dergisi 2011; 2(1).
- Özevren M. Toplam Kalite Yönetimi Temel Kavramlar ve Uygulamaları, İstanbul 1997.
- Öznlbant Z. Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama, AfyonKarahisar 2010.
- Öztürk M. Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar. İstanbul, MTM Yayın 2000.
- Parasuraman A, Zeithaml V.A and Berry L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985; 69.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L.L. understanding customer expectations of service. Sloan Management Review 1991; 32(3): 39-48.
- Sarp N. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, Ankara, Siyasal Kitabevi 2014
- Sevimli S. Hizmet sektöründe kalite ve hizmet kalitesi ölçümü üzerine bir uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Shafii M, Rafiei S, Abooe F, Bahrami M.A, Nouhi M, Lotfi F, Khanjankhani K. Assessment of service quality in teaching hospitals of yazd university of medical sciences: using multi-criteria decision making techniques. Osong Public Health Res Perspect 2016; 7(4): 239-247.
- Shaw C.D. Hospital Accreditation And Medical Tourism. In: Lunt, N., Horsfall, D., Hanefeld, J, Editörler. Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility. 2015; 370-378.
- Solmaz M. Hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti ve hacettepe erişkin hastanesinde bir uygulama. Gazi Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Spath P. Introduction to healthcare quality management. Washington, Aupha Press 2009; 1-8.

- Şimşek H. Toplam Kalite Yönetimi: Kuram, İlkeler, Uygulamalar. 2. Baskı, Ankara, Seçkin Yayınları 2013.
- Şimşek M. Sorularla TKY ve Kalite Güvence Sistemleri. İstanbul, Alfa Yayınları 2000.
- Şimşek M. Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, Alfa Yayınları 2004.
- Tomak L, Bek Y. Kalite Kontrol Yöntemleri ve Sağlık Alanında Kullanımı. Samsun 2014.
- Torun E. Dr. Sami ulus çocuk hastalıkları hastanesinde beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- TÜSEB 2017. Türkiye sağlık enstitüleri başkanlığı.
<http://www.tuseb.gov.tr/tuseb-hakkinda>, 2017
- TÜSKA 2017. Tüska hakkında.
<http://tuseb.gov.tr/tuska/tuska-hakkinda>, 2017.
- Uyguç N. Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım. 1. Baskı, İzmir, Dokuz Eylül Yayınları 1998.
- Wang Y, Lo, H.P, Yang Y. An Integrated framework for service quality, customer value, satisfaction: evidence from china's telecommunication industry, information systems frontiers. 2004; 6(4): 325–340.
- Wardhani V, Utarini A, Jitze V.D, Doeke P, Groothoff J.W. Determinants of quality management systems implementation in hospitals. Health Policy 2009; 89: 239-251.
- World Health Organization (WHO). Constitution of The World Health Organization, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement 2006.
- Wyszewianski L. Basic Concepts Of Healthcare Quality. In: Ransom S.B, Joshi M.S, Nash D.B, Editors. The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy And Tools. Chicago, Health Administration Press 2005; 25-29.
- Yatkın A. Toplam Kalite Yönetimi, 1. Baskı, Ankara, Nobel Yayınları 2003.
- Yalkın S. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve kalitenin servqual yöntemi ile ölçülmesine yönelik bir uygulama. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Yerebakan M. Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası 2000; 26.

- Yıldırım O. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin “servqual” ölçeği ile değerlendirilmesi: sağlık sektöründe bir uygulama. Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yıldız Karagöz N. Sağlık sektöründe kalite yönetimi kapsamında hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik analitik bir değerlendirme. Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Manisa, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Yin S.Y, Huang K.K, Shieh J.I, Liu Y.H, Wu H.H. Telehealth services evaluation: a combination of servqual model and importance-performance analysis. *Qual Quant* 2016; 50: 751–766.
- Yücel M. Toplam Kalite kontrolü açısından istatistiksel süreç kontrol tekniklerinin önemi. 8. Türkiye Ekonometri ve İstatistik Kongresi, Malatya 2007; 1-21.
- Zafer İ. Yatan hastaların hizmet kalitesi algılarının servqual skoruna göre incelenmesi. VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya 2016.
- Zorlutuna Y. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Ankara 1997.
- Quiram J.B. Use of the servqual scale to measure expectations and perceptions of service quality in an ambulatory healthcare setting. Texas A&M University, Doctor of Philosophy 1995.

EKLER

Ek-1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurul İzin Yazısı

Ek-2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Tarafından Kabul Edilen Anket İzin Yazısı

Ek-3 Anket Formu



Ek-1



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

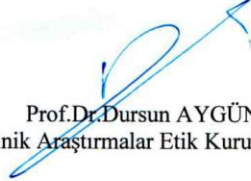
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/700

10.02.2017

Sayın Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hastaların Sağlık Hizmetleri Kalitesini Algulamaları Üzerine Bir Uygulama** başlıklı OMÜ KAEK 2017/36 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 09.02.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-2



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-044-E.27824
Konu : Gizem Zevde AYDIN'ın Anket Çalışması

16/03/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 09/03/2017 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.25687 sayılı yazımız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gizem Zevde AYDIN'ın "Hastaların Sağlık Hizmetleri Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama" konulu tez çalışması ile ilgili anket uygulamasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzadır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile iletmiştir.

Ek-3

“HASTALARIN SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNİ ALGILAMALARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA”

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Aşağıda hizmet almak için başvurduğunuz hastaneden beklentilerinizi ve almış olduğunuz hizmetin kalitesine ilişkin algılarınızı ölçen sorular yer almaktadır.

Lütfen soruları bu gelişinizde aldığınız hizmeti göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Sorulan sorulara vereceğiniz yanıtlar hastanenin kalitesini iyileştirmek ve eğitim amaçlı kullanılacaktır. ANKETİMİZİ CEVAPLARKEN KESİNLİKLE “AD SOYAD” BELİRTMEYİNİZ.

Katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. İlgilerinize teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Arş Gör. Gizem Zevde AYDIN
e-posta: gizemzevde.aydin@omu.edu.tr
Tel: 05543680404

BÖLÜM 1

Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek
Doğum Tarihiniz (Lütfen yıl olarak belirtiniz) :		
Medeni Durumunuz:	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli
Eğitim Durumunuz (Okuryazar değil, İlköğretim, Lise, Ön Lisans, Lisans, Lisansüstü):		
	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü
Mesleğiniz:.....		
Aylık Geliriniz:.....		
İkametgah Yeriniz:	<input type="checkbox"/> Şehir Merkezi	<input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> Köy <input type="checkbox"/> Şehir Dışı.....
Sağlık Güvenceniz (SGK, Özel Sağlık Sigortası, Diğer, Güvencem Yok):		
	<input type="checkbox"/> SGK	<input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Güvencem Yok
Hizmet aldığınız birim (Hangi servis ya da poliklinik):.....		
Bu Hastaneye kaçınıcı gelişiniz:.....		
Bu hastaneyi neden tercih ettiniz?		
Size verilen sağlık hizmetini genel olarak değerlendirdiğinizde kaliteli buluyor musunuz?		
	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

BÖLÜM 2

(1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum,
4: Katılıyorum, 5: Tamamen Katılıyorum)

Aşağıda tanımlanan her öge için, sağdaki numaralar arasından soruyla ilgili yargınızı en iyi yansıtan numarayı lütfen yuvarlak içine alınız.

SERVQUAL Beklenti Ölçeği					
1.	Hastaneler modern teçhizat ve donanımına sahip olmalıdır.	1	2	3	4 5
2.	Hastane binaları görsel açıdan çekici olmalıdır.	1	2	3	4 5
3.	Hastane çalışanları iyi giyimli ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	1	2	3	4 5
4.	Hizmet verilirken kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.	1	2	3	4 5
5.	Hastaneler teşhis ve tedavi hizmetlerini verdikleri randevu saatinde gerçekleştirmelidir.	1	2	3	4 5
6.	Hastaların problemleri olduğu zaman, hastaneler bu problemlerin çözümünde sempatik ve güven verici olmalıdır.	1	2	3	4 5
7.	Hastalara uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmalıdır.	1	2	3	4 5
8.	Hastaneler, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirmelidir.	1	2	3	4 5
9.	Hasta kayıtları düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.	1	2	3	4 5
10.	Hastaneler, hastalarına hizmeti ne zaman yerine getireceğini söylemelidir.	1	2	3	4 5
11.	Hastane çalışanları, talep edilen hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir.	1	2	3	4 5
12.	Hastane çalışanları, hastalara yardım konusunda her zaman istekli olmalıdır.	1	2	3	4 5
13.	Hastane çalışanları çok yoğun olsalar bile, hastaların isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermelidir.	1	2	3	4 5
14.	Hastane çalışanları, hastalara güven vermelidir.	1	2	3	4 5
15.	Hastalar aldıkları hizmete ilişkin işlemlerde ve çalışan ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmelidir.	1	2	3	4 5
16.	Hastane çalışanları kibar olmalıdır.	1	2	3	4 5
17.	Hastane çalışanları, yeterli bilgiye sahip olmalı ve soruları yanıtızsız bırakmamalıdır.	1	2	3	4 5
18.	Hastalar ihtiyaç hissederse özel ilgi gösterilmelidir.	1	2	3	4 5
19.	Hastane çalışanları, hastalara kendilerini özel hissettirmeli ve özel ilgi göstermelidir.	1	2	3	4 5
20.	Hastane çalışanları, hastaların ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmeli ve hastaların menfaatlerini her şeyin üzerinde tutmalıdır.	1	2	3	4 5
21.	Hastaneler, hasta çıkarlarını ön planda tutmalı ve elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	1	2	3	4 5
22.	Hastanelerin çalışma saatlerinin hastalar için uygun zaman diliminde olması gerekmektedir.	1	2	3	4 5

BÖLÜM 3

(1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum,

4: Katılıyorum, 5: Tamamen Katılıyorum)

Aşağıda tanımlanan her öge için, sağdaki numaralar arasından soruyla ilgili yargınızı en iyi yansıtan numarayı lütfen yuvarlak içine alınız.

SERVQUAL Algı Ölçeği						
1.	Bu hastane modern teçhizata sahiptir.	1	2	3	4	5
2.	Bu hastanenin binaları görsel açıdan çekicidir.	1	2	3	4	5
3.	Bu hastanenin çalışanları iyi giyimli ve temiz görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
4.	Bu hastanede, hizmet sunumunda kullanılan malzemeler modern ve kullanışlıdır.	1	2	3	4	5
5.	Bu hastanede, teşhis ve tedavi hizmetleri verilen randevu saatinde gerçekleştirilmektedir.	1	2	3	4	5
6.	Bu hastanenin çalışanları, hastaların problem çözümlerinde ilgilidir.	1	2	3	4	5
7.	Bu hastanede uygulanan işlemler, ilk seferinde ve doğru olarak yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
8.	Bu hastane, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmektedir.	1	2	3	4	5
9.	Bu hastane, kayıtlarını düzenli ve eksiksiz tutmaktadır.	1	2	3	4	5
10.	Bu hastanede, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman sunulacağı söylenmektedir.	1	2	3	4	5
11.	Bu hastanenin çalışanları, hizmeti mümkün olan en kısa sürede vermektedir.	1	2	3	4	5
12.	Bu hastanenin çalışanları, hastaya yardım etme konusunda her zaman isteklidir.	1	2	3	4	5
13.	Bu hastanenin çalışanları, yoğun olsalar dahi hastaların isteklerine yanıt vermektedir.	1	2	3	4	5
14.	Bu hastanenin çalışanları, hastalara güven vermektedir.	1	2	3	4	5
15.	Bu hastanede, hastalar aldıkları hizmete ilişkin işlemlerde ve çalışanlar ile ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmektedir.	1	2	3	4	5
16.	Bu hastanenin çalışanları kibardır.	1	2	3	4	5
17.	Bu hastanenin çalışanları, yeterli bilgiye sahiptir ve soruları yanıtsız bırakmamaktadır.	1	2	3	4	5
18.	Bu hastanede çalışanlar, hastaların ihtiyaç hissetmesi halinde, hastaya bireysel ilgi göstermektedir.	1	2	3	4	5
19.	Bu hastanenin çalışanları, hastalara kendilerini özel hissettirmekte ve özel ilgi göstermektedir.	1	2	3	4	5
20.	Bu hastanenin çalışanları, hastaların ihtiyaçlarını bilmekte ve onların menfaatlerini her şeyin üzerinde tutmaktadırlar.	1	2	3	4	5
21.	Bu hastane, hasta çıkarlarını ön planda tutmakta ve hasta için elinden gelenin en iyisini yapmaktadır.	1	2	3	4	5
22.	Bu hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman dilimindedir.	1	2	3	4	5

BÖLÜM 4

Hastanelerin hizmetleri ile ilgili olarak aşağıdaki tabloda 5 özellik sıralanmıştır. Lütfen bu özellikleri önem derecesine göre toplamı 100 puanı aşmayacak şekilde puanlandırınız. Verdiğiniz puanların toplamının 100 olmasına dikkat ediniz.

1) Hastanenin söz verdiği hizmet konusunda problem yaşanmaması (Örneğin: hizmetin zamanında, kusursuz ve güvenli şekilde sunulması gibi) puan
2) Hastanenin hastalarına yardım etme istekliliği ve problemlerin hastayı tatmin edecek şekilde çözülmesi puan
3) Hastanenin genel olarak değerlendirilmesi (Örneğin: araç-gereç, personelin görünüşü gibi) puan
4) Hastanenin hastalarına olan ilgisi puan
5) Personelin bilgi seviyesi ve güven aşılama kabiliyeti puan
TOPLAM	100 PUAN

- Bu hastaneyi tekrar tercih eder miydiniz?

Evet

Hayır

ÖNERİLERİNİZ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ankete Katılımınız İçin Teşekkür Ederim.

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Gizem Zevde AYDIN

Doğum Yeri: Mersin

Doğum Tarihi: 22.02.1993

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Hacettepe Üniversitesi - Lisans 2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Yüksek Lisans

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2016-Halen

e-posta: gizem.zevde@gmail.com

