

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ
PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK KURUMLARINDA SERVQUAL MODELİ İLE
ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR ÜNİVERSİTE
HASTANESİ ÖRNEĞİ

Lokman Onur EKİNCİ

Danışman
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ

İZMİR - 2021

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Kurumlarında SERVQUAL Modeli ile Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği” adlı çalışmanın, tarafımdan akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Lokman Onur EKİNCİ

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Kurumlarında SERVQUAL Modeli ile Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

Lokman Onur EKİNCİ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Günümüzde hizmet sunan kuruluşların verimli çalışabilmesi, işletmelerin rekabet ortamındaki gücüne, müşteri memnuniyetine dolayısıyla hizmetlerinin kalitesine bağlıdır. Bu sebeple hizmet kalitesi, hayati bir unsur haline gelmiştir. İşletmeler, müşterilerini elde tutup sadık hale getirmek ve onlara katma değer sağlamak, ayrıca işletmenin verimliliğini, karlılığını, markalaşmayı ve rekabet piyasasında gücünü arttırabilmek için hizmet kalitesine büyük önem vermektedir. Bu bağlamda bu konu bilim adamlarının da dikkatini çekmiş, hizmet kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi hakkında pek çok araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalar arasında kuşkusuz Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL modeli hizmet kalitesinin ölçümü için en çok bilinen ve uygulanan modeldir.

Bu çalışma, hizmet kalitesini ölçmek için SERVQUAL modeli vasıtasıyla hasta beklentisi, hasta algısı ve hasta beklentisi ile algısı arasındaki farka odaklanmıştır. Uygulama, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden hizmet alan 333 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hastalara uygulanan anket sonucunda elde edilen veriler, katılımcıların demografik özellikleri analiz edilerek, katılımcıların demografik özelliklerine göre beklenti ve algılama düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, hastaların beklentileri, algılama düzeylerinden daha yüksek, bir başka deyişle hastanenin hizmet kalitesi puanı düşük çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet, Sağlık Hizmetleri, Kalite, Hizmet Kalitesi, Servqual Modeli.



ABSTRACT

Master's Thesis

Evaluation of Perceived Service Quality with SERVQUAL Model in Health

Institutions: A University Hospital Example

Lokman Onur EKİNCİ

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Business Administration

Management of Hospital and Healthcare Organizations Program

Nowadays, the efficient operation of service providers depends on the power of the enterprises in the competitive environment, customer satisfaction and therefore the quality of their services. For this reason, service quality has become a vital element. Businesses attach great importance to service quality in order to retain their customers and make them loyal and add value to them, as well as to increase the efficiency, profitability, branding and competitiveness of the business. Therefore, this subject has also attracted the attention of scientists, and many studies have been conducted on the measurement and evaluation of service quality. Among these studies, the SERVQUAL model developed by Parasuraman, Zeithaml and Berry is undoubtedly the most well-known and applied model for the measurement of service quality.

This study focuses on patient expectation, patient perception and the difference between patient expectation and perception through the SERVQUAL model to measure service quality. The application was carried out on 333 patients who received service from Erzincan Binali Yıldırım University Mengücek Gazi Training and Research Hospital. The data obtained as a result of the questionnaire applied to the patients were analyzed, and the expectations and perception levels of the participants were compared according to the demographic characteristics of the participants. As a result of the analysis, the expectations of the patients were higher than their perception levels, in other words, service quality score of the hospital was low.

Keywords: Service, Healthcare Services, Quality, Service Quality, Servqual



**SAĞLIK KURUMLARINDA SERVQUAL MODELİ İLE ALGILANAN
HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR ÜNİVERSİTE
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
EKLER LİSTESİ	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. HİZMET KAVRAMI	
1.1.1. Hizmetin Özellikleri	5
1.1.1.1. Soyutluk	5
1.1.1.2. Ayrılmazlık	6
1.1.1.3. Heterojenlik	6
1.1.1.4. Dayanıksızlık	7
1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması	7
1.2. SAĞLIK KAVRAMI	11
1.2.1. Sağlık Hizmetleri	12
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	12
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	13
1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	14

1.2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	15
1.2.3.4. Rehabilitasyon Hizmetleri	15

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTE KAVRAMI, HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

2.1. KALİTE KAVRAMI	17
2.1.1. Kalitenin Tarihçesi	19
2.1.2. Kalitenin Boyutları	21
2.1.3. Kalitenin Unsurları	22
2.1.3.1. Tasarım Kalitesi	22
2.1.3.2. Uygunluk Kalitesi	22
2.1.3.3. Performans Kalitesi	23
2.2. HİZMET KALİTESİ	23
2.2.1. Hizmet Kalitesinin Önemi	24
2.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları	25
2.2.3. Hizmet Kalitesi Modelleri	27
2.2.3.1. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Boşluk Modeli	28
2.2.3.2. Grönroos'un Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	31
2.2.3.3. Cronin ve Taylor'ın Servperf Modeli	33
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	34
2.3.1. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Özellikleri	36

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE SERVQUAL ANALİZİ

3.1. HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ	38
3.2. SERVQUAL ANALİZİ	38
3.2.1. Servqual Anket Formu	39
3.2.2. Servqual Skorunun Hesaplanması	43
3.2.3. Servqual Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler	43

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ'NDE ANKET UYGULAMASI

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	46
4.2. Araştırmanın Metodolojisi	46
4.2.1. Gereç ve Yöntemler	47
4.2.2. Araştırmanın Kısıtları	47
4.2.3. Verilerin Toplanması	47
4.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	47
4.2.5. Güvenirlik Analizi	48
4.3. ELDE EDİLEN BULGULAR VE KARŞILAŞTIRMALARI	50
4.3.1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri	50
4.3.2. Servqual Puanlarının Hesaplanması	51
4.3.3. Demografik Özelliklerin Beklenti ve Algı Puanlarına Etkisi	53
4.3.3.1. Demografik Özelliklerin Beklentide Yarattığı Farklılıklar	56
4.3.3.2. Demografik Özelliklerin Algı Üzerinde Yarattığı Farklılıklar	62
4.3.3.3. Demografik Farklılıkların Servqual Puanları Üzerine Etkisi	72
SONUÇ	84
KAYNAKÇA	88
EKLER	

KISALTMALAR

ASQ	American Society of Quality
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
IOM	Institute of Medicine
SPM	Service Process Matrix



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Hizmetin Özellikleri	s. 5
Tablo 2: Hizmet Sınıflandırmasına Yönelik Çalışmalar	s. 8
Tablo 3: Hizmetlerin Yapılarına Göre Sınıflandırılması	s. 10
Tablo 4: Hizmet Süreç Matriksi (SPM)	s. 11
Tablo 5: Hizmet Kalitesinin Boyutları	s. 25
Tablo 6: Hizmet Kalitesinin Boyutları	s. 39
Tablo 7: Güvenilirlik Analizi	s. 48
Tablo 8: Faktör Analizi	s. 49
Tablo 9: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	s. 51
Tablo 10: SERVQUAL Puanları	s. 52
Tablo 11: Cinsiyete Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması	s. 54
Tablo 12: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması	s. 55
Tablo 13: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması	s. 57
Tablo 14: Katılımcıların Eğitim Seviyesine Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması	s. 58
Tablo 15: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması	s. 60
Tablo 16: Katılımcıların Gelirin Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması	s. 62
Tablo 17: Katılımcıların Cinsiyete Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması	s. 64
Tablo 18: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması	s. 65
Tablo 19: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması	s. 67
Tablo 20: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması	s. 68

Tablo 21: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması	s. 70
Tablo 22: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması	s. 72
Tablo 23: Katılımcıların Cinsiyete Göre Tüm Boyutlarda İçin SERVQUAL Puanlarının İncelenmesi	s. 74
Tablo 24: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması	s. 75
Tablo 25: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması	s. 77
Tablo 26: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması	s. 79
Tablo 27: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması	s. 81
Tablo 28: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması	s. 83

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması	s. 13
Şekil 2: Boşluk (GAP) Analiz Modeli	s. 30
Şekil 3: Algılanan hizmet kalitesinin belirleyicileri	s. 31
Şekil 4: Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli	s. 32
Şekil 5: Cronin ve Taylor'ın Servperf Modeli	s. 33
Şekil 6: Omachonu'nun Sentezci Modeli	s. 35



EKLER LİSTESİ

EK 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	ek s. 1
EK 2: Başhekimlik İzni	ek s. 5
EK 3: SERVQUAL Anket Soru Kaynakları	ek s. 6



GİRİŞ

Günümüzde artan rekabetle birlikte kamu ve özel sektör örgütlerindeki yapısal değişiklikler, teknoloji, tüketicilerin bilinçli hale gelmesi ve diğer unsurlar; tüm alanlarda kaliteli ve nitelikli ürün ya da hizmet üretmenin daha da önemli hale gelmesine zemin hazırlamıştır. Bu sebeple, kaliteli ürün ya da hizmet üretimi işletmelerin en önemli konularından biri haline gelmiştir. Ürün ya da hizmet kalitesinin öneminin farkında olan yöneticiler, akademisyenler ve araştırmacılar; kalite kavramına giderek daha fazla önem göstermektedirler.

Hizmet sektöründe kaliteyi yakalamak son derece önemli hale gelmiş, hizmet işletmeleri de üretim işletmeleri gibi kalite birimlerini oluşturmuşlardır. Hizmetlerin, dokunulmazlık, ayrılmazlık, heterojenlik ve dayanıksızlık özelliklerinin yanı sıra insan faktöründen dolayı, işletmeler doğru stratejiler belirlemek zorunda kalmışlardır. Bu stratejilerin odak noktası ise müşterilere kaliteli hizmet arz etmektir (Goldkuhl & Röstlinger, 2000: 2).

Sahip olduğu müşterilerini elinde tutmak ve müşteri potansiyelini arttırmak için hizmet işletmeleri; daha kaliteli hizmet vermek amacıyla çeşitli çalışmalar yapmakta ve hizmet arzının devamında da bu uygulamalara devam etmektedirler. Müşterileri var oldukça ayakta kalmaya devam edecek olan hizmet işletmeleri, müşteri beklentilerini ve hizmetten aldıkları performansları göz önünde bulundurmak zorundadır. Bu sebeple de işletmeler, kalite ölçüm modellerini kullanarak, hizmetin beklenen ve algılanan kalitesini ölçmektedirler (Wisniewski, 2001: 381).

Hizmet kalitesinin ölçülmesi hakkında literatürde değişik bakış açılarıyla farklı ölçüm modelleri ortaya atılmıştır. Bu model ve yöntemlerin içinde en çok kullanılanı; “Servqual” yöntemidir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985: 41).

Sağlığın sadece bireyler nazarında değil, aynı zamanda toplumlar ve devletler içinde son derece hassasiyet teşkil eden bir alan olması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin arzı büyük bir öneme sahiptir. Günümüzde sağlık sektöründeki yoğun rekabet nedeniyle hizmet kalitesi sağlık hizmeti veren kurumlar için daha önemli hale gelmektedir. Ayrıca, internetin bir mecra olarak pazarlamada yer edinmesi ile, sağlık hizmetinde bireyler karşılaştıkları olumlu ya da olumsuz durumları daha hızlı ve efektif şekilde yayabilmektedir.

Müşterilerin, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemi hakkında daha bilinçli hale gelmeleriyle birlikte, “hasta ve çalışan memnuniyeti kavramları” sağlık işletmeleri için önemli bir konu haline gelmiş dolayısıyla işletmeler kendi bünyelerinde bu konuyla ilgili araştırma yapmaya yönelmişlerdir. Sağlık kurumlarının bu bağlamda yapmış oldukları araştırma neticesinde elde ettikleri veriler kurumların hangi alanlarda iyileştirme yapmaları gerektiğinin tespitinde önemli rol oynamaktadır (Babakus ve Mongold, 1992: 768).

“Sağlık Kurumlarında SERVQUAL Modeli ile Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği” adlı çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hizmet kavramı, hizmetlerin özellikleri, hizmetlerin sınıflandırılması, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ele alınacaktır. İkinci bölümde, kalite, hizmet kalitesi, hizmetin kalitesinin boyutları, hizmet kalitesini etkileyen faktörler, hizmet kalitesi modelleri ve sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde ise hizmet kalitesinin ölçümü ve SERVQUAL ölçeği metodolojik olarak incelenmiştir. Dördüncü bölümde katılımcılara uygulanan SERVQUAL ölçeği ile aldıkları hizmet hakkındaki beklentileri ve algılarına ilişkin bulgular analiz edilecek, analiz sonuçları yorumlanacaktır.

Araştırmanın amacı Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Araştırma Hastanesi’nden hizmet alan katılımcıların, demografik özelliklerini saptamak, hizmet kalitesine ilişkin beklentilerini anlamak, algıladıkları hizmet kalitesini tespit etmek ve tüm veriler birlikte ele alınarak beklenti-algılama üzerinde yarattığı farklılıkları belirlemektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI ve SAĞLIK HİZMETLERİ

Global ekonomik akış içerisinde, hizmet sektörünün refah düzeyinin artması ile birlikte önemi ciddi düzeyde artmıştır. Hizmet sektörünün kendi içerisinde yarattığı ekonomik değerlerle hizmet ekonomisi olarak adlandırılması kaçınılmaz olmuştur. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerinde ki artan hizmet sektörü yatırımları hizmet kavramının önemini bu tür ülkeler için daha da arttırmaktadır. Bununda nedeni gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ki ekonomik büyüme ve kalkınmadaki gereksinimlerdir. İktisat tarihi incelendiğinde, gelişmekte olan ülkelerin, tarımdan sanayiye yavaş (sanayileşmesini geç tamamlamış dolayısıyla rekabet düzeyi düşük kalmış) akabinde hizmet sektörüne geçiş yaşadığı görülmektedir. Bu geçiş hizmetlerin tanımı hakkında bir takım değişiklikleri de beraberinde getirmiştir. Özellikle ihtiyaçlar hiyerarşisi dikkate alındığında bireylerin yaşam beklentilerini arttırmaya yöneldikleri gözlemlenmiş, bu doğrultuda sağlık hizmetleri, hizmet sektörünün baş aktörlerinden biri haline gelmiştir.

1.1. HİZMET KAVRAMI

Üretim faktörleri değerlendirildiğinde hizmet kavramı, sanayileşmeye göre daha kolay erişilebilir ve geliştirilebilir olduğundan dolayı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerinde anahtar bileşenlerden biri haline gelmiştir. Ülkelerin gayri safi yurt içi hasıllarının bileşenleri incelendiğinde, özellikle sanayileşmesini geç tamamlamış gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek oranlara sahip olduğu gözlemlenmektedir (Cali, Ellis, ve Willem te Velde, 2018: 1). Ekonomik büyümenin lokomotiflerinden biri olan hizmet sektörü refah ekonomisinde de önemli bir rol oynamaktadır. Bunun olabilmesinin sebebi, hizmet sektörünün diğer sektörlerden daha fazla istihdam yaratarak, üretim faktörlerinden daha hızlı faydalanabilmesidir.

İçerdiği anlam olarak hizmet kavramı kişiden kişiye değişmektedir. Hizmet kavramına ilişkin tanımlamalar Adam Smith'in Ulusların Zenginliği'nden başlamış olup halen tanımlamalar sürdürülmektedir. Soyut bir kavram olması ve bireye göre

değişen marjinal fayda algısıyla hizmet kimi zaman ölçülemez ve tanımlanması daha zor bir hale getirir.

Haywood-Farmer ve Nollet, hizmeti tanımlamanın zorluğunu;

“25 yılı aşkın bir çalışma süresine rağmen, hizmet yönetimi alanındaki akademisyenler hizmetin ne olduğu konusunda hemfikir olamamıştır. Hatta kati bir tanıma yaklaşma ihtimalinin azaldığı dahi görülmektedir... Buradaki esas problem, birkaç kelimeyle gelişmiş ulusların ekonomik faaliyetinin yüzde 75'ini tanımlamaya çalışmaktır. " (Nollet ve Haywood-Farmer, 1991: 11) şeklinde ifade etmektedir.

Bununla birlikte, hizmet insanların çalışma alanları ve görüşlerine göre farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Lehtinen, hizmeti eşzamanlı olarak üretilen, pazarlanan ve tüketilen soyut bir faaliyet veya süreç olarak tanımlamıştır (Lehtinen ve Lehtinen, 1982: 444).

Johnston ve Clark'a göre hizmet tanımı, "müşteriye sunulan ve müşteri tarafından alınan sonuçların ve deneyimlerin birleşimidir. Müşterilerin bakış açısına göre hizmet, deneyimlerin ve hizmetin sonucuna ilişkin algıların birleşimidir. Hizmet yapısı itibarıyla fiziksel olarak soyut bir yapıdadır. Üretim ve tüketimi eşzamanlı olması sebebiyle bir süreci temsil eder (Johnston, Clark, ve Shulver, 2012: 7).

Lovelock ise hizmeti, üretici ve tüketicilerin refahları için ellerinde ki değerleri değiş tokuş ederek birbirlerine fayda sağlama eylemi olarak tanımlamaktadır. Bir başka açıdan ise hizmet, hizmet sağlayıcılarının performanslarının bütünü olarak tanımlanmıştır. Müşteriler istedikleri sonuca ulaşmak için hizmet satın alırlar ve firmalar tüketicilerin sorunlarına çözüm getirerek hizmetlerini müşteri yararına satarlar. Müşteriler bu satın alma işleminden bir miktar değer beklediklerinde, sahipliğin değiş tokuşunun yanı sıra fiyat, zaman ve teslimat süreci gibi birçok değerle ilgili unsur ortaya çıkar (Lovelock ve Wirtz, 2011: 14).

Ekonomik faaliyetlerin sonucundaki üretim, genellikle somut ve soyut olarak iki türde şekillenmektedir. Somut çıktılar, müşterilerin elleriyle dokunabileceği, gözle görebileceği ürünleri ifade etmektedir.

1.1.1. Hizmetin Özellikleri

Literatürde, hizmetleri mallardan ayıran bir dizi ayırt edici özelliklere sahip olduğu ve bu özelliklerin hizmetlerin sunumu üzerinde önemli etkileri olduğu kabul edilmektedir. Genel olarak bu özellikler soyutluk, ayrılmazlık, heterojenlik ve dayanıksızlıktır (Palmer, 2014: 16).

Tablo 1: Hizmetin Özellikleri

Hizmetin Özellikleri	
Soyutluk Hizmetler görülemez, tadılamaz, hissedilemez ya da koklanamaz	Ayrılmazlık Hizmetlerde üretim ve tüketim birbirinden ayrılamaz
Heterojenlik Hizmetin kalitesi kimin tarafından, hangi zamanda ve nerede yapıldığına göre farklılık gösterir	Dayanıksızlık Hizmetler, ileri bir zamanda kullanılmak ve satılmak için depolanamazlar

Kaynak: Armstrong ve diğerleri, 2000: 246

1.1.1.1. Soyutluk

Hizmetlerin ilk özelliği olan soyutluk, hizmetlerin satın alınmasından önce dokunulamayacağını veya görülemeyeceğini bir diğer deyişle beş duyu organı ile hissedilemeyeceğini ifade etmektir. Bu sebeple hizmetlerin ürünlere nazaran değerlendirilmesi daha zor hale gelmektedir (Kerin R. , Berkowitz, Rudelius, ve Hartley, 2005: 323). Literatürde soyutluk; fiziksel soyutluk (dokunulamayan) ve zihinsel soyutluk (zihinsel olarak kavranamayan) olarak ikiye ayrılır (Blut, Beatty, Evanscitzky, ve Brock, 2014: 278). Fiziksel soyutluk, hizmetin bireyin duyularına erişemezliği anlamına gelirken, zihinsel soyutluk, bireylerin hizmetin net bir imajını zihinlerinde oluşturmadaki zorluğu olarak ifade edilmektedir (Laroche, Bergeron, ve Goutaland, 2001:30).

Çoğu somut ürünün aksine, hizmet yalnızca sunum esnasında ve sonrasında değerlendirilebilir. Hizmetlerin soyut yapıda olmalarından dolayı oluşan belirsizlik nedeniyle müşterilerin hizmet algısında subjektif sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Bitner M. J., 1992: 63). Bu sebeple işletmeler, müşterilerin algısında ki belirsizliği azaltmak amacıyla, verilen hizmeti soyut yapıdan somut yapıya dönüştürebilmek adına çeşitli

ipuçları, semboller yaratmaya ve fiyat politikaları oluşturmaya çalışmaktadır (Kotler, 1994: 466).

1.1.1.2. Ayrılmazlık

Üretim ve tüketimin ayrılmazlığı, hizmetlerin genelini karakterize eden bir özelliktir. Fiziksel mallar önce üretilir ve depolanır; sonra satılır ve tüketilirken; hizmetleri ise, ilk olarak satılır sonra da üretimi ve tüketimi eşzamanlı olarak gerçekleştirilir. Tüketicilerin hizmetin sunumu esnasında hazır bulunması gerektiğinden dolayı hizmet üreticisiyle yakın temasta olması gerekmektedir. Bu sebeple üretim ile tüketim birbirinden ayrılamaz. Ayrılmazlık aynı zamanda, üretici ve tüketicinin yekvücut olduğu anlamına gelmektedir. Bu durumda hizmetin sunumu yalnızca doğrudan dağıtımı mümkün kılmaktadır (Zeithaml, Bitner, ve Gremler, 2006: 17). Hizmeti sunan bireyler veya işletmeler hizmetinin kendine özgü olduğunu, bir başkasının aynı şekilde hizmet sunamayacağı fikrini, hizmet alıcısına benimsetmeye çalışır (Mucuk, 2017: 308).

1.1.1.3. Heterojenlik

Hizmetlerin heterojenliği veya değişkenliği, hizmetlerin standartlaştırılmasındaki güçlüklerle ilgilidir (Edgett ve Parkinson 1993: 26). Heterojenlik, hizmet alıcılarını sadece sonuçlar açısından değil, hizmetin üretim süreci açısından da etkiler (Palmer, 2014:18). Hizmetler yapısal olarak aynı içeriğe sahip olsalar dahi, farklı kişiler tarafından sunulduğunda ve bu kişilerin performansının günden güne, müşteriden müşteriye ve çalışma koşullarına endeksli olarak subjektif bir değere ulaşırlar ve mamullere nazaran daha fazla değişkenlik gösterir yani standart bir yapıdan uzaklaşırlar. Bu nedenle hizmeti üreten personelin üretim ve sunum esnasındaki davranışlarının tutarlılığı, tüketim ve olumlu geri dönüş adına önem arz eder (Mucuk, 2017: 308).

Bir başka görüşe göre ise hizmetlerin heterojen yapısı olumsuz veya zayıf bir faktör olarak değerlendirilmemiş, doğru hizmet sunucusuna sahip olması durumunda değişkenliğin tüketicinin bireysel ihtiyaç ve isteklerine uygun hizmet sunumuna

katkıda bulunacağı, hatta bu durumun üreticilere bir fayda ve farklılaştırma avantajı sağlayabileceği düşünülmektedir (Onkvisit ve Shaw,1991: 8).

1.1.1.4. Dayanıksızlık

Dayanıksızlık, hizmetlerin önceden üretilip ardından talebi karşılamak için saklanamayacağı, bir diğer deyişle stoklanamayacağı anlamına gelmektedir (John ve Storey, 1998: 188). Adam Smith bu durumu “sıradan hizmetçinin emeği, herhangi bir nesne ya da satılır mal üzerinden kökleşip maddeleşmez. Onun hizmetleri, genel olarak, yapılıp yapılmaz kaybolur gider, arkasında bir iz veya değer bırakmaz” şeklinde açıklamıştır (Smith, 1776: 358).

Hizmetlerin bir diğer özelliği ise talebin fazla dalgalanmasıdır (Mucuk,2017: 308). Hizmet üreticileri, talep dalgalanmaları sonucunda yetersiz sermaye veya insan kaynaklarına sahip olması ya da ek personel çalıştırma gibi sebeplerden dolayı büyük miktarda kayıp yaşayabilir. Sonuç olarak da hizmet önceden üretilip ve gerektiği kadarıyla depolanamadığı için piyasalarda ki talep düzeylerine karşılık veremeyerek maksimum kar elde etme durumunu kaçırabilir (Sasser, 1976: 135)

Dayanıksızlığı azaltmak için hizmet üreticileri, arz-talep dengesini dengelemeye çalışmalı, talebin düşük olduğu zamanlarda, fiyatlarda indirim, personel sayısında azalma ve kapasite kullanımı düşürme; talebin fazla olduğu zamanlarda ise ek personel çalıştırma gibi önlemler almalıdır (Assael,1993: 492).

1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmet sektöründe ki çeşitlilik, özellikle şirket yöneticileri için hizmet kuruluşlarının yönetimi ile ilgili çıkarımlar ve genellemeler yapmayı zorlaştırmaktadır. Bu nedenle çok sayıda araştırmacı, hizmeti sınıflandırabilmek için çeşitli yaklaşımlar geliştirmeye odaklanmıştır. Kuramsal olarak bu sınıflandırmalar yapılırken hizmeti kimin ürettiğine, hizmetin hangi amaçla üretildiğine ve hizmetin bir ürünle ilişkili olup olmadığına dikkat edilmiştir. Söz konusu çalışmaların bir kısmı Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Hizmet Sınıflandırmasına Yönelik Çalışmalar

Yazar	Kategori/Grup
Judd (1964)	Kiralık mallara dair hizmetler Sahip olunan mallarla dair hizmetler Mallardan bağımsız hizmetler
Rathmell (1974)	Satıcıya göre hizmetler Alıcıya göre hizmetler Satın alma güdülerine göre hizmetler Satın alma uygulamaları Sunulan ürünün özelliklerine göre hizmetler
Shostack(1977) Sasser,Olsen,Wykcoff (1978)	İnsana dayalı hizmetler Makineye dayalı hizmetler Soyut hizmetler Somut hizmetler
Hill (1977)	İnsanları ya da malları etkileyen hizmetler Hizmetin kalıcı ve geçici etkileri Hizmetlerin tersine çevrilebilirliği Hizmetin bireysel ve zihinsel etkileri Bireysel ve toplu hizmetler
Chase (1978,1981)	Hizmetin ulaştırılması sürecinde müşteriyle olan temasın derecesi: - Yüksek etkileşimli hizmetler - Düşük etkileşimli hizmetler
Kotler (1980)	İnsana veya araç-gerece dayalı hizmetler. Müşterilerin, hizmetin arz edildiği yerde bulunmasının önemi. Müşterinin kişisel ihtiyaçları ya da işletmenin ihtiyaçları. Özel ya da kamu hizmeti Kâr amacı güden ya da kâr amaçsız hizmetler
Lovelock(1980,1983)	1. Hizmete karşı talebin özellikleri: Hizmet arzu yapılan kişiler ya da nesneler olması. - Arz-talep dengesizliğinin derecesi - Müşteriler ve hizmet sağlayanlar arasındaki ilişkilerin sürekli veya geçici olması. 2. Hizmetin içeriği ve yararları - Fiziksel ürünlerin hizmet içinde yeri - Kişisel hizmetlerin hizmetlerin bütünündeki yeri - Tahminlenen faydanın zamanlaması ve süresi 3. Hizmetin tedariki prosedürleri; - Hizmetlerin tek yerde veya birçok yerde sunulması - Kapasitenin düzenlenmesi - Hizmetlerin bağımsız ya da toplu tüketimi - Zamana göre tanımlanan ya da göreve tanımlanan işlemler Hizmetin ulaştırılması esnasında müşterinin bulunmasının zorunluluk derecesi; 1. Hizmet akdinin yapısı - İnsanlara ya da nesnelere yönelik somut hareketler 2. Müşterileriyle ilişkiler - Hizmeti sürekli dağıtımı - Ayrı işlemler - Üyelik 3. Hizmetin ulaştırılmasında bireye göre öncelik: Müşteri ilişkilerinde personel tarafından kullanılan öncelik - Hizmetlerin şahsa özel olması 4. Talebin arzla ilişkisinin yapısı: - Arzın sınırlandırılmış olma derecesi - Talepteki dalgalanmaların derecesi 5. Hizmet ulaştırma yöntemleri - Hizmetin tek ya da çok yerde ulaştırılması - Hizmetin hizmeti sağlayana ya da müşterilerin isteklerine göre ulaştırılması

Yazar	Kategori/Grup
Schmenner (1986)	1. Etkileşim ve hizmetin kişiye özel olma derecesi: a. Düşük b. Yüksek 2. Emek yoğunluğu derecesi a. Düşük b. Yüksek
Mersha (1980)	Müşteri ile Temas Derecesi Aktif Temas Pasif Temas
Chase, Hayes (1991)	Rekabet Aşamasına Göre
Kelloog, Nigg (1995)	Hizmet Üretimi-Hizmet

Kaynak: Grönroos, 1990: 32-33

Judd hizmetleri, kiralık mallara dayalı hizmetler, sahip olunan mallara dayalı hizmetler ve mallardan bağımsız hizmetler olarak üç başlık altında sınıflandırmıştır (Judd, 1964: 59). Benzer şekilde Rathmell alıcı ve satıcının profillerine, alıcının satın alma güdüsüne, satın alma uygulamalarına göre ve düzenleme derecesine göre hizmetleri sınıflandırmıştır (Rathmell, 1966: 34).

Daha yeni sınıflandırma şekilleri, hizmetlerin farklılıklarının yanı sıra hizmetin kalitesini ve sürecini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla hizmetin sunumunun karmaşık doğasını araştırmaya başlamışlardır. Shostack, hizmetlerin somut ve soyut yapısına dayanarak ürün-hizmet paketi kavramını geliştirmiştir (Shostack, 1977: 79). Buna paralel şekilde Levitt, ürün ve hizmetin ayrımını yaparken, hizmeti daha emeğe dayalı, ilkel ve verimsiz bir şekilde nitelerken, ürünü makinelere dayalı, verimli ve ileriye dönük bir şekilde tanımlamıştır (Levitt, 1976: 34).

Belirtilen çalışmaların yanı sıra bir dizi araştırmacı hizmetlerin çok yönlü yapısına değinmektedir. Lovelock hizmetleri beş farklı şemada sınıflandırarak, hizmetlerin doğasının, pazarlanmasını ve yürütülmesini nasıl etkilediğini incelemektedir. Lovelock bu durumu beş soru altında incelemiştir (Lovelock, 1983:10):

- 1- Hizmet kanununun doğası nedir?
- 2- Hizmet üreticilerinin müşterilerle ilişkisi ne durumdadır?
- 3- Hizmet sağlayıcılarının özelleştirme ve değerlendirme konusunda durumu nedir?
- 4- Hizmete dair arz ve talebin niteliği ne durumdadır?
- 5- Hizmetin sunumu nasıl olmalıdır?

Bu beş soru ile yöneticilerin, hizmet sürecini daha iyi anlayacaklarını savunmuştur.

Tablo 3: Hizmetlerin Yapılarına Göre Sınıflandırılması

	İnsan	Mal veya Ürün
Somut Eylemle	İnsan Bedenine Yönelik Hizmetler • Sağlık Hizmetleri • Konaklama Hizmetleri • Spor Hizmetleri	Fiziksel Varlıklara Yönelik Hizmetler • Nakliye Hizmetleri • Mimarlık Hizmetleri • Bakım-Onarım Hizmetleri
Soyut Eylemle	İnsan Zihnine Yönelik Hizmetler • Eğitim Hizmetleri • Radyo-TV-Sinema • Halkla İlişkiler	Soyut Varlıklara Yönelik Hizmetler • Bankacılık Hizmetleri • Sigortacılık Hizmetleri • Muhasebecilik Hizmetleri

Kaynak: Lovelock, 1984: 51

Chase, hizmet sistemini, müşteri ile olan temas noktasında sınıflandırılmasını öne sürmüştür. Hizmetin doğrudan müşteri ile teması noktasında sistemin verimliliği düşmekte, tersi durumda da doğrudan temasın azalması ile en yüksek hizmet verimliliğine ulaşılabileceğini savunmaktadır (Chase, 1981: 706).

Müşteri ile iletişimi daha detaylı şekilde ele alan Schmenner, hizmetin sunum sistemini üç özelliğe dayandırarak Hizmet Süreç Matrisini (SPM) önermiştir. SPM hizmetleri “emek yoğunluğu” ve “müşteri etkileşimi ve özelleştirme” olarak iki başlık altında incelemiştir. Schmenner, hizmetleri tablo 4’ de gösterildiği gibi hizmet süreci matrisinde dört kategoriye ayırmıştır (Schmenner, 1986: 25). Bu dört kategori; hizmet tesisi, hizmet kurumu, toplu hizmet ve profesyonel hizmet olarak adlandırılmıştır. Hizmet kurumu ve profesyonel hizmetler olarak kategorize edilen hizmetler, yüksek derecede etkileşim ve kişiselleştirme kapsamına girer.

Hizmet süreci matrisinde dikkate alınan iki tür parametre vardır. İlk parametre etkileşim ve kişiselleştirme derecesi, ikinci parametre ise emek yoğunluğunun derecesidir. Emek yoğunluğunun derecesi, emek maliyetinin sermaye maliyetine oranı ile ölçülür (Schmenner, 1986: 25).

Tablo 4: Hizmet Süreç Matrisi (SPM)

İşgücü Yoğunluğu	Etkileşim ve Özelleştirme Derecesi		
		Düşük	Yüksek
	Düşük	Hizmet Tesisi • Havayolları • Taşımacılık • Oteller • Tatil ve Dinlenme tesisleri	Hizmet Kurumu • Hastaneler • Oto Tamircileri • Diğer tamir hizmetleri
	Yüksek	Toplu Hizmet • Perakende mağazacılık • Toptancılık • Okullar • Bireysel bankacılık	Profesyonel Hizmet • Doktorlar • Avukatlar • Muhasebeciler • Mimarlar

Kaynak: (Schmenner, 1986: 26)

1.2. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramı insanoğlunun diğer tüm birikimlerinde olduğu üzere içerik ve kapsam bakımından devamlı olarak gelişimini sürdürmektedir (Ateş, 2016, :1). Antik Yunan döneminden günümüze kadar sağlık konusunda çok farklı görüşler ileri sürülmüştür. En sık alıntı yapılan tanım; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil; ayrıca fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden iyilik durumu” olarak açıklanmaktadır. (WHO, 1948: 100).

1978 yılında, DSÖ “2000 yılına kadar herkes için sağlık” raporunda sağlık kavramını, kişinin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürmesini sağlayan kişisel refah hali olarak tanımlanmıştır. Öte yandan Huber ve diğerleri sağlığı bireyin sosyal, fiziksel ve duygusal zorluklar karşısında uyum sağlama ve kendi kendini yönetme becerisi olarak tanımlamıştır (Huber ve diğerleri, 2011: 2). Sağlık kavramı daha detaylı olarak ele alındığında subjektif ve objektif olarak iki ana tanımda incelenmektedir (Birol, 2016: 17). Subjektif sağlık kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan kendisini anlama durumu iken, objektif sağlık, sağlık uzmanlarının teşhis ve tanı işlemleri sonucunu içermektedir. Bir diğer deyişle bir kişinin sağlıklı olması, bireyin hem subjektif hem de objektif olarak sağlıklı olmasıdır. (Romaniuk, 2013: 87).

1.2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonuyla birlikte, toplum ve bireyler için hastalıklara karşı önleyici tedbirler alınması, sağlık düzeylerinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünüdür. Sağlık bakanlığı; sağlık hizmetlerini, insan sağlığına zarar veren unsurların bertaraf edilmesi ve toplumun bu unsurların etkilerinden korunması, hastaların tedavi ve rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerin tamamı olarak tanımlamıştır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018: 38).

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği diğer hizmetlerle benzerlikleri ve farklılıkları vardır. Sağlık hizmetleri, genellikle sağlık mesleği mensubu ve sağlık hizmeti kullanıcısı gibi paydaşlar arasında yakın etkileşim içinde sunulan, yüksek düzeyde bilgi yoğunluğu içeren hizmetlerdir. Diğer hizmetler gibi diğer hizmet türlerine benzer şekilde, sağlık hizmetleri de doğası gereği soyuttur (Berry ve Bendapudi, 2007: 111). Ancak paydaşları sağlık hizmetlerinin sunumunu destekleyebilecek tıbbi cihazlar gibi somut teknolojilerde kullanır (Schwarz ve diğerleri, 2016: 2).

Sağlık hizmetleri doğası gereği birbirinden ayrılamaz. Bu durum, sağlık hizmeti kullanıcılarının genellikle sağlık hizmetinin verildiği alanlarda fiziksel olarak bulunması gerektiği anlamına gelir. Ayrıca, sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık mesleği mensuplarına kıyasla bilgi açısından dezavantajlı olduğu da dikkate alınmalıdır. Bilgide asimetri olarak da ifade edilen limon teorisinden hareketle, bir sağlık hizmeti talep eden kişinin, bu probleme ilişkin bilgisi kendi hissettiği, algıladığı düzeyde olup, sağlık hizmeti arz eden tarafın ise bu algılanan problemlerle birlikte tanı koyduğu bir durum söz konusudur. Bu durumda sağlık talep edeninde kendi şikayetlerini ifade etme yetisi bağlamında demografik özellikleri anlam kazanmaktadır (Berry ve Bendapudi, 2007: 111).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinde, kendine has özellikleri yer almaktadır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Odabaşı, 2001: 27):

- Sağlık hizmetlerinin alternatifi yoktur.

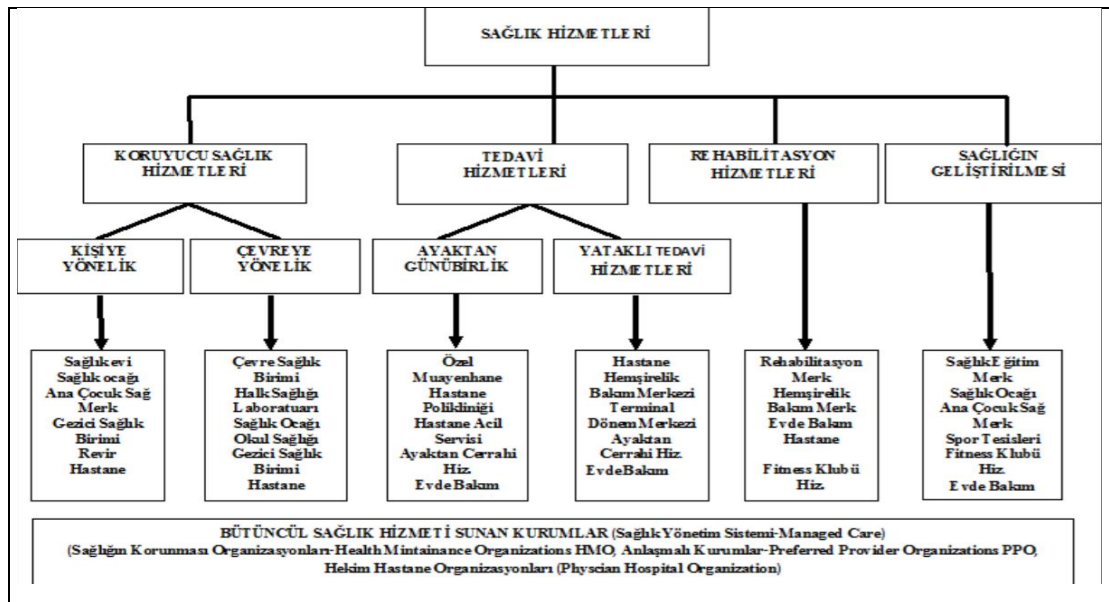
- Acil sağlık hizmetlerinin ertelenmesi mümkün değildir.
- Talebi tesadüfidir.
- Emek yoğunudur.
- Sağlık hizmetlerinin sınırlarını hizmeti alanlar değil sunucular belirler.
- Sağlık hizmetleri edinenlerin davranışları irrasyoneldir.
- Hizmet öncesinde hizmetten alınan doyum ve kalitenin tahmini mümkün değildir.
- Sağlık hizmetlerinin çıktısı nakde dönüştürülemez.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri Şekil 1’ de ifade edildiği üzere üç başlık halinde sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleridir.

Şekil 1: Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması



Kaynak: Kavuncubaşı ve Şahin,2018: 39

1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ana amacı, kişinin ve toplumun sağlığının müdafaası ve geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak önlemler almaktır. Örneğin, aile planlaması, beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi, bağışıklık artırma gibi işlemler bu sağlık hizmetini kapsamındadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018: 38). Bu hizmetlerin maliyetlerinin az olması ve yüksek etkiye sahip olması sebebiyle özgün bir kamu ekonomisi üretimi olarak kabul görürler (Sayım ve Çıraklı, 2009: 349).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak iki başlık altında değerlendirilebilir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat, 2018: 79).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin çevresinde kendisini olumsuz yönde etkileyebilecek çevresel faktörleri minimize edecek girişimlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Su kaynaklarının denetimi, katı atıkların denetimi gibi politikalarda uygulandığı üzere, çevreye yönelik sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün pozitif dışsallıkla tüm sektörleri etkilemektedir (Akdur, 1998: 13).

Bunun yanında, koruyucu sağlık hizmetlerinin sekiz adet özelliğinden bahsedilmektedir. Bunlar (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2018: 82);

- Tedavi hizmetlerine göre sunumunun daha efektif ve ucuzdur.
- Uygulanışı kolaydır.
- İfa edilmesinde araç-gereç ve personele olan ihtiyaç azdır.
- Gerekli personelde aranan niteliklerin çok yüksek olması gerekmez.
- Uygulanışında ihtiyaç duyulan teknoloji daha basit ve ucuzdur.
- Tedavi edici sağlık kurumlarının yükünü azaltmaktadır.
- İş gücü kaybı minimize edilir.
- Bu hizmetlerin uygulanışı vasıtasıyla çevre düzenlemesi de yapılmış olur.

1.2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler, sağlığı bozulan kişilerin eski sağlık durumlarına geri dönmeleri sağlamak amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018:42). Kişilerin, kendini hasta hissetmesi ve sağlık kontrolünden geçmek istemesi sonucunda muayene, teşhis ve tedavi ile ilgili sunulan hizmetleri içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak üç sınıfa ayrılmaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002: 4).

Birinci basamak tedavi hizmetleri, genellikle uzmanlaşmamış sağlık personeli tarafından ifa edilmekle birlikte, hastaların evde ya da ayakta edilmesini sağlamaktadır. Bu hizmetler genellikle sağlık ocakları, toplum sağlık merkezleri ve dispanserlerde verilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018: 44).

İkinci basamak tedavi hizmetleri ise, uzmanlaşmış sağlık personeli tarafından hastane gibi büyük ölçekli sağlık kurumlarında uygulanmaktadır. Bu hizmetlerin ana amacı, birinci basamak tedavi hizmetlerinde tedavi edilememiş hastalıkların tedavisini sağlamaktır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2018: 83).

Son olarak üçüncü basamak tedavi hizmetleri, tedavi amacını ön planda tutan, ikinci basamak tedavi hizmetlerinde teknolojik, bilgi ve yetiştirilmiş eleman eksikliği sebebiyle verilemeyen hizmetleri sağlamaktadır. Eğitim ve araştırma hastaneleri bu hizmeti veren sağlık kuruluşlarına örnek olarak gösterilebilir (Kısa, 2002: 32)

1.2.3.4. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kazalardan ötürü oluşan çeşitli kalıcı bozuklukların ve sakatlıkların, hastaların yaşam kalitelerini etkileyen olumsuzlukları engellemek ya da bu etkiyi asgari seviyeye indirmek için sunulan sağlık hizmetleridir (Akdur,1998: 14). Bu hizmetler, rehabilitasyon merkezlerinde, uzman sağlık personeli tarafından sağlanmaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri iki başlık altında incelenmektedir. Bu hizmetler şu şekildedir (Hayran,1997: 18):

1. Tıbbi Rehabilitasyon: İnsan bedeninde meydana gelen kalıcı bozuklukların ve sakatlıkların mümkün olduğunca düzeltilmesi ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasını içeren hizmetlerdir.
2. Sosyal Rehabilitasyon: Bedensel bozukluğu veya engeli olan kişilerin günlük hayata entegre edilmesini, hayatlarını tek başına idame ettirebilmesi amacıyla hizmet veren çalışmalardır.



İKİNCİ BÖLÜM

KALİTE KAVRAMI, HİZMET KALİTESİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Çalışmanın ikinci bölümünde kalite ve hizmet kalitesi kavramlarından bahsedilecek olup, kalitenin tarihsel olarak süreci, hizmet sektöründe kalitenin etkileri ve bu etkilerin sağlık hizmetlerine yansımalarından bahsedilecektir. Bunun yanında hizmet kalitesi modellerinden Boşluk modeli (1985), Grönroos'un kalite modeli (1992) ve Servperf Hizmet Kalitesi modeli (1993) hakkında detaylı bilgiler verilecektir.

2.1. KALİTE KAVRAMI

Mal ve hizmetlerin kalitesi, bir kuruluşa rekabet avantajı sağlayabilir. Kalite iş dünyasında başarının ve müşteri memnuniyetinin elde edilmesinin anahtarıdır. Kalite, küresel iş ortamında herhangi bir organizasyonun hayatta kalması ve büyümesi için temel gereksinimlerin başında gelmektedir.

Kalite zaman içerisinde değişim geçiren, tarih boyunca ele alınmış ve alınmakta olan bir fikirdir (Öztürk, 2013: 5). Etimolojik olarak latince “qualita” teriminden gelmekle birlikte, bir nitelik veya özellik olarak ifade edilmektedir (Halis, 2016:78). Niteliklerin bir özneye atfedilmesi ve özelliklere sahip olması sebebiyle bazı kalitenin tanımlanamayacağı da iddia edilmektedir. Çağdaş felsefe, kalite fikrini, özellikle belirli türdeki niteliklerin birbirinden nasıl ayırt edileceğine odaklanması olarak tanımlamakta ve bu da kalitenin tanımı konusunda tartışma yaratmaya devam etmektedir (Charantimath, 2019: 3).

Sower ve Fair, her uzmanın kaliteyi farklı şekilde tanımladığını ve kaliteyi tanımlamak için çeşitli bakış açılarına sahip olduklarını belirtmiştir (Sower ve Fair, 2008: 8).. Tarihsel süreç içerisinde kalite konusunda çalışan kişi ve kuruluşlar çok çeşitli tanımlar yapmışlardır. Amerikan Kalite Topluluğu'na (ASQ) göre kalitenin iki anlamı vardır (American Society for Quality, 2020). Bu tanımlardan ilki bir ürün veya hizmetin belirtilen ya da ima edilen gereksinimleri karşılama kabiliyetine dayanan özellikleridir. Diğer ise kalitenin kusursuz bir ürün veya hizmet olmasıdır.

Feigenbaum'a göre kalite kullanılan ürün ve hizmetin, müşteri beklentilerini karşılayacağı pazarlama, mühendislik, imalat ve bakımın toplam bileşimidir (Feigenbaum, 1951: 1). Broh, kaliteyi kabul edilebilir bir fiyata mükemmellik derecesinin ve kabul edilebilir bir maliyetle değişkenliğini kontrolü olarak ifade etmiştir (Broh, 1982: 3). Bir başka görüşe göre kalite, kullanım veya amaca uygunluk açısından, müşteri ihtiyaçlarını karşılayan ve dolayısıyla müşteri memnuniyetini sağlayan ürünlerin özellikleridir (Juran, 1951: 2). Kalite, gereksinimlere uygunluktur. Bir ürün veya hizmetin tasarımcıları tarafından belirlenen hedef ve toleransları ne seviyede karşıladığının cevabıdır (Crosby, 1979: 15; Taguchi, 1983: 140).

Ennew ve Binks kalitenin, bir hizmetin veya ürünün tasarlandığı belirli bir görevi yerine getirme yeteneği olduğunu açıklamıştır (Ennew & Binks, 1992: 59). Lagrosen ise kalite tanımının, o sektörün karşılaştığı özel durumlar için müşteri memnuniyeti yaratan endüstrinin özellikleriyle tanımlanabileceğini öne sürmüştür (Lagrosen, 2001: 348).

Campbell'a göre kalitenin genel tanımı: mükemmellik, hedefleri veya beklentileri karşılama (Steffen, 1988:56) ve "sıfır kusur" (kullanıma uygunluk) olarak ifade edilmiştir (Campbell ve diğerleri, 2000: 1614).

Ayrıştırılmış tanım, kalitenin çok boyutlu ve kompleks olduğunu kabul eder. Bu tanım, bireysel bileşenlere veya boyutlara vurgu yapan bu tanımda erişilebilirlik, etkililik ve verimlilik, kabul edilebilirlik ve eşitlik, uygunluk, kapsamlılık ve süreklilik gibi bileşenlere işaret edilmiştir (Maxwell, 1992: 173; HSRG, 1992: 2154). Tek başlarına değerlendirildiğinde, bileşenler kalitenin kısıtlı bir görünümünü sunar, ancak bütünsel bakıldığında daha fazla bilgi sahibi olunmasını sağlar (Campbell ve diğerleri, 2000: 1614).

Reeves ve Bednar'a göre kalite kavramının gelenekselden stratejiğe kadar çeşitli tanımları vardır. Konvansiyonel kalite tanımları, genellikle kaliteli bir öğeyi iyi yapılandırılmış ve uzun süre dayanacak bir ürün olarak tanımlamaktadır. (Reeves ve Bednar, 1994: 419).

2.1.1. Kalitenin Tarihçesi

Kalitenin tarihsel sürecini incelediğimizde; kalite yönetimi ve kalite tanımlarının ilkel toplumlara kadar uzandığı görülmektedir. İlkel toplumların var olduğu dönemlerde, insanların, hangi meyvelerin yenilebilir hangilerinin zehirli olduğunu anlamak için çaba harcadıkları; avcılarının ise, avlanma silahları olan okların yapımında hangi ağaçtan yapacakları malzemenin en iyisi olduğunu anlamak için deneme yanılma yöntemiyle çaba sarf ettiği bilinmektedir. Bu insanlar elde ettikleri bilgi ve deneyimleri nesilden nesile aktarmışlardır (Halis, 2016: 25).

Kalite ile ilgili bilinen en eski kayıtlar, M.Ö. 2150 yıllarına rastlayan Hammurabi Yasalarıdır. Hammurabi yasalarında kalite ile ilgili birkaç madde bulunmaktadır ki bunlar (Halis, 2016: 27);

- Bir inşaat ustasının yaptığı ev, yeterince uygun ve sağlam olmaz ise ev sahibinin üzerine yıkılır ve ölümüne sebep olabilir. Eğer ev sahibi ölürse, inşaatı yapan usta; ev sahibinin çocuğu ölürse inşaat ustasının çocuğu öldürülür.
- Eğer inşaatın bir bölümü zarara uğramışsa, inşaat ustası zararı karşılamalıdır ve kendi bütçesiyle yeniden inşa etmelidir.
- İnşaat ustası, tamamlanmamış binanın duvarı yıkılmışsa, kendi bütçesinden karşılayarak binayı sağlamlaştırmalıdır.
- Birisi için inşa edilen tekne eğer sağlam yapılmamışsa ve 1 yıl içinde denize açıldığında zarar görürse; tekne ustası kendi bütçesiyle tekneyi tamir edip sağlamlaştırıp sahibine geri vermelidir.

Mısır Piramitlerinin, Yunan ve Roma mimarilerinin sağlamlığı ve mükemmelliği; o dönemlerde kalite kontrolüne önem verilerek yapıların inşa edildiğinin kanıtlarıdır (Gencel, 2001:171).

17. yüzyılda kalite ilgili çalışmalara baktığımızda, İngiltere Kralı I. Charles'ın ordunun kullanacağı silahların sağlamlığını ve verimliliğini kontrol edecek ve belli bir standarda göre yapımını sağlayacak bir komisyon oluşturulması örnek olarak verebilir (Çağlar ve Kılıç, 2006:9).

Sanayi devrimi ile birlikte üretimdeki yenilikler kalitenin gelişim sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Sanayi devrimi Hobsbawm'a göre dünya tarihinde

dönüşümü sağlayan en önemli dinamiklerden biridir. Ekonomide değişim ve fabrika üretiminde hızlı bir artış söz konusu olmuştur. Endüstri ya da sanayi devrimiyle, küçük ölçekli işletmeler etkisini yitirmiş ve fabrikalar üretimde söz sahibi olmuşlardır. Üretimde artış ve maliyetlerde düşüş yaşanmıştır. “Ulusların Zenginliği” adlı eserinde Adam Smith, üretimde fabrika ve küçük zanaatlar arasındaki farklılığı açıklamıştır. Fabrika üretimi, kalite kontrolünde bir takım önemli standartları beraberinde getirmiştir (Halis, 2016: 26).

19. yüzyılda Henry Ford’un minimum maliyet ile maksimum düzeyde ürün üretme girişimi, üretimde kaliteli ürünü kötü ürünlerden ayıklama anlayışını ortaya çıkarmıştır (Sönmez, 2005: 85). Frederic W. Taylor’ın 19. Yüzyıl sonlarında yazdığı Bilimsel Yönetimin İlkeleri Teorisi, devrim niteliğindedir. Taylor’a göre bilimsel yönetim anlayışı, kurallara, yasalara, standartlara dayalı olan bir olgudur. Taylor’un teorisi; üretimde verimsizliği azaltmak ve gereksiz zaman kaybını önlemek amacıyla; üretim organizasyonunda jest, ritim ve hız tekniklerinin tespit ve analizini yapmaya, üretim faaliyetlerinin daha önceden planlanmasına ve saat başı ücret sistemine dayanmaktadır. Taylor’un amacı, bir fabrikada çalışan işçilerin yaratmış olduğu verimsiz faaliyetlerin, tüm ülkeyi ne kadar büyük bir zarara uğrattığını basit örneklerle gösterebilmek ve sistematik bir yönetim ile bunun engellenebileceğini kanıtlamaktır (Özer, 2012: 33).

20. yüzyıla geldiğimizde, bilim ve teknoloji alanındaki önemli ilerlemenin ve gelişmelerin, insanların hayat standartlarını arttırıcı etkilerinin yanında çevreye ve sağlığa yönelik tehditleri de beraberinde getirmesiyle birlikte, çevreye duyarlı ürünlerin tasarlanıp geliştirilmesi sonucunu doğurmuştur. Devletin kalite düzenlemelerine katılımı bu dönemde daha da önem arz etmiş, tüketici koruma hareketleri ortaya çıkmış ve ülkeler arasında kalite konusunda rekabet söz konusu olmuştur. 20. Yüzyılda rekabet alanında birinci sırada olan ülke Japonya’dır. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra Japon ürünlerinin ihraç edilememesi, Japonları kalite konusunda tetiklemiş ve yapılan başarılı çalışmalarla 1950’den sonraki uzun bir süreçte Japonya dünya lideri konumuna erişmiştir (Halis, 2016: 43). 1950’lerde Juran’ın, ABD ve Japonya’da toplam kalitenin geliştirilmesi adına yapmış olduğu çalışmalar ile 1962’de Ishikawa’nın “kalite çemberleri” çalışması önemli örneklerdir (Yalçın, 2014: 19).

2.1.2. Kalitenin Boyutları

1987 yılında Garvin, kalitenin strateji kavramı çerçevesinde tartışılması gerektiğini önermiştir. Bu stratejilerin parçalara bölünmesi ve yönetilebilir hale getirilmesi halinde işletmeler rekabet ortamında uygun pazar alanlarında hizmet sunabileceklerdir. Garvin bir ürünün kalitesini sekiz boyutta aşağıdaki şekilde tarif etmiştir (Garvin, 1987: 106)

- **Performans:** Bir ürün veya hizmetin temel özellikleriyle, varoluş amacını karşılayabilmesiyle ilgilenir.
- **Belirleyici Nitelik:** Performans boyutuna dair fonksiyonların tamamlayıcısıdır. Bir ürün veya hizmetin çekiciliğini artırır.
- **Uygunluk:** Bir ürün veya hizmetin tasarımının ve üretiminin kabul edilen standartlara uygunluğunun derecesidir.
- **Dayanıklılık:** Bir ürünün bozulmasına kadar geçen kullanım süresidir.
- **Güvenilirlik:** Bir ürünün beklendiği gibi performans göstereceğine güvenilebilme derecesini ve başarısızlık ihtimalinin düşük olduğunu gösterir.
- **Servis:** Bir ürün veya hizmetin servis edilebilme kolaylığı, servis için gereken süre, tamir servisinin kalitesi ve servis personelinin yetkinliği ve profesyonelliği ile ilgilidir.
- **Estetik:** Görünüm, his, tat, koku vb. gibi duyulara hitap eden nitelikleri ifade eder. Bu boyut, diğer boyutlar arasında en yüksek önelliğe sahip olan boyuttur.
- **Algılanan Kalite:** Müşterilerin edindiği ürün veya hizmet hakkında sahip olduğu fikirlerdir.

2.1.3. Kalitenin Unsurları

Bir mamul için kalite, üretimle birlikte oluşan sınırlarının ötesinde, tasarım ve ürünün ömrünü de içeren, daha geniş bir anlam ifade etmektedir. Kaliteyi geliştirme ve muhafaza etme amacıyla olan işletmeler için üç kalite unsuru bulunmaktadır. Bu unsurlar; tasarım kalitesi, uygunluk kalitesi ve kullanım kalitesidir (Kavrakoğlu, 1995: 9).

2.1.3.1. Tasarım Kalitesi

Tasarımın kalitesi, müşterilere kaliteyi çağrıştıran ürün özelliklerini belirlemek için pazar araştırmasının kullanımına dayanmaktadır. Tasarımın kalitesi, tüketici araştırması ve satış görüşmesi analizi ile başlar ve yeterli özelliklerin geliştirilmesi ile devam eder. Burada odak noktası, müşterinin ihtiyaçlarını belirli bir maliyetle karşılayabilecek ürün ve hizmetler geliştirmektir (Sevim,1999: 5). Bu ürün geliştirme süreci; pazarlama, satış, insan kaynakları, üretim, araştırma ve geliştirme departmanları arasında etkili bir iletişim ve uyum gerektirir. Tüketici araştırması ve çağrı merkezi analizi, bu sürecin merkezinde yer alır. Tüketici araştırması, hem mevcut hem de gelecekteki müşteri ihtiyaçlarını içerirken, çağrı merkezi analizi, kullanıcıların ürünün performansı ile ilgili karşılaştıkları sorunları araştırır (Charantimath, 2019: 10).

2.1.3.2. Uygunluk Kalitesi

Uygunluk kalitesi, talep edilen özelliklerin tanımlamalarıyla, bir ürüne dönüştürülmesindeki uyumu ifade eder (Kavrakoğlu, 1996: 12). Bir firmanın veya tedarikçilerinin, tasarım kalitesi araştırması sonucunda tespit edilen kalite gerekliliklerine uygun olarak; belirli bir maliyette, öngörülebilir derecede, güvenilir ve istikrarlı ürünler üretebilme derecesini tanımlar. Tasarımın kalitesi üzerine yapılan çalışmalar ile teknik özellikler belirlendikten sonra, organizasyonlar bu özellikleri geliştirmek için sürekli olarak çaba göstermelidirler (Diken, 1998: 8).

2.1.3.3. Performans Kalitesi

Performans kalitesi, ürün kalitesinin teknik özelliklere sıkı bir şekilde uymasını sağlamak için üretim sürecini organize etmekle ilgilenir. Performans kalitesi çalışmaları, tasarım kalitesinde belirlenen ve uygunluk kalitesi çalışmaları ile geliştirilen kalite özelliklerinin piyasada nasıl performans gösterdiğinin tespitine odaklanır (Türkel, 2000: 5).

2.2. HİZMET KALİTESİ

Hizmet kalitesi, hizmet sağlayıcıları arasında stratejik olarak büyük bir fark yaratan kavram haline gelmiştir. Hizmet kalitesinde ki gelişmelerin sonucunda gözlenen artan kar marjı ve daha düşük maliyetler, müşterilerin hizmete yönelik olumlu tutumları ve hizmet edinme istekliliğiyle ilişkilendirilmektedir. Bu sebeple hizmet kalitesi, işletmeler için rekabet ortamında sahip olunabilecek en güçlü rekabet silahlarından biridir. Nitekim işletmelerin organizasyonel başarılarındaki yapı taşlarından biri olarak kabul edilse de, hizmet kalitesinin net bir tanımını yapmak zordur.

Hizmet kalitesinin; tanımlanması ve ölçümü zor, anlaşılması güç ve soyut bir kavram olduğuna dair fikir birliği mevcuttur. Bu nedenle hizmet kalitesi hakkında yıllardır süregelen araştırmalar ve tartışmalar yapılmaktadır (Wisniewski, 2001: 381). Bu tartışmalar temel olarak iki boyutta sınıflandırılmaktadır. Bu boyutlardan birincisi İskandinav veya Avrupa ekolü olarak değerlendirilirken, ikinci boyut ise Amerika ekolüdür. İskandinav ekolü hizmet kalitesini teknik ve fonksiyonel olarak iki boyutta değerlendirirken, Amerikan ekolü ise hizmet kalitesini güvenilirlik, yanıt verme, güven, empati ve somutluk olmak üzere beş tanımlayıcı boyutta incelemektedir (Ekinci, Riley, ve Fife-Schaw, 1998: 63). Bununla birlikte her iki ekolde de hizmet kalitesinin önemli yönleri vurgulansa da, İskandinav ekolü deneysel çalışmalardan uzak kalması ve çoğunlukla kavramsallaşmaya odaklanması sebebiyle uygulayıcılar tarafından fazla ilgi görmemiştir.

Literatürdeki hizmet kalitesi tanımları, hizmet alıcılarının ihtiyaç ve gereksinimlerinin karşılanması ve sunulan hizmetin, hizmet alıcılarının beklentilerini

ne kadar iyi karşıladığına odaklanmaktadır. Berry vd. hizmet kalitesini “müşteri şartnamesine uygunluk” olarak tanımlamıştır (Berry, A, ve Zeithaml, 1988: 35). Lewis ise hizmet kalitesini; sunulan hizmet seviyesinin, müşteri beklentilerini ne kadar iyi karşıladığının ölçüsü olarak ifade etmiştir (Lewis ve Booms, 1983: 99). Kotler ve Armstrong ise hizmet kalitesi kavramını bir hizmet işletmesinin müşterilerine bağlı kalma becerisi olarak tanımlamıştır (Kotler ve Armstrong, 2017: 263). Parasuraman vd. hizmet kalitesini, öngörülen ve beklenen hizmet (müşteri beklentileri) ile algılanan hizmet (müşteri algıları) arasındaki fark olarak tanımlamıştır (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985: 42). Bu bağlamda beklentiler; bireysel normlara, değerlere, isteklere ve ihtiyaçlara odaklanması sebebiyle oldukça subjektif bir sonuç ortaya çıkarmaktadır. Neticede, sunulan hizmet tamamen aynı olsa dahi, iki kişi arasındaki beklentilerin aynı olamayacağı durumu unutulmamalıdır. Bu durumda hizmetin algılanan hizmet kalitesi de aynı surette olmayacaktır. Gelir seviyesi, eğitim durumu gibi çeşitli demografik faktörler hizmet hakkında ki beklentileri zaman içerisinde değiştirebilmektedir (Kasper, Van Helsdingen, ve Gabbiot, 2006: 184).

2.2.1. Hizmet Kalitesinin Önemi

Hizmet kuruluşları, kaliteli hizmet sunumunun, bir işte başarıya ulaşmak için çok önemli olduğunu bilirler. Hizmet kalitesi, kuruluşlar için ekonomik getirilere yol açan, müşteri memnuniyetini etkilediği için araştırmacıların dikkatini çekmiştir (Buttle, 1996: 24; Seth, Deshmukh & Vrat, 2005: 946). Hizmet kalitesi aynı zamanda tekrar satın alma niyetini de etkiler (Chen, 2008: 711).

Hizmet kalitesi, organizasyonların büyümesi ve müşteri sadakati için önemli bir faktördür (Parasuraman ve diğerleri, 1996: 35). Bunun yanında müşteriye kaliteli hizmet sunmak, işletmelerin rakiplerine göre avantaj sağlamasına yardımcı olan bir unsurdur (Carman, 1990: 49). Müşteri memnuniyeti ve müşteriye elde tutma üzerindeki etkisi nedeniyle hizmet kalitesi önemli bir konu haline gelmiştir. İşletmeler, yüksek kaliteli hizmet sunarak ve müşterilerini tatmin ederek, sadece müşterilerin sadakatini korumakla kalmaz; aynı zamanda pazar paylarını da arttırmırlar (Finn ve Lamb, 1991: 485).

Üstün hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve sadakatine, şikâyetlerin azalmasına ve müşteriye elde tutma oranının artışına yol açmaktadır (Levesque ve McDougall, 1996: 19). Hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetle ilgili algılarının önemli bir bileşenidir. Müşteriler, aldıkları hizmetleri deneyimlerinden ve hizmet kalitesinden ne kadar memnun olduklarına göre algılarlar (Zeithaml, 2000: 77).

2.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesinin boyutları, bir hizmetin algılanan performansına ilişkin tüketicilerin değerlendirme kriterleri olarak tanımlanabilir. Bu konu hakkında literatür incelendiğinde çeşitli hizmet kalitesi boyutları geliştirilmiştir. Bu boyutlar Tablo 5’te yer almaktadır (Merter, 2006: 23).

Tablo 5: Hizmet Kalitesinin Boyutları

	Hizmet Kalitesi Boyutları	
Saser Olsen Wyckof	- Üretimde kullanılan malzemelerin niteliği - Hizmetin üretildiği ortam ve teknik imkânlar - Hizmeti sunan personelin tutumu	
Lehtinen	Üçboyutlu Yaklaşım - Fiziksel Kalite - Etkileşim Kalitesi - Şirket Kalitesi	İki Boyutlu Yaklaşım - Süreç Kalitesi - Çıktı Kalitesi
Grönroos	- Teknik Kalite - Fonksiyonel Kalite - Kurum İmajı	

Parasuraman	- Fiziksel Özellikler
Zeithalm	- Güvenilirlik
Berry	- Heveslilik
	- Yeterlilik
	- Nezaket
	- İnanılabilirlik
	- Güven
	- Ulaşılabilirlik
	- İletişim
	- Müşteriyi Anlamak

Kaynak: Merter, 2006: 23

Bu çalışmalar arasında, Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından oluşturulan ölçek en kapsamlı olanıdır. On boyuttan meydana gelen ölçek şöyle tanımlanmıştır (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 47):

- **Fiziksel özellikler:** Fiziksel tesislerin, ekipmanların, personelin ve iletişim malzemelerinin görünümü olarak tanımlanmaktadır. Bunlar, yeni müşterilerin ve mevcut müşterilerin kaliteyi değerlendirmek için kullanacakları hizmetin fiziksel temsillerini veya görüntülerini sağlar.
- **Güvenilirlik:** Hizmet sunucusunun, vermekle mükellef olduğu hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Güvenilirlik, bir işletmenin hizmet sağlama, teslimat, fiyatlandırma ve sorun çözme konusundaki vaatlerini yerine getirmesi anlamına gelir. Müşteriler, özellikle hizmet sonuçları ve temel hizmet özellikleriyle ilgili vaatlerini yerine getiren firmalarla iş yapmak isterler.
- **Heveslilik:** Bu boyut, müşteri istekleri, müşterilerin soruları, şikâyetleri ve sorunları ile ilgilenirken işletme personelinin bu faktörler karşısındaki dikkatliliğini ve çabukluğunu vurgular.
- **Yeterlilik:** Hizmet sunucularının, mesleki anlamda gerekli bilgi ve yeteneğe sahip olmasıdır. Bu anlamda müşteri ilişkilerindeki hata payının minimize edilmesini amaçlanmaktadır.

- **Nezaket:** Hizmet sağlayıcılarının, özellikle iletişim personelinin, müşteri ile ilişkilerinde, neşeli tavırları ile müşteriyi hoş karşılandıkları hissettirme, sıcaklık ve kişisel yaklaşılabirliği içermektedir.
- **İnanılabilirlik:** Toplam müşteri memnuniyeti, sadece ürüne değil, organizasyonla ilgili tüm deneyimlere dayanmaktadır. Müşteriler, genellikle güvenilir bir marka ile iş yapmayı tercih ederler.
- **Güven:** Çalışanların bilgisi ve zarafetiyle güven verme yeteneği olarak tanımlanır. Güven, müşterinin yüksek risk içerdiğini algıladığı ve/veya hizmetler için özellikle önem arz eder.
- **Ulaşılabilirlik:** Müşterilerin muhatap oldukları işletme ile iletişim kurma konusunda kolaylığı ifade etmektedir.
- **İletişim:** Hizmet sağlayıcılarının müşteri ile onların talep ettiği şekilde iletişim kurma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Müşterilere iletilen sözlü veya yazılı bilgilerin açıklığını, eksiksizliğini ve doğruluğunu; bunun yanında müşteriyi dinleme ve anlama becerisini içermektedir.
- **Müşteriyi anlamak:** Firmanın müşterilerine sunduğu özenli, kişiselleştirilmiş ilgi olarak tanımlanır. Bu boyutun özü, kişiselleştirilmiş veya özelleştirilmiş hizmet yoluyla müşterilerin benzersiz ve özel olduğunu iletmektir.

2.2.3. Hizmet Kalitesi Modelleri

Bir hizmetin kalitesini ölçmek pek çok boyutu birlikte değerlendirmeyi gerektirdiği için oldukça zordur. Uzunluk, derinlik, genişlik, ağırlık, renk gibi belirli özelliklerin bulunduğu ürünlerin aksine, bir hizmet çok sayıda maddi olmayan veya niteliksel özelliklere sahip olabilir. Ayrıca müşterilerin, önceki deneyimler, kişisel ihtiyaçlar ve diğer müşterilerin aktardığı tecrübeler gibi bir dizi faktöre bağlı olarak hizmete dair beklentileri önemli ölçüde değişebilir.

2.2.3.1. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Boşluk Modeli

Parasuraman ve diğerleri, hizmet kalitesi kavramını araştırmak için çok sayıda araştırma yapmışlardır. Dört farklı hizmet sektöründen şirket yöneticileriyle görüşmeler yapılmış ve bu görüşmeler sonucunda, yönetimin hizmet kalitesini oluşturduğuna inandığı ile müşterilerin hizmet kalitesine inandığı şey arasında tutarsızlıklar (boşluklar) olduğu sonucuna varmışlardır. Bu boşluklar, yüksek kaliteli olarak verilmek istenen bir hizmeti sunma girişimindeki en büyük engeller olarak görülmüştür (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 44).

Boşluk 1: Müşteri beklentisi – Yönetim Algısı Boşluğu

Müşteri beklentileri ile yönetimin bu beklentileri algılamaları arasında tutarsızlıklar mevcuttur. Hizmet organizasyonlarının yöneticileri, müşterilere hangi özelliklerin yüksek kaliteyi gösterdiğini, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamak için bir hizmetin hangi özelliklere sahip olması gerektiğini ve yüksek kaliteli hizmet sunmak için bu özelliklerdeki performans seviyesinin ne olması gerektiğini her zaman anlayamayabilirler. Bunun sonucunda, müşterilerin hizmet kalitesi algıları etkilenebilir (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 44).

Boşluk 2: Yönetim Algıları – Hizmet Kalitesi Boşluğu:

Müşteri beklentilerine ilişkin yönetimin algıları ile bir hizmet için oluşturulan gerçek özellikler arasındaki boşluktur. Kaynak kısıtlamaları, piyasa koşulları ve hizmet kalitesine yönelik yönetim taahhüdünün eksikliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Bu farklılık müşterilerin hizmet kalitesi algılarını etkileyebilmektedir (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 44).

Boşluk 3: Hizmet Kalitesi Özellikleri – Hizmet Sunumu Açığı:

Firmalar hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği için resmi standartlara veya spesifikasyonlara sahip olsalar da, personellerin performansındaki değişkenlik

nedeniyle bu standartlara uymak mümkün olmayabilir (Parasuraman ve diğ erleri, 1985: 45). Bu durum, müşterinin bakış açısından hizmet kalitesini etkileyecektir.

Boşluk 4: Hizmet Sunumu – Dı   İletif im Bo  luğ u:

Hizmet sunumu ile organizasyonun dı   iletişim yoluyla vaat ettiğ i arasındaki tutarsızlıklar boşluk olarak tanımlanır. Bu durum hizmet sunumu yönleri hakkında bilgi eksikliğ i yarattığ ı için, müşterinin hizmet kalitesi algısını etkileyebilir (Parasuraman ve diğ erleri, 1985: 46).

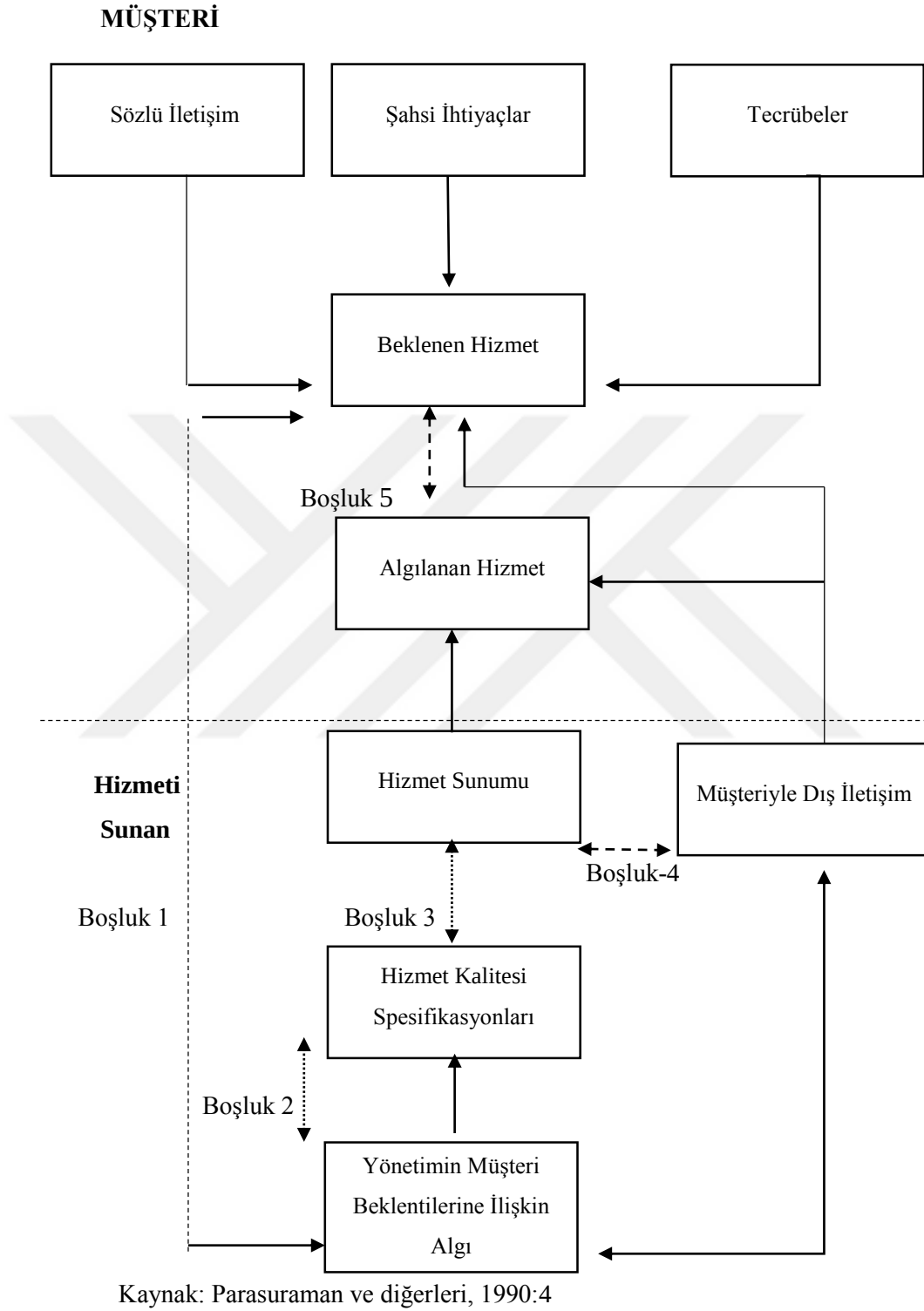
Boşluk 5: Beklenen Hizmet – Algılanan Hizmet Bo  luğ u:

En kapsayıcı boşluk olan beşinci boşluk, ilk dört bo  luğ un olu  turduğ u bir fonksiyondur. Müşterilerin bir hizmette algıladığ ı kalite, beklenen hizmet ile algılanan hizmet y  n  n farkı ve ikisi arasındaki bo  luğ un b  y  kl  Ğ udur (Parasuraman ve diğ erleri, 1985: 46).

Hizmet kalitesini yönetmek için yönetim; personel ve müşteriler açısından beklentiler ve algılar arasındaki boşlukları yönetmelidir (Zeithaml ve Bitner, 2003: 25).

Boşluk modeline atıfta bulunarak (bkz. Şekil 2) hizmet sağ layıcıları, beşinci bo  luğ u kapatmalıdır. Ancak bunu yapabilmek için öncelikle organizasyon i  inde kaliteli hizmetin sunulmasını engelleyen diğ er dört bo  luğ u da kapatması gerekmektedir (Bateson ve Hoffman, 2011: 328).

Şekil 2:Boşluk (GAP) Analiz Modeli



Parasuraman vd., algılanan hizmet kalitesinin düşük kalite, ideal kalite ve yüksek kaliteye kadar uzanan bir yelpaze şeklinde olduğunu belirtmektedir. Bir

müşterinin hizmet kalitesi algısının nerede konumlanacağı, beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki farkın doğasına bağlıdır (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 48).

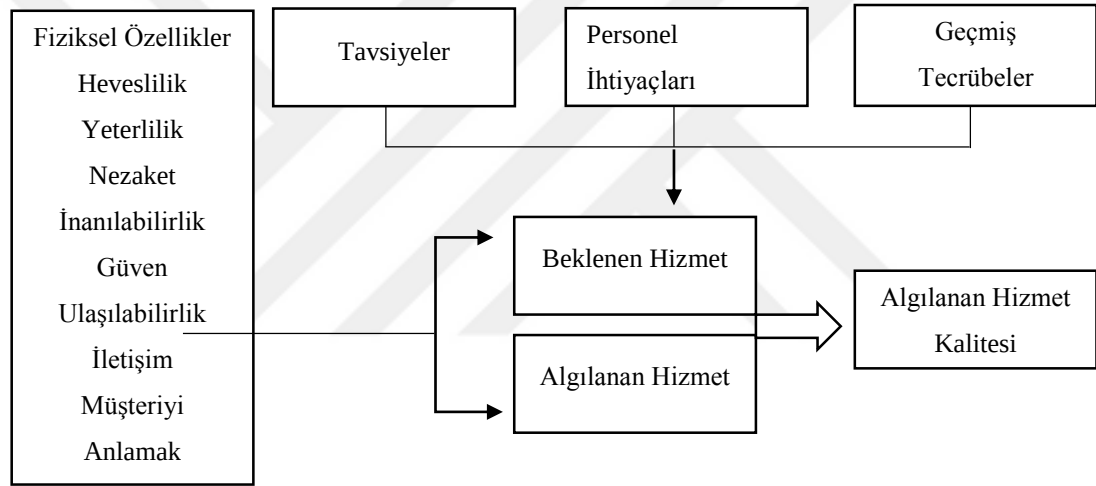
- **Beklenen Kalite > Algılanan Kalite** ise; verilen hizmet tatmin edici değildir.

Bu durum düşük kaliteyi ifade eder.

- **Algılanan Kalite = Beklenen Kalite** durumunda, algılanan kalite tatmin edicidir.

- **Algılanan Kalite < Beklenen Kalite** olduğunda, algılanan kalite tatmin edici olmaktan fazladır.

Şekil 3: Algılanan hizmet kalitesinin belirleyicileri



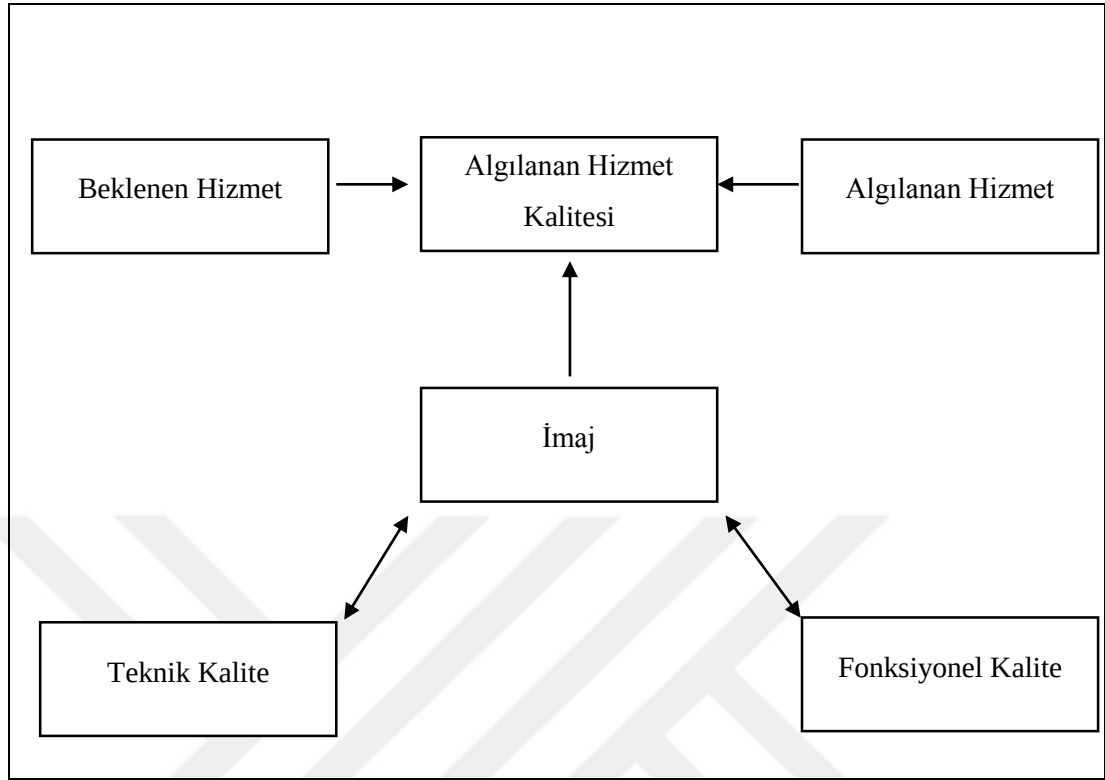
Kaynak: Parasuraman ve diğerleri, 1985: 48

2.2.3.2. Grönroos'un Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli

Hizmet kalitesine dair ilk hizmet kalitesi modeli Grönroos tarafından oluşturulmuştur. Grönroos hizmet kalitesini; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olarak üç boyutta değerlendirmiştir (Grönroos, 1993: 39).

Teknik kalite ile fonksiyonel kalite arasındaki fark; teknik kalitenin müşterinin edinimini cevabını ararken, fonksiyonel kalite ise edinilen hizmetin nasıl alındığı sorusunu cevaplamaya çalışmaktadır. Fonksiyonel kalite nesnel olarak değerlendirilmemekte ve öznel olarak algılanmaktadır. İmaj ise hizmetin teknik ve fonksiyonel kalitesi sonucunda oluşmaktadır.

Şekil 4: Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli



Kaynak Seth, 2005: 916

Teknik kalite, müşterilerin edindiği hizmetten ne kadar fayda elde ettiği ile ilgilidir. Fonksiyonel kalite ise müşterinin teknik kalitenin akabinde ilgili sonucu nasıl aldığını ifade etmektedir. İmaj ise; işletme kültürü, ideoloji, iletişim ve halkla ilişkiler gibi unsurlardan etkilenen teknik ve fonksiyonel hizmet kalitesinin sonucunda oluşmaktadır (Grönroos 1993: 38).

Fonksiyonel kalitede, müşterilerle irtibat halinde olan iletişim personeli de büyük öneme sahiptir. Fonksiyonel kalite, hizmet sunumunu gerçekleştiren işletmedeki personelin; tutumu, davranışları, personellerin birbirleriyle ve müşterileriyle olan ilişkileri, personelin görünüşü ve hizmete yatkınlığı gibi unsurlardan oluşmaktadır (Grönroos 1993: 38). Grönroos kalite modelinde, hizmet kalitesini altı alt boyutta incelemiştir. Bu boyutlar (Grönroos, 1993: 41):

- Profesyonellik ve beceriler
- Tutum ve davranış
- Erişilebilirlik ve esneklik
- Güvenilirlik,
- İyileştirme ve

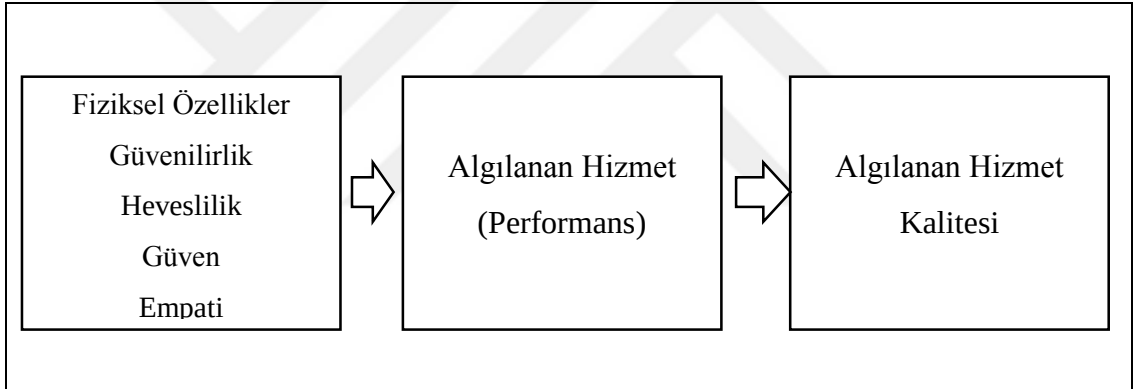
- İtibardır.

Profesyonellik ve beceriler boyutu teknik kaliteye katkıda bulunurken: itibar ve güvenilirlik imaj boyutuna; diğer dört alt boyut ise fonksiyonel kalite boyutuna karşılık gelmektedir (Grönroos, 1988: 43).

2.2.3.3. Cronin ve Taylor'ın Servperf Modeli

1992'de Cronin ve Taylor hizmet kalitesinin ölçümünde, memnuniyet ve satın alma niyeti arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmalarının neticesinde algıların, hizmet kalitesinin daha iyi bir ölçüsü olduğu sonucuna varmışlardır. Geliştirdikleri model, hizmet kalitesinin hizmet ve performans kısmına odaklanmış ve SERVPERF modeli olarak adlandırılmıştır (Cronin & Taylor, 1992: 67).

Şekil 5:Cronin ve Taylor'ın Servperf Modeli



Kaynak: Bhatt, 2020: 39

SERVPERF modeli, beklenti - algı problemini ortadan kaldırmak amacıyla SERVQUAL modelinden farklılaşmıştır. Model; hizmet kalitesi, tüketici memnuniyeti ve satın alma niyetleri arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Bu model tüketici memnuniyetinin hizmet kalitesini değil, satın alma niyetlerini etkilediğini göstermiştir. Müşteri memnuniyetinin ölçülmesinin nedeni, işletmelerin kazancı ile doğrudan ilişkili olmasıdır (Cronin ve Taylor, 1994: 125).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetleri kapsamında kalite kavramının tanımlanması oldukça zordur. Sağlık hizmeti sunucusunun teknik olarak yeterli olması, sağlık kalitesini mükemmellik derecesi olarak açıklanabilir fakat bu tanım kalitenin sadece sınırlı bir yönünü yani verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluğunu açıklamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin çok boyutlu yapısı ele alındığında mükemmellik derecesi tanımı da yetersiz kalmaktadır (Özgen, 1995: 47).

Sağlık sektörünün dinamik yapısı sebebiyle, kalitenin tespit edilmesi veya başarılmak istenen kalite seviyesine gelinmesi konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Sektörde yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler, demografik değişiklikler ve tedavi hizmetlerinin sunumundaki dalgalanmalar sağlık hizmetlerinin tedarikinin dengesini değiştirmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin taşıdığı hayati önem ve hatanın kabul edilemezliği, insanların bu hizmete olan beklentilerini sürekli olarak yüksek tutmaktadır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2018: 509).

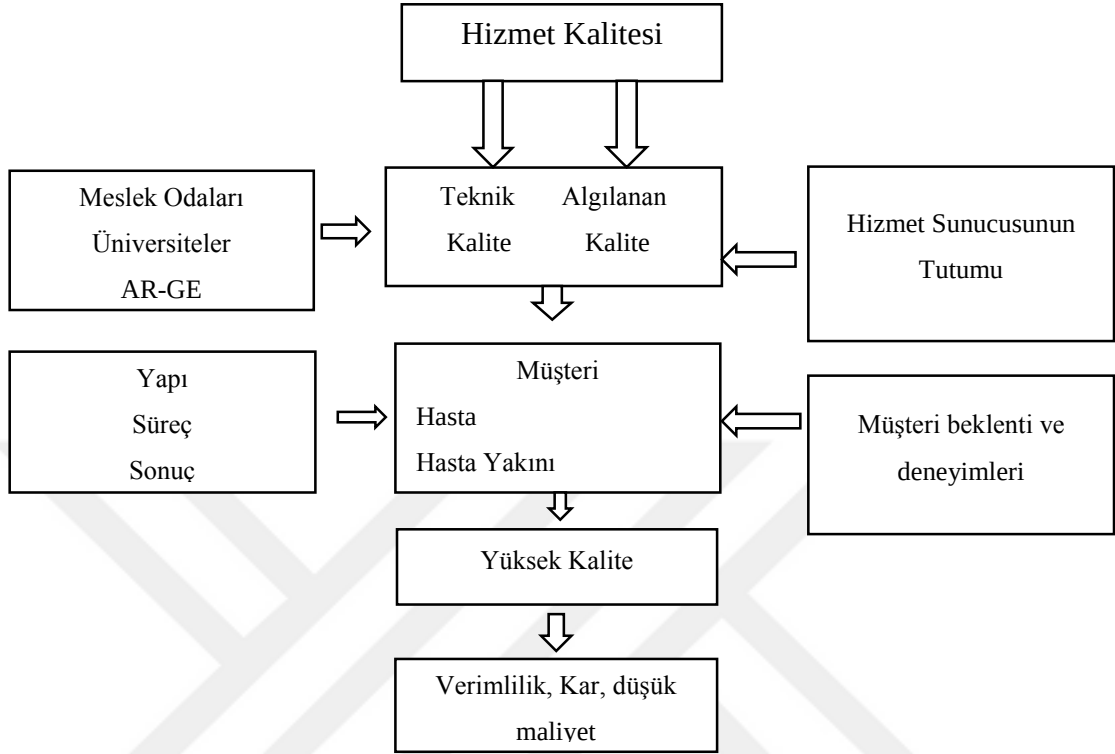
Omachonu tarafından geliştirilen sentezci modele göre kalite; teknik ve sanatsal boyutlarla birlikte ele alınmaktadır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı ile tespit edilmektedir (Omachonu, 1990: 45). Taylor ise hizmet kalitesini teknik kalite ve tedavi sanatının toplamı olarak ifade etmektedir (Taylor, 1994: 222).

Donabedian, sağlık hizmetlerinin kalitesini; sağlık hizmetinin sunumu süresince, sağlık kurumlarını oluşturan departmanların ortaya koyduğu fayda ve zararların ortalaması sonucunda varılan, maksimum tedavi olma beklentisi olarak açıklamıştır (Donabedian, 1990: 1111).

Çoruh, sağlık hizmetleri kalitesini hastaların olabilecek en iyi derecede işlevsel ve psikososyal tedavi edinimini sağlayan teknik, bilimsel ve insan ilişkilerinin bir arada olması olarak tanımlamıştır (Çoruh, 1998: 4).

ABD Tıp Enstitüsü (IOM) ise daha genel bir tanım vermektedir. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri; bireyler ve toplumlar için gerçekte olması istenen sağlık sonuçlarının olasılığını artırmak ve uluslararası standartlara göre en güncel mesleki bilgilerin bütünlüğü olarak tanımlamaktadır (Lohr & Schroeder, 1990: 707).

Şekil 6: Omachonu'nun Sentezci Modeli



Kaynak: Kavuncubaşı, 2018: 448

Ayrıca IOM sağlık hizmetleri kalitesinin tanımını yapmak ve geliştirmek için öncelikle sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gereken altı boyutunu ele almıştır (IOM, 2001:3).

- **Güvenlik:** Sağlık hizmetlerinin temini sürecinde hastalara yardım etmeni amaçlanması ve zarar olasılığının sıfıra indirilmesidir.
- **Etkililik:** Sağlık hizmetlerini bilimsel ve güncel bilgilere dayanması ve bu şekilde hastalara sunulması anlamını taşır. Hastalar üzerinde verimlilik oluşmadığında hizmet verilmekten kaçınılmalıdır. Başka bir deyişle, eksik veya aşırı kullanımdan kaçınılmalıdır.
- **Hasta Merkezlilik:** Sağlık hizmetleri, hastaların bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olmalıdır.
- **Zamanındalık:** Hastanın ihtiyacı olduğunda sağlık hizmetlerinin derhal temin edilmesidir.

- **Verimlilik:** Ekipman, tıbbi malzemeler, fikirler ve enerji dâhil olmak üzere tüm kaynakların etkin kullanılmasıdır.
- **Eşitlik:** Yaş, cinsiyet, ırk, finansal durum veya diğer demografik değişkenlerden bağımsız olarak herkese mümkün olan en iyi bakımın sağlanmasıdır.

Kaliteli sağlık hizmeti; mümkün olan en doğru zamanda, doğru şekilde, eldeki en iyi teçhizatla ve personelle, hizmetleri hastalara verebilmektir. Bu anlamda sağlık hizmetlerindeki temel hareket noktaları şunlardır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2018: 509);

1. **Hasta kalitesi:** Hastaların beklentilerini oluşturan sağlık hizmetlerinin verilmesidir
2. **Profesyonel Kalite:** Sağlık personelinin belirlediği, tedaviye en doğru şekilde yanıt verecek yöntem ve süreçlerin bütünüdür.
3. **Yönetim Kalitesi:** Hasta kalitesi ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde sunmayı amaçlayan yapıdır.

2.3.1. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Özellikleri

Avedis Donabedian, sağlık hizmetleri kalitesinin tespitini ortaya koymak için gereken değişkenleri yedi başlıkta toplamıştır (Donabedian, 1990: 1115).

1. **Etkenlik:** Bir sağlık kurumunun, en uygun koşullar altında yani homojen bir görüşle, hastanın sağlık durumuna, elinde ki mevcut teknoloji ve bilgiyle verebileceği maksimum hizmeti ifade etmektedir.
2. **Etkililik:** Sağlık hizmeti alan kişilerin tedavisinde gerçekleşmiş ya da gerçekleşmesi umulan somut gelişmelerdir.
3. **Verimlilik:** Verilen sağlık hizmetinin performansında düşüklük yaşamadan, mümkün olan en az maliyetle üretilmesidir.
4. **Optimal Olma:** Sağlık hizmetlerindeki iyileştirmeleri, bu performansın maliyeti kısıtıyla en iyilenmesidir.
5. **Kabul Edilebilirlik:** Sağlık hizmeti alan hastaların ve hasta yakınlarının kişisel değerlerine, isteklerine ve beklentilerine uygun olarak hizmet verilmesidir.

6. **Yasalılık:** Bir diğ er deyişle sosyal kabul edilebilirliktir. Sunulan sağlık hizmetinin toplum tarafından kabul g ormesi olarak tanımlanabilir.
7. **Eşitlik:** Toplumun tüm fertlerine ihtiyaç anında eşit bir şekilde sağlık hizmetinin sunulmasıdır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE SERVQUAL ANALİZİ

Hizmet kalitesinin ölçümü hakkında en çok tercih edilen ölçek Servqual modelidir. Bu bölümde, hizmet kalitesinin ölçümünün Servqual analizi ile birlikte nasıl yapılacağı, Servqual ölçeğinin boyutları, soruları ve hakkındaki eleştirilere göz atılacaktır.

3.1. HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

Hizmet kalitesinin ölçümü, tüketicilerin sunulan hizmetlerle ilgili deneyimlerini ve müşterilerin memnuniyetini analiz etmektedir. Tüketicilerin ihtiyaç ve isteklerini anlamak için firmalar için önemli araçlarından biridir. Algılanan hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin belirli bir model üzerinde genel bir fikir birliği olmamasına rağmen, bu alanda yapılan çalışma sonucunda literatürde çeşitli etkili modeller bulunmaktadır. Bu modellerin başında da Servqual analizi gelmektedir.

3.2. SERVQUAL ANALİZİ

Parasuraman ve diğerleri, 1985 yılında yaptıkları ampirik araştırmalar sonucunda, müşterilerin hizmet kalitesi algılarını ölçmek için SERVQUAL adlı bir ölçekle geliştirmişlerdir. 1985 yılında ölçeklerinde tanımladıkları orijinal on boyut; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olmak üzere beş boyuta indirgenmiştir (Parasuraman ve diğerleri, 1986: 15). Ölçek ilk olarak 1988'de yayınlanmış, ancak o zamandan beri çok sayıda iyileştirme ve revizyondan geçmiştir. 1991 yılında normatif bir yapıdan pozitif bir yapıya dönüştürmüş ve 1994 yılında toplam madde sayısını 22'ye düşürmüşlerdir. Parasuraman ve diğerleri, hizmet beklentilerinin beklenen hizmet ve algılanan hizmet olarak iki farklı düzeyde inceleneceğini öne sürmüşlerdir. Beklenen hizmet, müşterilerin "olabileceğine" ve "sağlanması gerektiğine" inandıklarının karşılığını temsil eden hizmet düzeyidir. Algılanan hizmet ise, müşterilerin kabul etmeye istekli olduğu minimum hizmet düzeyidir (Wilson ve diğerleri. 2008: 132).

Tablo 6: Hizmet Kalitesinin Boyutları

Boyut	İfade	Açıklama
Fiziksel Özellikler	1-4	Hizmet arzını gerçekleştiren işletmenin, hizmet sunumu için sahip olduğu fiziksel imkanlar ve kullandığı her tür teçhizat, donanım ve personelin dış görünümüdür.
Güvenilirlik	5-9	İşletmenin vadettiği hizmeti doğru ve güvenilir şekilde ifa etmesidir.
Heveslilik	10-13	Müşterilere hizmet sunumundaki istekliliktir.
Güven	14-17	İşletme personelinin işinde donanımlı ve kibar olması, müşterilere güven duygusunu verebilmesidir.
Empati	18-22	İşletmenin, kendisini müşteri gibi hissederek, onlara ilgili ve yakın davranmasıdır.

Kaynak: Zeithaml ve diğerleri, 1990: 26

Wilson ve diğerlerine göre SERVQUAL anketi aracılığıyla toplanan veriler çeşitli amaçlar için kullanılabilir (2008: 132). Bu amaçlar;

- Her hizmet özelliği için ortalama boşluk puanını (müşterilerin algıları ve beklentileri arasındaki) belirlemek.
- Bir şirketin hizmet kalitesini, beş SERVQUAL boyutunun her biriyle değerlendirmek.
- Müşterilerin beklentilerini ve bunların dönüşümlerini zaman içinde izlemek.
- Bir firmanın SERVQUAL puanlarını rakiplerin puanlarıyla karşılaştırmak.
- Bir şirketin hizmet performansına ilişkin değerlendirmelerinde önemli ölçüde farklılık gösteren müşteri segmentlerini belirlemek ve analiz etmek.
- Dâhili hizmet kalitesini değerlendirmek.

3.2.1. Servqual Anket Formu

Servqual modelinde anket yapısı 22 soru ve beş boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte, beklenen ve algılanan hizmet olarak iki tip bulunmaktadır. Bu ifadeler beş boyut altında toplanmıştır.

Beklentiler Bölümü:

Fiziksel Özellikler:

1. İdeal işletme, modern ve teknolojik araç gereçlere sahiptir.
2. İdeal bir işletmenin fiziki olarak görünümü çekici bir yapıya sahiptir
3. İdeal bir işletmenin personeli temiz ve şık görünümlüdür.
4. İdeal bir işletmede, hizmetle alakalı teçhizat düzgün.

Güvenilirlik:

5. İdeal bir işletmede, bir iş söz verilen zamanda yerine getirilir.
6. Müşteriler bir problemle karşılaştığında, ideal bir işletme problemi çözmek için içten bir çaba gösterir
7. İdeal bir işletmede arz edilen hizmetler ilk seferde eksiksiz olarak yapılır.
8. İdeal bir işletme hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir.
9. İdeal bir işletme kayıtlarını doğru ve titiz bir şekilde tutar.

Heveslilik:

10. İdeal bir işletmede, çalışanlar müşterilere hizmetin tam olarak hangi zamanda verileceğini bildirir.
11. İdeal bir işletmede, çalışanlar müşterilere hizmeti mümkün olan en kısa sürede verir.
12. İdeal bir işletmede, çalışanlar müşterilere yardımcı olmak için her daim isteklidir.
13. İdeal bir işletmede, çalışanlar müşterilerin isteklerine her daim cevap verebilecek kadar müsaittir.

Güven:

14. İdeal bir işletmede, personelin davranış ve hareketleri müşterilere güven duygusu verir.
15. İdeal bir işletmede müşteriler, işletmeye karşı her daim güven içindedir.
16. İdeal bir işletmede, personeller müşteriye karşı sürekli naziktir.

17. İdeal bir işletmede, çalışanlar müşterinin sorularına cevaplayabilecek bilgiye sahiptir.

Empati:

18. İdeal işletmede müşterilere kişisel olarak ilgi gösterilir.
19. İdeal bir işletmede çalışma saatleri, müşteriler için müsait zaman diliminde olmalıdır.
20. İdeal bir işletme her müşteriyle kişisel olarak ilgilenebilecek personele sahiptir.
21. İdeal bir işletme, müşterilerinin menfaatlerini göz önünde bulundurarak hareket eder.
22. İdeal bir işletmenin personeli, müşterilerinin özel ricalarını ve durumlarını anlayarak hareket eder.

Algılamalar Bölümü:

Fiziksel Özellikler:

1. Çalışmaya konu olan işletme teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir.
2. Çalışmaya konu olan işletmenin fiziki tesislerinin görünümü çekicidir.
3. Çalışmaya konu olan işletmenin çalışanları temiz ve şık görünümlüdür.
4. Çalışmaya konu olan işletmenin hizmetle alakalı teçhizatı düzgündür.

Güvenilirlik:

5. Çalışmaya konu olan işletme, bir işi vaat ettiği zamanda yapar.
6. Müşteriler bir problemle karşılaştığında, çalışmaya konu olan işletme problemi çözmek için samimi bir çaba gösterir.
7. Çalışmaya konu olan işletme sunduğu hizmetleri ilk seferinde tam olarak yapar.
8. Çalışmaya konu olan işletme hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir.

9. Çalışmaya konu olan işletme, kayıtların doğru olarak tutulmasında titizdir

Heveslilik:

10. Çalışmaya konu olan işletmenin personeli, müşterilere hizmetlerin hangi zamanda uygulanacağını haber verir.
11. Çalışmaya konu olan işletmenin personeli, müşterilere hizmeti olabilecek en hızlı zamanda verir.
12. Çalışmaya konu olan işletmenin personeli, müşterilere yardımcı olabilmek için her daim isteklidir.
13. Çalışmaya konu olan işletmenin personeli müşterilerin isteklerine cevap verebilecek kadar müsaittir.

Güven:

14. Çalışmaya konu olan işletmenin çalışanlarının davranışları müşterilere güven verir.
15. Çalışmaya konu olan işletmede hizmet alıcıları, işletme ile ilgili her daim güven içindedirler.
16. Çalışmaya konu olan işletmenin çalışanları müşterilere karşı daima naziktir.
17. Çalışmaya konu olan işletmenin personeli, müşterilerin soru ve problemlerine cevap verebilecek yeterli bilgisi vardır.

Empati:

18. Çalışmaya konu olan işletmede müşterilere bireysel ilgi gösterilir.
19. Çalışmaya konu olan işletmede, mesai düzeni tüm müşterilere göre ideal zaman dilimindedir.
20. Çalışmaya konu olan işletme her müşterisiyle bireysel derecede ilgilenecek çalışanlara sahiptir.
21. Çalışmaya konu olan işletme müşterilerinin menfaatlerini her şeyin üstünde tutar.

22. Çalışmaya konu olan işletmenin personeli, müşterilerinin kişisel isteklerini ve durumlarına göre hareket eder.

3.2.2. Servqual Skorunun Hesaplanması

Servqual Modelinde, katılımcıların beklenen hizmet ile algılanan hizmet için verdiği puanlar arasındaki fark alınarak Servqual skoru hesaplanır. Servqual skoru hesap edilirken (Parasuraman ve diğerleri, 1990:176):

- Her katılımcının Servqual boyutlarına dair servqual puanları toplanır ve katılımcı sayısına bölünür.
- Birinci aşamada elde edilen skorlar toplanıp katılımcı sayısına bölünür.

3.2.3. Servqual Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler

Servqual Analizi, yaygın kullanımına rağmen çeşitli eleştirilere maruz kalmıştır. Carman, Parasuraman ve diğerlerinin oluşturduğu hizmet kalitesi boyutlarının, hizmetlerin tamamına hitap edecek kadar genel olmadığını ve bütün hizmetlerde uygulanamayacağını ifade etmiştir. Bu sebeple beş boyuta çeşitli eklemelerin yapılması gerektiğini savunmuştur. Carman, yaptığı çalışmalar sonucunda elde ettiği bulgulara göre ölçekte; heveslilik, fiziksel özellikler ve güvenilirlik boyutlarının görüldüğünü fakat güven ve empati boyutunun yapısında farklılıklar olduğunu ifade etmiştir. Carman'a göre bu farklılıklar ölçeğin kullanımı sonlandıracak derecede önemli olmasada, ölçek kullanımında dikkate alınması gerekir (Carman, 1990: 96).

Babakus ve Boller tarafından yapılan eleştiriye göre hizmet kalitesinin ölçümünde, müşterilerden “beklenen” ve “algılanan” hizmet düzeyi bildirimlerinin alınması ilgili verilen toplanması sürecinde, çeşitli psikolojik baskılar ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple “beklenen” ve “algılanan” hizmet arasındaki fark şüpheli ya da yanlış hale geleceğini bildirmişlerdir (Babakus ve Boller, 1992: 255).

Cronin ve Taylor hizmet kalitesinin ölçümünde beklenti ve algılanan hizmet farkının verimli bir sonuç doğurmayacağını ileri sürmüşlerdir. Bu sebeple algılama-beklenti farkının değil, sadece hizmetin algılanması ile hizmet kalitesini

ölçülebileceğini savunmuşlardır. Bu sebeple Servqual ölçeğine alternatif olarak Servperf ölçeğini geliştirmişlerdir (Cronin ve Taylor, 1992: 56).

Teas, Servqual modelinde beklentilerin önemini reddetmemekle birlikte, beklenti ifadelerinin sorgulanmasında fayda olduğunu belirtmektedir. Bir diğer deyişle, beklentilerin sorgulanmasının sebebi olarak, müşteri algısındaki beklenti unsurunun yaratacağı belirsizliği öne sürmüştür (Teas, 1994: 137).

Buttle ise SERVQUAL hakkındaki eleştirilerini iki başlık altında değerlendirmiştir. Bu başlıklar teorik ve operasyonel eleştirilerdir (Buttle 1996: 10);

1)Teorik Eleştiriler:

- a. **Paradigmatik Eleştiriler:** Servqual ölçeğinin tutumsal yapıdan ziyade bir hipotezi reddetmeye dayalı bir yapıya sahip olması sebebiyle ekonomik, istatistiki ve psikolojik tabanlı teori kurma konusunda başarılı olamayacağını ifade eder.
- b. **Boşluk Modeli:** Müşterilerin, hizmet kalitesini “algılama-beklenti” boşluklarına göre değerlendirdiklerine dair çok az kanıt vardır.
- c. **Süreç Odaklılık:** Servqual, hizmet karşılaştıran anda ki sonuçları göre değil, hizmet sunum sürecinin tamamına odaklanır.
- d. **Boyutsallık:** Servqual’ in beş boyutunun evrensel olmamasıdır. Hizmetlerin subjektif yapılarından dolayı her boyut, her zaman aynı şekilde uygulanamayabilir.

b) Operasyonel Eleştiriler:

- a) **Beklentiler:** Müşterilerin beklentilerinin öznel yapıda olmasından dolayı, standart bir beklenti yapısı oluşturulamaz ve neticesinde ölçülemez.
- b) **Doğru Zaman:** Müşteriler, zaman içerisinde duyguları ve beklentileri değişim geçirebilir.
- c) **Polarite:** Ölçekte oluşabilecek ifadelerin zıtlık içermesi sonucunda cevaplamaların sağlıklı olmaması ihtimalidir.
- d) **Ölçek Değerleri:** Yedili likert ölçeğinin hatalı olmasıdır.

- e) **İkili Uygulama:** Servqual anket uygulamasının esaslarından olan hizmet edinimi öncesi ve sonrasında anket yapılması sonucunda, katılımcı için çalışmanın sıkıcı hale gelmesi ve kafa karışıklığı yaratması ihtimalidir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ANKET UYGULAMASI

Önceki bölümlerde, genel itibariyle hizmet, kalite ve hizmet kalitesi konuları incelenmiş ve sağlık hizmetlerinde kalite konusuna değinilmiştir. Çalışmanın bu son bölümünde ise, Servqual modeli ile algılanan ve beklenen hizmet kalitesinin farkı ortaya koymaya yönelik araştırma ve bulgular yer alacaktır.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın temel amacı, hastaneden hizmet alan hastaların, beklenti içerisinde oldukları ve algıladıkları hizmet kalitesindeki farklılığın var olup olmadığını tespit etmektir. Bu minvalde hastaların demografik özelliklerinin, beklenti ve algılama noktasında hizmet kalitesini etkileyip etkilemediğini ve bu etkilerin kalite boyutları arasında anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığını tespit etmeyi amaçlamaktır. Bunun yanında ayrıca aşağıda saptanmak istenen alt amaçlar şu şekildedir;

- 1- Hizmet kalitesi boyutları ve önem derecelerinin belirlenmesi.
- 2- Üniversite hastanesinin SERVQUAL puanının tespiti.
- 3- Üniversite hastanesi hastalarının demografik özellikleri doğrultusunda hizmet kalitesi puanında ki subjektif değişimin izlenmesi.

4.2. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Araştırma Erzincan ilinde bulunan 550 yataklı Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın kapsamına üniversite hastanesinden hizmet almış hastalar dâhil edilmiştir.

4.2.1. Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın ana kütlesini hastaneden sağlık hizmeti almaya gelen hastalar oluşturmaktadır. Tam sayım yapmanın mümkün olmamasından ötürü, basit tesadüfi yöntem ile 333 hasta ile görüşülmüştür.

Çalışmada veri toplamak için anket yöntemi kullanılmıştır. Bu anket üç bölümü içermektedir. Birinci bölümü çalışmaya katılan kişilerin demografik özelliklerini saptamaya yöneliktir. İkinci bölümde katılımcıların beklenen hizmet ölçümü için SERVQUAL ölçeğinden uyarlanan 37 soru ve üçüncü bölümde hastaların algılarının ölçümü için SERVQUAL ölçeğinden uyarlanan 37 soru kullanılmıştır. Standart SERVQUAL analizi sorularının yanı sıra, araştırmada çeşitli çalışmalardan yapılan sentez ile oluşturulmuş 37 değişkenli SERVQUAL anketi oluşturulmuştur. Çalışmada likert tipi sorularda beşli likert ölçeği kullanılmıştır.

4.2.2. Araştırmanın Kısıtları

Çalışmanın yapıldığı tarihlerde pandemi sürecinin beraberinde getirdiği hasta sayısında ki azalma karşılaşılan bir kısıt olarak gözlemlenmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı olarak gerekli izin temin edilmiştir.

4.2.3. Verilerin Toplanması

Çalışma, üniversite hastanesinin servis ve polikliniklerinde yapılmıştır. Araştırmada yüz yüze anket yöntemi kullanılarak gerekli veriler toplanmıştır.

4.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 23.0 (Statistical Program for Social Science) programı ile %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir.

Katılımcılardan elde edilen veriler doğrultusunda, beklenti ve algı için SERVQUAL skorları, beklenti ve algı arasında ki fark ile genel Servqual skoru ve her

bir alt boyut için Servqual skorları hesaplanmıştır. Bu kapsamda Servqual skorlarının hastaların demografik özelliklerine bağlı olarak gösterdiği farklılıkları saptamak için aşağıda ki testler yapılmıştır:

- İki ortalamanın karşılaştırılması analizi için Bağımsız örneklem T Testi
- Bağımsız örneklemelerde Tek Yönlü Varyans Testi (One Way Anova)

4.2.5. Güvenilirlik Analizi

Cronbach Alpha analizine göre bir ölçeğin güvenilir olarak kabul edilebilmesi için Alpha değerinin en az 0,70 düzeyinde olması gerekmektedir. Cronbach alpha değeri 0,70'den düşük olan ölçekler düşük güvenilir veya güvenilir olmayan ölçek sınıfına girmektedir. Bunun yanında 0,9 dan büyük çıkan değerler için güvenilirlik oldukça yüksek kabul edilmektedir. Çalışmada kullanılan SERVQUAL modelinin güvenilirliğini belirlemek için yapılan güvenilirlik analizinde çıkan sonuç 0,949'dur.

Tablo 7: Güvenilirlik Analizi

ALGILANAN		BEKLENEN		GENEL	
Cronbach's Alfa	N	Cronbach's Alfa	N	Cronbach's Alfa	N
0,973	333	0,906	333	0,949	333

4.2.6. Faktör Analizi

Faktör analizi yapılmasının temel amacı Parasuraman ve diğerlerinin geliştirdiği Servqual faktör yapısına çalışma kapsamında oluşturulan boyutların ne derece uyduğunu tespit etmektir. Analiz sonucunda KMO değeri 0.901, Bartlett's küresellik testi 6220,362 serbestlik derecesi 666 ve $p=0.000$ çıkararak faktör analizinin yapılabilirliğini açıklamaktadır. Analiz sonucunda elde edilen korelasyon matrisine

göre hiçbir faktör bir diğerini ciddi manada etkilememiştir. Analizin etkinliği %31.297'dir.

Tablo 8: Faktör Analizi

Faktör Yük Değerleri					
	1	2	3	4	5
12	0,699				
14	0,666				
13	0,601				
16	0,581				
9	0,540				
15	0,529				
17	0,504				
11	0,480				
10	0,423				
35		0,773			
32		0,715			
31		0,704			
36		0,687			
30		0,599			
29		0,475			
34		0,436			
33		0,428			
37		0,425			
1			0,724		
7			0,696		
2			0,659		
3			0,592		
5			0,588		
4			0,445		
6			0,401		
8			0,400		
26				0,746	
27				0,629	
25				0,620	
24				0,615	
28				0,520	
18					0,744
19					0,699
23					0,624
22					0,622
21					0,595
20					0,554

4.3. ELDE EDİLEN BULGULAR VE KARŞILAŞTIRMALARI

4.3.1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların demografik dağılımını gösteren tablo aşağıda yer almaktadır. Tablo 8’de hizmet alan hastaların cinsiyetleri, yaşları, mesleki durumları, medeni durumları, eğitim seviyeleri ve gelir düzeylerini içermektedir.

Tablo 8’ de ki verilere göre çalışmaya katılan 333 katılımcının %37,5’i (125 kişi) kadınlardan, %62,5’i (208 kişi) erkeklerden oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin yaş dağılımına bakıldığında katılımcıların, %9’u (30 kişi) 60 yaş ve üzeri, %10,2’si (34 kişi) 50-59 yaş aralığında, %18,9’u (63 kişi) 40-49 yaş aralığında, %27’si (90 kişi) 18-29 yaş aralığında ve %34,8’i (116 kişi) 30-39 yaş aralığındadır. Meslek açısından katılımcılar değerlendirildiğinde katılımcıların, %19,2’si (64 kişi) çalışmıyor, %36,3’ü (121 kişi) özel sektör, %44,1’i (157 kişi) kamu personeli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların eğitim durumları incelendiğinde; %0,3’ü (1 kişi) okuryazar değil, %3,3’ü (11 kişi) ilkokul mezunu, %3,3’ü (11 kişi) ortaokul mezunu, %11,7’si (39 kişi) yüksek lisans/doktora düzeyi mezunu, %18,3’ü (61 kişi) lise mezunu ve %,63,1’i (210 kişi) üniversite mezunudur. Gelir durumu açısından incelendiğinde katılımcıların, %7,8’sinin (26 kişi) 1000-2500 TL arasında geliri olduğu, %9,9’unun (33 kişi) 1000 TL ve altında geliri olduğu, %15,9’unun (53 kişi) 7500 TL ve üzeri geliri olduğu, %31,2’sinin (104 kişi) 2501-4000 TL arasında gelir sahibi olduğu, %35,1’inin (117 kişi) 4001-7500 TL aralığında gelire sahip olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %61,6’sı (205 kişi) evli, %38,4’ü (128 kişi) ise bekârdır.

Tablo 9: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	Kategori	Frekans	%	Kümülatif Yüzde
Cinsiyet	Kadın	125	37,5	37,5
	Erkek	208	62,5	100
Yaş	18-29	90	27,0	27,0
	30-39	116	34,8	61,9
	40-49	63	18,9	80,8
	50-59	34	10,2	91,0
	60+	30	9,0	100,0
Meslek	Çalışmıyor	64	19,3	19,3
	Kamu Personeli	147	44,1	63,6
	Özel Sektör	121	36,3	100,0
Eğitim	Okur-yazar Değil	1	0,3	0,3
	İlkokul	11	3,3	3,6
	Ortaokul	11	3,3	6,9
	Lise	61	18,3	25,2
	Üniversite	210	63,1	88,3
	Y.Lisans-Doktora	39	11,7	100,0
Gelir	1000 tl ve altı	33	9,9	9,9
	1000-2500	26	7,8	17,7
	2501-4000	104	31,2	48,9
	4001-7500	117	35,1	84,1
	7500+	53	15,9	100,0
Medeni Durum	Bekar	128	38,4	38,4
	Evli	205	61,6	100,0

4.3.2 Servqual Puanlarının Hesaplanması

Servqual puanlarının açıklandığı tabloda, hizmet kalitesinin beş boyutu altında 37 anket sorusuna verilen cevapların ortalama değerleri ve standart sapmaları mevcuttur. Analizden çıkan sonuçlara göre hastaların beklentilerinin, algıladıkları hizmet değerine göre fazla olduğu ortaya çıkmıştır.

En yüksek algı puanı ortalaması 3,7988 ile “ideal bir sağlık kuruluşu ısıtma-soğutma konusunda konforlu olmalıdır” sorusunda, en yüksek beklenti ortalaması 4,9279 ile “İdeal bir sağlık kuruluşunda tuvaletler temiz olmalıdır” sorusunda çıkmıştır. En düşük algı ortalaması 2,6577 ile “ideal bir sağlık kuruluşunda, çalışanlar hastaların isim ve simalarını hatırlamalıdır” iken, en düşük beklenti ortalaması 3,1141 ile “ideal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar reçete yazmaya hevesli olmalıdır” sorusunda çıkmıştır.

Tabloda 9’da ki verilere göre hastaların beklentileri yüksek düzeydedir. Beş alt boyut incelendiğinde beşinin de negatif çıktığı görülmektedir. Buradan çıkarılan sonuca göre hastane hastaların beklentilerini karşılayamamaktadır. Fiziksel özellikler

alt boyutu -1,4133, güvenilirlik alt boyutu -1,5739, heveslilik alt boyutu -1,3178, güven alt boyutu -1,4973 ve empati alt boyutu -1,5726 olduğu görülmektedir. Toplam SERVQUAL skoru ise -1,4750'dir.

Servqual skorları incelendiğinde beklenti-algılama noktasında en büyük fark güvenilirlik alt boyutuna aittir. En düşük fark ise heveslilik alt boyutundadır. Nitekim -1,4750 skorlu toplam servqual puanı hastanenin verdiği hizmetin hastaları memnun edecek düzeyde olmadığı sonucunu vermektedir.

Tablo 10: SERVQUAL Puanları

	Algılanan Puan			Beklenti Puanı		Algılanan- Beklenti Puanı	Boyutlara Göre Fark	Genel Fark
		Ortalama	Std.Sapma	Ortalama	Std.Sapma	A-B		
FİZİKSEL ÖZELLİKLER	P1	3,4715	1,06559	4,7508	,63605	-1,2793	-1,4133	-1,4750
	P2	3,4324	1,10820	4,9129	,34916	-1,4805		
	P3	3,7988	1,05213	4,8979	,34939	-1,0991		
	P4	2,9279	1,34687	4,9279	,30195	-2,0000		
	P5	3,1201	1,13434	4,5165	,76670	-1,3964		
	P6	3,0601	1,17555	4,2553	1,09943	-1,1952		
	P7	3,2492	1,04753	4,6937	,61300	-1,4444		
	P8	3,3994	1,13790	4,8108	,48184	-1,4114		
GÜVENİLİRLİK	P9	3,0871	1,11192	4,9099	,32606	-1,8228	-1,5739	
	P10	3,1471	1,10283	4,8619	,41669	-1,7147		
	P11	3,0661	1,14931	4,7718	,64625	-1,7057		
	P12	3,3333	1,21982	4,8168	,50844	-1,4835		
	P13	2,9279	1,20774	4,7177	,56894	-1,7898		
	P14	2,9279	1,12243	3,9580	1,18145	-1,0300		
	P15	3,2042	1,18489	4,4595	,94216	-1,2553		
	P16	3,0901	1,24099	4,7688	,55209	-1,6787		
	P17	3,2162	1,43371	4,9009	,42416	-1,6847		
HEVESLİLİK	P18	3,4054	1,13842	4,8529	,42437	-1,4474	-1,3178	
	P19	3,1682	1,32695	4,8048	,50988	-1,6366		
	P20	3,2072	1,36512	4,8438	,47807	-1,6366		
	P21	3,1411	1,18011	4,8048	,53861	-1,6637		
	P22	3,2643	1,21579	3,1141	1,56550	0,1502		
	P23	3,1562	1,21224	4,8288	,47606	-1,6727		
GÜVEN	P24	2,9820	1,25858	4,7417	,55371	-1,7598	-1,4973	
	P25	3,3544	1,12500	4,8559	,44950	-1,5015		
	P26	3,2042	1,19249	4,8228	,48640	-1,6186		
	P27	3,3544	1,07292	4,7958	,50929	-1,4414		
	P28	3,6967	1,08712	4,8619	,48979	-1,1652		
EM N	P29	3,3634	1,13147	4,8438	,41754	-1,4805	-1,5726	

P30	3,1261	1,14163	4,5405	,88614	-1,4144		
P31	2,9369	1,27023	4,8318	,43417	-1,8949		
P32	3,0060	1,25390	4,8589	,42641	-1,8529		
P33	3,0180	1,21225	4,8198	,49452	-1,8018		
P34	3,0300	1,17671	4,7207	,58861	-1,6907		
P35	3,0000	1,14860	4,6336	,66610	-1,6336		
P36	2,6577	1,18344	3,5826	1,44266	-0,9249		
P37	3,1411	1,16211	4,6006	,85355	-1,4595		

4.3.3. Demografik Özelliklerin Beklenti ve Algı Puanlarına Etkisi

Demografik farklılıkların beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ortalamalarına etkisini incelemek adına 2 grup için Bağımsız örneklem t-Testi, 2’den fazla gruplar için Tek yönlü varyans testi kullanılmıştır.

Yapılan analizlerin neticesinde “p” değerine bakılarak gruplar için anlamlı farkın olup olmaması yorumlanmaktadır. Çıkan sonuçlara göre p değeri 0,05’ten küçük çıkması durumunda gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu, büyük çıkması durumunda ise anlamlı bir farkın olmadığı ortaya çıkmaktadır.

4.3.3.1. Demografik Özelliklerin Beklentide Yarattığı Farklılıklar

Katılımcıların cinsiyetine göre beklenti puanlarının farklılık gösterip göstermediğini test eden hipotezler şu şekildedir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Tablo 11: Cinsiyete Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Cinsiyet	N	Ortalama SS	T-Değeri	P Değeri	Hipotez
Fiziksel Özellikler	Kadın	125	4,732/0,386	,861	,667	Reddedilemez
	Erkek	208	4,713/0,360			
Güvenilirlik	Kadın	125	4,643/0,408	,077	,114	Reddedilemez
	Erkek	208	4,709/0,344			
Heveslilik	Kadın	125	4,549/0,430	,591	,785	Reddedilemez
	Erkek	208	4,536/0,386			
Güven	Kadın	125	4,784/0,428	,049	,250	Reddedilemez
	Erkek	208	4,834/0,307			
Empati	Kadın	125	4,561/0,495	,072	,196	Reddedilemez
	Erkek	208	4,628/0,432			

Servqual beklenti puanlarının hastaların cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Yapılan testler doğrultusunda tüm p değerleri 0.05'ten büyüktür. Bu sebeple hipotezler reddedilemez. Nitekim, hizmet beklentisinde cinsiyet faktörü fark oluşturmamaktadır.

Katılımcıların medeni durumuna göre beklenti puanlarının farklılık gösterip göstermediğini test eden hipotezler şu şekildedir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için; H_0 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Tablo 12: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Tüm Boyutlarda Beklenti Puanlarının İncelenmesi

Servqual Boyuları	Medeni Durum	N	Ortalama SS	T-Değeri	P Değeri	Hipotez
Fiziksel Özellikler	Bekar	128	4,718/0,405	0,214	0,939	Reddedilemez
	Evli	205	4,721/0,346			
Güvenilirlik	Bekar	128	4,640/0,416	0,014	0,100	Reddedilemez
	Evli	205	4,712/0,337			
Heveslilik	Bekar	128	4,515/0,452	0,345	0,354	Reddedilemez
	Evli	205	4,557/0,368			
Güven	Bekar	128	4,800/0,415	0,474	0,530	Reddedilemez

	Evli	205	4,825/0,317			
Empati	Bekar	128	4,546/0,505	0,031	0,087	Reddedilemez
	Evli	205	4,639/0,422			

Katılımcıların beklenti düzeyinde, medeni durum için puanları incelendiğinde her bir boyutta p değeri 0,05'in üstündedir. Medeni durum ile beklenti arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sebeple hiçbir hipotez reddedilemez.

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre beklenti puanlarının fark oluşturup oluşturmadığına dair hipotezler şu şekildedir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Tablo 13: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Yaş	N	Ortalama/SS	F-Deperi	p- Değeri	Hipotez
Fiziksel Özellikler	18-39	90	4,694/0,435	0,414	0,797	Reddedilemez
	30-39	116	4,706/0,344			
	40-49	63	4,764/0,346			
	50-59	34	4,731/0,327			
	60+	30	4,754/0,355			
Güvenilirlik	18-39	90	4,669/0,423	0,103	0,981	Reddedilemez
	30-39	116	4,680/0,317			
	40-49	63	4,699/0,396			
	50-59	34	4,700/0,338			
	60+	30	4,685/0,392			
Heveslilik	18-39	90	4,533/0,456	1,443	0,219	Reddedilemez
	30-39	116	4,495/0,384			
	40-49	63	4,642/0,360			
	50-59	34	4,514/0,442			
	60+	30	4,561/0,317			
Güven	18-39	90	4,804/0,440	0,429	0,787	Reddedilemez
	30-39	116	4,832/0,302			
	40-49	63	4,815/0,378			
	50-59	34	4,752/0,327			
	60+	30	4,853/0,355			
Empati	18-39	90	4,566/0,378	0,305	0,874	Reddedilemez
	30-39	116	4,599/0,424			
	40-49	63	4,633/0,467			
	50-59	34	4,650/0,402			
	60+	30	4,614/0,484			

Katılımcıların eğitim durumlarına göre beklenti düzeyleri incelendiğinde p değerinin her boyutta 0,05 ten büyük olduğu görülmekte, bu nedenle bütün hipotezler reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre beklenti puanlarının fark oluşturup oluşturmadığına dair hipotezler şu şekildedir

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

Tablo 14: Katılımcıların Eğitim Seviyesine Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Eğitim Durumu	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Fiziksel Özellikler	İlkokul	12	4,5417/0,45574	0,958	0,431	Reddedilemez
	Ortaokul	11	4,2727/0,76111			
	Lise	61	4,6202/0,34444			
	Üniversite	210	4,5492/0,38886			
	Y.Lisans+	39	4,4530/0,38417			
Güvenilirlik	İlkokul	12	4,5278/0,55074	1,972	0,098	Reddedilemez
	Ortaokul	11	4,4848/0,54268			
	Lise	61	4,7377/0,37845			
	Üniversite	210	4,6995/0,35184			
	Y.Lisans+	39	4,6296/0,31461			
Heveslilik	İlkokul	12	4,5417/0,45574	2,332	0,056	Reddedilemez
	Ortaokul	11	4,2727/0,76111			
	Lise	61	4,6202/0,34444			
	Üniversite	210	4,5492/0,38886			
	Y.Lisans+	39	4,4530/0,38417			
Güven	İlkokul	12	4,7167/0,39505	2,664	0,033	RED
	Ortaokul	11	4,5091 /1,01337			
	Lise	61	4,8557/ 0,31650			
	Üniversite	210	4,8314 /0,31114			
	Y.Lisans+	39	4,7846 /0,28054			

Empati	İlkokul	12	4,5370/0,58379	1,506	0,200	Reddedilemez
	Ortaokul	11	4,4848/0,70671			
	Lise	61	4,7268/0,38467			
	Üniversite	210	4,5804/0,46411			
	Y.Lisans+	39	4,5897/0,38503			

Katılımcıların eğitim durumuna göre servqual puanları incelendiğinde güven boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir. Öteki boyutlarda ise anlamlı farka rastlanamamıştır. Yapılan analizde “ H_1 :Güven boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların eğitimine göre farklılık göstermez” hipotezi reddedilerek araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre cevaplar farklılık göstermektedir. Tukey testi sonucunda Ortaokul mezunları ve Lise mezunları ($p=0,014<0,05$) ile Ortaokul mezunları ve üniversite mezunları ($p=0,006<0,05$) arasında anlamlı fark mevcuttur. Bu sonuca göre güven düzeyinde lise ve üniversite mezunlarının ortaokul mezunlarına nazaran hastaneden almak istedikleri hizmetten beklentilerinin daha fazla olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre servqual beklenti puanlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık gösterir.

Tablo 15: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Meslek Durumu	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Fiziksel Özellikler	Çalışmıyor	64	4,740/ 0,345	2,858939	0,058	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	4,762 /0,327			
	Özel Sektör	121	4,657 /0,422			
Güvenilirlik	Çalışmıyor	64	4,642/0,408	3,302377	0,038	Red
	Kamu Personeli	147	4,742/0,302			
	Özel Sektör	121	4,635/0,415			
Heveslilik	Çalışmıyor	64	4,539/0,338	0,024530	0,975	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	4,545/0,382			
	Özel Sektör	121	4,742/0,302			
Güven	Çalışmıyor	64	4,834/0,277	1,084241	0,339	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	4,838/0,279			
	Özel Sektör	121	4,776/0,465			
Empati	Çalışmıyor	64	4,545/ 0,455	1,294869	0,275	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	4,645/ 0,428			
	Özel Sektör	121	4,580/ 0,490			

Servqual beklenti puanlarının katılımcıların çalışma durumuna göre anlamlılık gösterip göstermediğine dair testler sonucunda Güvenilirlik boyutunda farklılık olduğu görülmüştür. “ H_{23} :Güvenirlik boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre farklılık göstermez” hipotezi 0,05’ten küçük olduğu için reddedilmiş ve Tukey testi ile kamu personeli olan hastalar ve özel sektörde çalışan hastalar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,049<0,05$). Neticede güvenilirlik boyutunda kamu personeli olan hastaların, özel sektörde çalışan hastalara göre hastaneden beklentilerinin daha çok olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Servqual beklenti puanlarının katılımcıların gelir düzeylerine göre fark oluşturup oluşturmadığına ilişkin hipotezler aşağıda ifade edilmiştir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda beklenti puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Katılımcıların beklenti puanlarının gelir düzeylerine göre farklılık göstermesine dair yapılan hipotezlerin test edilmesi sonucunda; hipotezler reddedilerek fiziksel özellikler, güvenilirlik ve empati boyutunda anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tek yönlü varyans analizinin Tukey testi sonuçlarına göre fiziksel boyutta 1001-2500 TL arası gelir düzeyine sahip katılımcıların; 1000TL ve altı, 2501-4000TL ve 4501-7500 TL gelir düzeyine sahip katılımcılarla arasında anlamlı farka rastlandığı

görülmektedir. 1000 TL ve altında gelir düzeyine sahip katılımcıların diğer gruplara göre talep ettikleri hizmetin daha fazla olduğu çıkarımı yapılabilmektedir. Ayrıca güvenilirlik boyutunda 1001-2500TL arasında gelir düzeyine sahip katılımcıların 2501-4000 TL ve 4001-7500 TL arasında gelir düzeyine sahip kişilere nazaran sağlık kuruluşundan bekledikleri hizmetin daha fazla olduğu söylenebilir. Son olarak Empati boyutunda 1001-2500 tı ile 2501-4000 tı arasında anlamlı bir fark mevcuttur. 2501-4000 TL düzeyine gelir sahibi olan katılımcılar 1001-2500 TL arasında gelire sahip olan katılımcılara göre sağlık hizmetleri beklentileri daha fazladır.

Tablo 16: Katılımcıların Gelirin Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Beklenti Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyutları	Gelir	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Fiziksel Özellikler	1000 TL ve Altı	33	4,77/0,310	2,923	0,027	Red
	1001TL-2500 TL	26	4,50/0,551			
	2501- 4000 TL	104	4,76/0,367			
	4001-7500 TL	117	4,72/0,337			
	7500 TL ve Üstü	53	4,70/0,340			
Güvenilirlik	1000 TL ve Altı	33	4,65/0,380	2,661	0,033	Red
	1001TL-2500 TL	26	4,47/0,555			
	2501- 4000 TL	104	4,71/0,397			
	4001-7500 TL	117	4,71/0,294			
	7500 TL ve Üstü	53	4,68/0,324			
Heveslilik	1000 TL ve Altı	33	4,53/0,332	1,689	0,152	Reddedilemez
	1001TL-2500 TL	26	4,39/0,394			
	2501- 4000 TL	104	4,60/0,444			
	4001-7500 TL	117	4,54/0,392			
	7500 TL ve Üstü	53	4,48/0,370			
Güven	1000 TL ve Altı	33	4,81/0,313	0,871	0,481	Reddedilemez
	1001TL-2500 TL	26	4,69/0,424			
	2501- 4000 TL	104	4,82/0,425			
	4001-7500 TL	117	4,83/0,319			
	7500 TL ve Üstü	53	4,81/0,278			
Empati	1000 TL ve Altı	33	4,43/0,440	3,196	0,014	Red
	1001TL-2500 TL	26	4,41/0,542			
	2501- 4000 TL	104	4,66/0,472			
	4001-7500 TL	117	4,64/0,414			
	7500 TL ve Üstü	53	4,56/0,449			

4.3.3.2. Demografik Özelliklerin Algı Üzerinde Yarattığı Farklılıklar

Çalışmanın bu bölümünde, hastaların algılama puanlarının demografik faktörlere göre ne şekilde değiştiği incelenmiştir. İlk olarak cinsiyet göre ortalamaların farklı olup olmadığına dair hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Tablo 17: Katılımcıların Cinsiyete Göre Tüm Boyutlarda Algılama Puanlarının İncelenmesi

Servqual Boyuları	Cinsiyet	N	Ortalama SS	T-Değeri	P Değeri	Hipotez
Fiziksel Özellikler	Kadın	125	3,180/0,862	0,981	0,037	Red
	Erkek	208	3,384/0,857			
Güvenilirlik	Kadın	125	2,944/0,894	0,483	0,010	Red
	Erkek	208	3,211/0,906			
Heveslilik	Kadın	125	3,174/0,923	0,803	0,456	Reddedilemez
	Erkek	208	3,253/0,935			
Güven	Kadın	125	3,292/0,918	0,850	0,616	Reddedilemez
	Erkek	208	3,346/0,972			
Empati	Kadın	125	2,892/0,943	0,486	0,045	Red
	Erkek	208	3,114/0,992			

Yapılan Independent T-Test sonucunda fiziksel, güvenilirlik ve empati boyutlarında cinsiyete göre farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Erkeklerin fiziksel, güvenilirlik ve empati boyutunda hizmetten aldıkları performansın kadınlara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcıların algılama ortalamalarının medeni duruma ne durumda olduğunu saptamak adına oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için;

H_0 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Tablo 18: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Tüm Boyutlarda İçin Algılama Verilerinin İncelenmesi

Servqual Boyuları	Cinsiyet	N	Ortalama SS	T-Değeri	P Değeri	Hipotez
Fiziksel Özellikler	Bekar	128	3,469/0,857	0,542	0,007	Red
	Evli	205	3,206/0,853			
Güvenilirlik	Bekar	128	3,158/0,950	0,602	0,450	Reddedilemez
	Evli	205	3,081/0,885			
Heveslilik	Bekar	128	3,338/0,965	0,166	0,075	Reddedilemez
	Evli	205	3,152/0,908			
Güven	Bekar	128	3,446/0,994	0,171	0,067	Reddedilemez
	Evli	205	3,250/0,917			
Empati	Bekar	128	3,072/1,068	0,019	0,569	Reddedilemez
	Evli	205	3,006/0,920			

Hipotezler doğrultusunda yapılan Independent T-Test sonucunda fiziksel boyutta bekar ve evli katılımcılar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Bu sonuca göre bekarlar aldıkları hizmetten evlilere göre daha memnun oldukları tespit edilmiştir

Katılımcıların yaş durumlarına göre hizmet kalite performansları kıyaslama yapılmak amacıyla aşağıda ki hipotezler oluşturulmuştur:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların yaş durumlarına göre farklılık gösterir.

Tablo 19: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Yaş	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Fiziksel Özellikler	18-39	90	3,419444/0,920146	2,214	0,067	Reddedilemez
	30-39	116	3,240302/0,828853			
	40-49	63	3,093254/0,834600			
	50-59	34	3,474265/0,809379			
	60+	30	3,491667/0,867227			
Güvenilirlik	18-39	90	3,196296/1,022028	0,795	0,529	Reddedilemez
	30-39	116	3,032567/0,858042			
	40-49	63	3,022928/0,898948			
	50-59	34	3,205882/0,897322			
	60+	30	3,237037/0,786613			
Heveslilik	18-39	90	3,398148/1,007058	1,420	0,227	Reddedilemez
	30-39	116	3,182471/0,883826			
	40-49	63	3,052910/0,905887			
	50-59	34	3,181373/0,946700			
	60+	30	3,266667/0,868345			
Güven	18-39	90	3,429630/1,095040	0,732	0,571	Reddedilemez
	30-39	116	3,261494/0,913459			
	40-49	63	3,219577/0,890424			
	50-59	34	3,357843/0,861770			
	60+	30	3,450000/0,861201			
Empati	18-39	90	3,040741/1,152831	0,303	0,876	Reddedilemez
	30-39	116	3,006705/0,914051			
	40-49	63	2,954145/0,941887			
	50-59	34	3,137255/0,969439			
	60+	30	3,137037/0,756796			

Yukarıda ki tabloya göre katılımcıların yaş durumları ile algıladıkları hizmet kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaneden hizmet alan hastaların, eğitim durumuna göre algıladıkları hizmet kalitesinin farklılık gösterip göstermediğine ilişkin hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için;

H_0 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Tablo 20: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Eğitim	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Fiziksel Özellikler	İlkokul	12	3,291/0,693	1,759	0,137	Reddedilemez
	Ortaokul	11	2,852/0,724			
	Lise	61	3,405/0,926			
	Üniversite	210	3,080/0,872			
	Y.Lisans +	39	3,491/0,744			
Güvenilirlik	İlkokul	12	3,064/0,840	1,339	0,255	Reddedilemez
	Ortaokul	11	2,656/0,729			
	Lise	61	3,269/0,940			
	Üniversite	210	3,114/0,929			
	Y.Lisans +	39	2,988/0,787			
Heveslilik	İlkokul	12	3,097/1,006	1,3688	0,245	Reddedilemez
	Ortaokul	11	2,606/0,928			
	Lise	61	3,286/0,938			
	Üniversite	210	3,242/0,947			
	Y.Lisans +	39	3,235/0,769			
Güven	İlkokul	12	3,333/0,901	0,645	0,631	Reddedilemez
	Ortaokul	11	2,954/1,247			
	Lise	61	3,439/0,943			
	Üniversite	210	3,314/0,960			
	Y.Lisans +	39	3,311/0,852			
Empati	İlkokul	12	3,138/1,027	0,906	0,461	Reddedilemez
	Ortaokul	11	2,737/1,067			
	Lise	61	3,207/1,002			
	Üniversite	210	3,006/0,986			
	Y.Lisans +	39	2,934/0,857			

Tablo 19’da görüldüğü üzere katılımcıların hizmet kalitesi algıları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Servqual performans puanlarının, katılımcıların çalışma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini her bir boyutta test eden hipotezler aşağıdaki şekilde verilmiştir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre farklılık gösterir.

Tablo 21: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Meslek Durumu	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Fiziksel Özellikler	Çalışmıyor	64	3,402/0,832	1,654	0,193	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	3,357/0,903			
	Özel Sektör	121	3,195/0,826			
Güvenilirlik	Çalışmıyor	64	3,079/0,822	3,943	0,020	Red
	Kamu Personeli	147	3,256/0,949			
	Özel Sektör	121	2,946/0,884			
Heveslilik	Çalışmıyor	64	3,270/0,912	1,007	0,367	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	3,280/0,981			
	Özel Sektör	121	3,126/0,877			
Güven	Çalışmıyor	64	3,385/0,902	0,574	0,564	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	3,356/0,991			
	Özel Sektör	121	3,250/0,930			
Empati	Çalışmıyor	64	2,878/0,896	1,501	0,224	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	3,123/1,034			
	Özel Sektör	121	2,997/0,950			

Meslek gruplarına göre hizmet kalitesi algılama puanı ortalamalarında, güvenilirlik boyutunda kamu personeli ile özel sektör arasında farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). One-way Anova Tukey testi sonucuna göre kamu personelleri ile özel sektör çalışanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,020$). Buradan yapılacak çıkarıma göre kamu personeli olan katılımcıların, özel sektörde yer alan katılımcılara göre aldıkları hastane hizmetinden daha tatmin olduklarını diyebiliriz.

Son olarak hizmet kalitesinde algılama puanlarının, katılımcıların gelir durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine dair hipotezleri aşağıda sunulmuştur:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Fiziksel boyut algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güvenilirlik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Heveslilik boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Güven boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Empati boyutunda algılama puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

H_0 : Empati boyut algı puanları çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

Tablo 22: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin Algılama Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Gelir Düzeyi	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Fiziksel	1000 TL ve Altı	33	3,397/0,756	2,908	0,022	Red
	1001-2500	26	3,221/0,888			
	2501-4000	104	3,406/0,864			
	4001-7500	117	3,113/0,849			
	7501 +	53	3,528/0,878			
Güvenilirlik	1000 TL ve Altı	33	3,121/0,840	2,153	0,074	Reddedilemez
	1001-2500	26	3,098/0,729			
	2501-4000	104	3,157/0,940			
	4001-7500	117	2,949/0,929			
	7501 +	53	3,374/0,787			
Heveslilik	1000 TL ve Altı	33	3,343/0,940	2,096	0,081	Reddedilemez
	1001-2500	26	3,423/0,920			
	2501-4000	104	3,360/0,939			
	4001-7500	117	3,114/0,916			
	7501 +	53	3,635/0,902			
Güven	1000 TL ve Altı	33	3,393/0,968	3,071	0,017	Red
	1001-2500	26	2,423/0,928			
	2501-4000	104	3,360/0,924			
	4001-7500	117	3,114/0,968			
	7501 +	53	3,635/0,891			
Empati	1000 TL ve Altı	33	2,828/0,984	1,795	0,129	Reddedilemez
	1001-2500	26	3,115/0,962			
	2501-4000	104	3,106/0,929			
	4001-7500	117	2,900/0,995			
	7501 +	53	3,255/1,010			

Yukarıda ki tabloda da görüldüğü üzere fiziksel ve güven boyutunda anlamlı sonuçlar görülmüştür ($p < 0,05$). One-way Anova analizinin Tukey testine göre hem fiziksel ($p = 0,029$) hem de güven boyutunda ($p = 0,008$) 4001-7500TL arasında gelire sahip olan katılımcıların 7500 ve üstünde gelir düzeyine sahip olan katılımcılara göre algıladıkları hizmetten daha az memnun oldukları görülmektedir.

4.3.3.3. Demografik Farklılıkların Servqual Puanları Üzerine Etkisi

Hizmet kalitesinin Servqual analizi ile ölçümünde, algılanan hizmet kalitesinin beklenti düzeyinde ki hizmet kalitesinden yüksek olması, hasta beklentilerinin karşılanması anlamına gelmekte dolayısıyla katılımcıların hastaneden aldıkları hizmetin kalite olduğu çıkarımı yapılmaktadır. Aksi durumda ise performans ile beklenti arasında olumsuz bir fark olması neticesinde hizmet kalitesi puanı negatif

çıkacak ve hastaların hizmet aldıkları hastaneden memnun olmadıkları sonucuna ulaşılacaktır.

Araştırma grubunun cinsiyet değişkenliğinin servqual puanı üzerine etkisinin ölçüldüğü hipotezler aşağıdaki gibidir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

Tablo 23: Katılımcıların Cinsiyete Göre Tüm Boyutlarda SERVQUAL Puanlarının İncelenmesi

Servqual Boyuları	Cinsiyet	N	Ortalama/ SS	T-Değeri	P Değeri	Hipotez
Genel Servqual Puanı	Kadın	125	-1,557/0,928	1,304	0,193	Reddedilemez
	Erkek	208	-1,423/0,897			
Fiziksel	Kadın	125	-1,552/0,965	2,125	0,034	Red
	Erkek	208	-1,329/0,897			
Güvenilirlik	Kadın	125	-1,698/0,992	1,805	0,072	Reddedilemez
	Erkek	208	-1,498/0,968			
Heveslilik	Kadın	125	-1,374/0,996	0,826	0,410	Reddedilemez
	Erkek	208	-1,283/0,960			
Güven	Kadın	125	-1,492/1,057	0,030	0,976	Reddedilemez
	Erkek	208	-1,488/1,042			
Empati	Kadın	125	-1,514/1,109	1,260	0,209	Reddedilemez
	Erkek	208	-1,669/1,072			

Cinsiyet faktörünün fiziksel boyut dışında genel servqual puanı da dahil olmak üzere tüm boyutlarda negatif olduğu görülmektedir. Fiziksel boyutta ise ($p < 0,05$), Independent T-Test neticesinde erkeklerin kadınlara nazaran hastaneden daha memnun olduğu ortaya çıkmaktadır.

Servqual skorlarının çalışmaya katılan hastaların tüm boyutlarda medeni durumuna göre farklılığın olup olmamasını test eden hipotezler aşağıdaki gibidir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

Tablo 24: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Her Boyutta SERVQUAL Puanlarının İncelenmesi

Servqual Boyuları	Cinsiyet	N	Ortalama SS	T-Değeri	P Değeri	Hipotez
Genel Servqual Puanı	Bekar	128	-1,347/0,940	2,006	0,046	Red
	Evli	205	-1,552/0,884			
Fiziksel	Bekar	128	-1,249/0,923	2,573	0,011	Red
	Evli	205	-1,515/0,918			
Güvenilirlik	Bekar	128	-1,481/1,003	1,356	0,176	Reddedilemez
	Evli	205	-1,631/0,964			
Heveslilik	Bekar	128	-1,177/1,017	2,095	0,037	Red
	Evli	205	-1,405/0,936			
Güven	Bekar	128	-1,353/1,126	1,186	0,060	Reddedilemez
	Evli	205	-1,574/0,987			
Empati	Bekar	128	-1,475/1,168	1,286	0,199	Reddedilemez
	Evli	205	-1,633/1,031			

Tablo 23’de servqual puanı ortalamaları ile katılımcıların medeni durumlarına göre kıyaslama yapılmıştır. Yapılan Independent T-Testi analizinin neticesinde hizmet alan kişilerin yaş grupları ve servqual puanları arasında anlamlı farklılıklar vardır ($p < 0,05$). Yukarıdaki tabloya göre evli olan katılımcıların bekar katılımcılara nazaran memnuniyetlerinde azalma olduğu görülmektedir.

Aşağıda verilen hipotezler, genel Servqual puanlarının, hastaların yaş grubuna göre her boyutta farklılık oluşturup oluşturmadığını test etmek için hazırlanmıştır. Bu hipotezler:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların yaş grubuna göre farklılık gösterir.

Tablo 25: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Yaş	N	Ortalama/SS	F-değeri	P-değeri	Hipotez
Genel Servqual Puanı	18-39	90	-1,356/1,009	1,122	0,346	Reddedilemez
	30-39	116	-1,356/0,847			
	40-49	63	-1,642/0,920			
	50-59	34	-1,398/0,926			
	60+	30	-1,380/0,772			
Fiziksel	18-39	90	-1,275/0,968	2,258	0,63	Reddedilemez
	30-39	116	-1,466/0,887			
	40-49	63	-1,668/0,979			
	50-59	34	-1,257/0,881			
	60+	30	-1,413/0,816			
Güvenilirlik	18-39	90	-1,472/1,041	0,734	0,569	Reddedilemez
	30-39	116	-1,647/0,933			
	40-49	63	-1,679/1,025			
	50-59	34	-1,493/1,008			
	60+	30	-1,462/0,849			
Heveslilik	18-39	90	-1,135/1,069	2,055	0,86	Reddedilemez
	30-39	116	-1,313/0,901			
	40-49	63	-1,589/0,949			
	50-59	34	-1,333/1,042			
	60+	30	-1,294/0,831			
Güven	18-39	90	-1,374/1,220	0,728	0,573	Reddedilemez
	30-39	116	-1,571/0,982			
	40-49	63	-1,596/1,021			
	50-59	34	-1,395/0,954			
	60+	30	-1,403/0,875			
Empati	18-39	90	-1,525/1,250	0,282	0,889	Reddedilemez
	30-39	116	-1,592/0,992			
	40-49	63	-1,679/1,119			
	50-59	34	-1,513/1,045			
	60+	30	-1,477/0,930			

Katılımcıların, ortalama servqual puanlarının yaş grubuna göre bir fark olup olmadığı tespitine dair uygulanan testler sonucunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumlarının Servqual puanlarına göre farklılık bulunup bulunmadığına dair test etmek için oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarıgöre farklılık gösterir.

Tablo 26: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Eğitim Durumu	N	Ortalama/SS	F-değeri	P-değeri	Hipotez
Genel Servqual Puanı	İlkokul	12	-1,410/0,982	0,265	0,900	Reddedilemez
	Ortaokul	11	-1,700/1,165			
	Lise	61	-1,421/0,891			
	Üniversite	210	-1,470/0,919			
	Y.Lisans+	39	-1,524/0,821			
Fiziksel	İlkokul	12	-1,364/0,798	0,988	0,414	Reddedilemez
	Ortaokul	11	-1,704/0,797			
	Lise	61	-1,368/0,986			
	Üniversite	210	-1,372/0,942			
	Y.Lisans+	39	-1,637/0,815			
Güvenilirlik	İlkokul	12	-1,462/1,082	0,450	0,772	Reddedilemez
	Ortaokul	11	-1,828/1,026			
	Lise	61	-1,468/0,982			
	Üniversite	210	-1,585/0,992			
	Y.Lisans+	39	-1,641/0,894			
Heveslilik	İlkokul	12	-1,444/1,115	0,515	0,725	Reddedilemez
	Ortaokul	11	-1,666/1,125			
	Lise	61	-1,333/0,950			
	Üniversite	210	-1,306/0,992			
	Y.Lisans+	39	-1,217/0,831			
Güven	İlkokul	12	-1,383/0,993	0,154	0,961	Reddedilemez
	Ortaokul	11	-1,554/1,942			
	Lise	61	-1,415/0,985			
	Üniversite	210	-1,517/1,036			
	Y.Lisans+	39	-1,472/0,912			
Empati	İlkokul	12	-1,398/1,268	0,239	0,916	Reddedilemez
	Ortaokul	11	-1,747/1,346			
	Lise	61	-1,519/1,017			
	Üniversite	210	-1,573/1,096			
	Y.Lisans+	39	-1,655/1,053			

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumlarının, hizmet kalitesi boyutlarına verdikleri önem farklılaşmamaktadır. Özetle önem derecesi eğitim durumuna göre değişmemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların çalışma durumlarının genel servqual puanları ile ilişkili olup olmamasına bakmak için hazırlanan hipotezler şu şekildedir:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Tablo 27: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Meslek Durumu	N	Ortalama/SS	F	p	Hipotez
Genel Servqual Puanı	Çalışmıyor	64	-1,4568/0,842	0,421	0,656	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	-1,4323/0,927			
	Özel Sektör	121	-1,5335/0,932			
Fiziksel	Çalışmıyor	64	-1,3379/0,864	0,378	0,685	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	-1,4056/0,932			
	Özel Sektör	121	-1,4618/0,964			
Güvenilirlik	Çalışmıyor	64	-1,5625/0,929	1,422	0,242	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	-1,4860/0,979			
	Özel Sektör	121	-1,6887/1,008			
Heveslilik	Çalışmıyor	64	-1,2682/0,948	0,809	0,446	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	-1,2653/1,010			
	Özel Sektör	121	-1,4077/0,946			
Güven	Çalışmıyor	64	-1,4490/0,924	0,124	0,883	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	-1,4821/1,039			
	Özel Sektör	121	-1,5262/1,123			
Empati	Çalışmıyor	64	-1,6667/1,025	0,399	0,670	Reddedilemez
	Kamu Personeli	147	-1,5223/1,104			
	Özel Sektör	121	-1,5831/1,107			

Tablo 26’da görüleceği üzere katılımcıların çalışma durumları ve servqual önem düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye hiçbir boyutta rastlanamamıştır($p>0,05$).

Son olarak çalışmaya katılan kişilerin gelir durumları ile önem dereceleri arasında ki ilişkiyi test etmek için aşağıda ki hipotezler oluşturulmuştur:

Fiziksel boyut için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

Güvenilirlik boyutu için;

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir

Heveslilik boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

Güven boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

Empati boyutu için:

H_0 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık göstermez.

H_1 : Genel servqual puanı çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre farklılık gösterir.

Tablo 28: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Her Bir Boyut İçin SERVQUAL Puanlarının Karşılaştırılması

Servqual Boyuları	Eğitim Durumu	N	Ortalama/SS	F-değeri	P-değeri	Hipotez
Genel Servqual Puanı	1000 TL ve Altı	33	-1,426/,842	2,929	0,021	RED
	1001-2500	26	-1,277/,909			
	2501-4000	104	-1,464/,922			
	4001-7500	117	-1,664/,912			
	7501 +	53	-1,194/,855			
Fiziksel	1000 TL ve Altı	33	-1,375/,836	2,425	0,048	RED
	1001-2500	26	-1,278/,081			
	2501-4000	104	-1,358/,928			
	4001-7500	117	-1,609/,895			
	7501 +	53	-1,179/,922			
Güvenilirlik	1000 TL ve Altı	33	-1,532/,878	2,414	0,049	RED
	1001-2500	26	-1,371/,968			
	2501-4000	104	-1,558/,050			
	4001-7500	117	-1,764/,965			
	7501 +	53	-1,308/,881			
Heveslilik	1000 TL ve Altı	33	-1,191/,964	2,767	0,027	RED
	1001-2500	26	-1,166/,933			
	2501-4000	104	-1,379/,016			
	4001-7500	117	-1,480/,943			
	7501 +	53	-0,990/,910			
Güven	1000 TL ve Altı	33	-1,424/,994	2,982	0,019	RED
	1001-2500	26	-1,269/,085			
	2501-4000	104	-1,460/,059			
	4001-7500	117	-1,721/,064			
	7501 +	53	-1,183/,908			
Empati	1000 TL ve Altı	33	-1,609/,071	1,976	0,098	REDEDİLEMEZ
	1001-2500	26	-1,299/,100			
	2501-4000	104	-1,563/,032			
	4001-7500	117	-1,749/,112			
	7501 +	53	-1,312/,101			

Yukarıdaki tabloda görüleceği üzere, katılımcıların gelir düzeyleri ile önem puanları arasında ki ilişkiye bakıldığında empati boyutu haricinde tüm boyutlarda önem derecelerinin etkilendiği görülmektedir ($p < 0,05$). Tek yönlü varyans analizinde Tukey testi sonucunda genel servqual puanı dahil; fiziksel, güvenilirlik, heveslilik ve güven boyutunda 7500TL ve üzeri gelir düzeyine sahip katılımcıların 4001-7500TL aralığında gelir durumuna sahip olan katılımcılara göre hastaneden aldıkları hizmetten daha memnun oldukları görülmektedir.

SONUÇ

Hizmet kalitesi, tanımlanması ve ölçülmesi itibariyle zor bir yapıdır ve yıllarca süren tartışmalara rağmen, bilim adamları ortak bir tanım üzerinde anlaşamadıkları için ölçülmesini zorlaştırmaktadır. En yaygın kabul gören kavramlardan biri, bir organizasyonun tüm üyelerinin hizmet kalitesinden sorumlu olduğu ve hizmet kullanıcısının hizmet karşılaşmasında eşit bir ortak olduğu hizmet baskın mantığıdır. Bazı hizmetler bir dereceye kadar standartlaştırılabilse de her hastanın benzersiz olduğu ve sürecin temel bir parçası olduğu sektörün doğası, deneyimin heterojen olması gerektiği anlamına gelir. Heterojenlik ve ayrılabilirlik, hizmet karşılaşması için temel olan güven, ilişkiler ve insan etkileşimleri etrafındaki boyutlarda temsil edilir.

Söz konusu sağlık hizmetleri olduğunda, hizmet kalitesinin temel noktası kalitenin kendine has tanımıdır. Bir sağlık kuruluşu, kalitenin etkin yönetimi için sağlık hizmeti sürecinin tüm önemli unsurlarıyla ilgili bir tanıma sahip olmalıdır. Bu nedenle, hem hastaların hem de sağlık hizmeti sunucularının sağlık hizmeti kalitesine ilişkin beklenti ve algılarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar sağlık hizmeti açısından önemli paydaşlardır. Dolayısıyla, bu iki algının birleşimi, sağlık hizmeti kalitesinin eksiksiz bir resmini sağlayacaktır.

Bu çalışmada, Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi vasıtasıyla hizmet alan hastalara, hizmet kalitesinin ölçümü için SERVQUAL ölçeğine dayalı 37 değişkenden oluşan bir anket uygulanmıştır.

Araştırmanın sonucunda hastane hizmetlerinden yararlanan katılımcıların beklenti ve algılamaları kıyaslanıp genel hizmet kalitesinin ölçümüne yer verilmiştir.

Anket çalışması sonucunda toplanan verilerin analiz edilmesi ile elde edilen bulgular incelendiğinde, bütün kalite boyutlarında SERVQUAL skorlarının negatif çıkması neticesinde memnuniyet sağlanamamıştır. SERVQUAL skorlarına göre katılımcılar en çok heveslilik boyutundan memnun olurken, en düşük memnuniyet ise güvenilirlik boyutunda ortaya çıkmıştır. Heveslilik boyutundan sonra sırasıyla fiziksel özellikler, güven ve empati boyutu gelmektedir. Hizmet alanların en memnun oldukları Önerme 3: “Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ısıtma-soğutma olanakları açısından konforludur” olurken, en düşük memnuniyet ise Önerme

36’da: “Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları hastaların isim ve simalarını hatırlar.” olmuştur.

Araştırmanın hipotezleri, fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olmak üzere beş boyut üzerinden oluşturulmuştur.

Fiziksel özellikler boyutu incelendiğinde, katılımcıların genel olarak sunulan hizmetin fiziksel özelliklere dair beklentilerinin sağlık kurumu tarafından karşılanamadığı ortaya çıkmıştır. Demografik olarak sonuçlar değerlendirildiğinde ise gelir durumunu 1000 TL ve altında olan katılımcıların beklentilerinin diğer gelir durumundaki katılımcılara nazaran daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun yanında gelir seviyesinin 7500 TL ve üstü olduğu katılımcıların fiziksel özellikler üzerinde algılama puanlarının 4001-7500 TL arasında gelire sahip olan katılımcılara göre daha memnun olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca algılanan hizmet sonuçlarına göre erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre memnuniyetlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu kriterlere göre bekar katılımcıların hastanenin fiziksel özelliklerinden performans boyutunda daha memnun olduğunu söyleyebiliriz. Son olarak genel Servqual puanları incelendiğinde erkek katılımcıların bayanlara göre, bekarların evlilere göre ve gelir seviyesi olarak 7500 TL gelire sahip katılımcıların diğer gelir düzeyine sahip katılımcılara göre hizmet kalitesinden daha memnun oldukları ortaya çıkmıştır.

İkinci olarak güvenilirlik boyutu incelendiğinde, araştırmaya katılan gönüllülerin bu boyuta dair beklentilerinin tatmin edilemediği sonucuna ulaşılmaktadır. Demografik değerler üzerinden bakıldığında; kamu personeli olan katılımcıların, özel sektör mensuplarına göre sağlık hizmetlerinden daha fazla beklentiye sahip olduğuna ulaşılmıştır. Ayrıca 1000 TL ve daha az gelire sahip katılımcıların güvenilirlik boyutunda ki beklentilerinin diğer gruplara nazaran daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca 1001 TL ve 2500 TL arasında gelire sahip olan hastaların; 2501 – 4000 arası TL ve 4001-7500 TL arası gelire sahip kullanıcılara nazaran daha fazla talepte bulundukları tespit edilmiştir. Algılanan hizmet sonuçları incelendiğinde erkek katılımcıların güvenilirlik boyutu kapsamında kadın katılımcılara göre daha memnun oldukları keza kamu personelinin özel sektör mensuplarına nazaran daha memnun ayrıldıkları ortaya çıkmıştır. Genel Servqual sonuçlarına göre ise, 7500 TL ve üzeri kazanca sahip katılımcıların diğer gelir

düzeyine sahip katılımcılara nazaran hizmet kalitesinden memnun oldukları ortaya çıkmıştır.

Üçüncü boyut olan heveslilik boyutu incelendiğinde, katılımcıların hizmet kalitesinden tatmin olmadığı görülmüştür. Demografik düzeyde katılımcılar incelendiğinde; genel Servqual düzeyine göre bekar katılımcıların evli katılımcılara göre daha memnun oldukları ve 7500 TL ve üstünde gelir durumunda olan katılımcıların bu boyutta diğer gelir sahiplerine göre daha tatmin oldukları saptanmıştır.

Dördüncü boyut olan güven boyutuna bakıldığında; hizmet kalitesi, katılımcılar tarafından yeterli bulunmamıştır. Demografik bazda güven boyutu incelendiğinde; lise ve üniversite mezunlarının orta okul mezunlarına göre daha fazla hizmetten daha fazla beklentide oldukları görülmüştür. Ayrıca algılama puanlarına göre 7500 TL ve üzerinde gelir elde eden katılımcıların daha memnun olduğu görülmüştür. Genel Servqual sonuçlarına bakıldığında da 7500 TL ve üzerinde gelire sahip katılımcıların daha memnun olduklarını söyleyebiliriz.

Son olarak beşinci ve son boyut olan empati boyutunda da hizmet kalitesi yeterli değildir. Beklenti açısından bakıldığında 1000 TL ve daha az kazanca sahip katılımcıların güvene dair beklentilerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca algılanan hizmete göre erkek katılımcıların güven boyutunda kadın katılımcılara göre daha memnun oldukları görülmektedir.

Sonuç olarak, kalite iyileştirmenin etkin yönetimi, personel ve hastalar arasında olduğu kadar personel arasında da kaliteyi neyin oluşturduğu konusunda ortak bir anlayış olduğunda ortaya çıkar.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Erzincan Binali Yıldırım Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden hizmet alan kullanıcıların daha modern ve düzenli bir hastane beklentisinde olmaları sonucunda; hastanenin imaj ve itibarını yükseltmek için polikliniklerde ki bekleme salonlarında modernizasyon yapılabilir, tuvalet bakımında iyileştirmeye gidilebilir ve yönetim tarafından hastane çalışanlarının dış görünüşü hakkında genel bir denetimde bulunulabilir. Ayrıca hastane yönetiminin, çalışanların hastalara olan ilgi ve alakasını artırabilmek için motivasyon çalışmaları yapılabilir ve iş yüklerinin azaltılabilmesi için mevcut şartlar doğrultusunda iyileştirmeler yapılabilir. Bunun yanında hastane

alışanlarının insan ilişkileri konusunda kendilerini geliştirmeleri gerektiği, özellikle eğitim durumu konusunda eksik olan hastalara mevcut durumu anlatabilmek ve motive edebilmek için sade ve yalın bir üslup seçmelerinin faydalı olabileceği vurgulanabilir.



KAYNAKÇA

Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., Tunçbilek, A. (1998) Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Halk Sağlığı (ss. 5-14). Ankara: Antıp.

American Society for Quality. (18 Aralık 2020). “Quality Resources”.
<https://asq.org/quality-resources/quality-glossary/q>.(18.12.2020)

Armstrong, G, ve Kotler, P. (2000). *Marketing: An Introduction*. London: Prentice-Hall.

Assael, H. (1993). *Marketing*. Orlando: The Dryden Press.

Ateş, M. (2016). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.

Babakus, E, ve G W Boller. (1992). An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Business Research*. 24: 255-256.

Babakus, E, ve W G Mongold. (1992). Adapting The SERVQUAL Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*. 26(6): 767-786.

Bateson, G. E. J, ve Hoffman K.D. (2011). *Services Marketing*. Ohio: South-Western Cengage Learning.

Berry, Leonard L, ve Neeli Bendapudi. (2007). Health Care: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*. 10(2): 111-122.

Berry, L., Parasuraman, A. Ve Zeithaml, V. (1988). The Service-Quality Puzzle. *Business Horizons*. 64(1): 35-43.

Bhatt, K. (2020). Measuring service fairness and its impact on service quality and satisfaction: a study of Indian Banking Services. *Journal of Financial Services Marketing*. 25(1): 35-44.

Birol, L. (2016). HEMŞİRELİK SÜRECİ. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Bitner, M. J. (1992). The Impact of Physical Surroundings on Customer and Employees. *The Journal of Marketing*. 56(2): 57-71.

Blut, M., Sharon E. B., Evanscitzky, H. Ve Brock, C. (2014) The Impact of Service Characteristics on the Switching Costs-Customer Loyalty Link. *Journal of Retailing*. 90(2): 275-290.

Broh, R.A. (1982). Managing Quality for Higher Profits. New York: McGraw-Hill.

Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique. *European Journal of Marketing*. 30: 8-32.

Cali, M., Ellis, K. Ve te Velde, W.D. (2018). *The contribution of services to development and the role of trade liberalisation and regulation*. London: Overseas Development Institute.

Campbell, S.M., Buetow, S.A. ve Roland, M.O. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 51(11): 1611-1625.

Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*. 66(1): 33-55.

Charantimath, P.M. (2019). *Total Quality Management*. Calcuta: Pearson India Education Services

Chase, R.B. (1981). Customer Contact in Service Sy. *Operations Research*. 29(4): 698-706.

Chen, C-F. (2008). Investigating structural relationships between service quality, perceived value, satisfaction, and behavioral intentions for air passengers: Evidence from Taiwan. *Transportation Research Part A*. 42(4): 709-717.

Crosby, P.B. (1979). *Quality Is Free*. New York: New American Library.

Çağlar, İ. Ve Kılıç, S. (2006). *Kalite Güvence Standartları*. Ankara: Nobel Yayın.

Çoruh, M. (1998). Hastanelerde Kalite İyileştirme Çabaları. *Modern Hastane Yönetimi* 2(5): 4-6.

Diken, A. (1998). *Sanayi ve Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite*. Konya: Eğitim ve Kültür Yayınları.

Doğan, M. (2019). *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Donabedian, A. (1990). Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*. 114(11): 1111-1119.

Edgett, S. ve Parkinson, S. (1993). Marketing for Service Industries - A Review. *The Service Industries Journal*. 13(3): 19-39.

Ekinci, Y., Riley M. ve Fife-Schaw, C. (1998). Which school of thought? The Dimensions of resort Hotel Quality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 4(1): 63-67.

Ennew, C. ve Binks, M. (1992). Importance-Performance Analysis and the Measurement of Service Quality. *European Journal of Marketing*. 27(2):59-70.

Feigenbaum, A.V. (1951). *Quality Control: Principles, Practice and Administration*. New York: McGraw-Hill.

Finn, D.W. ve. Lamb, C. J. (1991). An Evaluation of the Servqual Scales in a Retailing Setting. *Advances in Consumer Research*. 18: 483-490.

Garvin, D.A. (1987). Competing on the Eight Dimensions of Quality. *Harvard Business Review*. 65(6): 101-109.

Gencil, U. (2001). Yüksek Öğrenim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 3(3): 164-217.

Goldkuhl, G, ve Röstlinger A. (2000). Beyond Goods and Services - An Elaborate Product Classification on Pragmatic Grounds. *Proceedings of the Quality in Services*. Karlstad University. 13:1-10.

Health Services Research. (1992). Quality of care: What is quality. *Canadian Medical Association Journal*. 147(12): 2153-2158.

Grönroos, C. (1993). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*. 18(4): 36-44.

Grönroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory. *European Journal of Marketing*. 16(7) : 30-41.

Grönroos, C. (1988). New Competition in the Service Economy: The Five Rules of Service. *International Journal of Operations & Production Management*. 8(3): 9-19.

Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing*. Boston: Lexington Books.

Halis, M. (2016). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Hayran, O., Sur, H. (1997). Sağlık Hizmetleri. *Hastane Yöneticiliği*.(ss.15-27). Ankara: Nobel Kitapevi.

HAYWOOD-FARMER, J.S., ve Nollet, J. (1991). A Model of Productivity in Public Service. *Canadian Journal of Administrative Sciences*. 8(1): 9-17.

Huber, M. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*. 343: 1-3.

IOM. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press.

Johne, A., ve Storey, C. (1998). New service development: a review of the literature and annotated bibliography. *European Journal of Marketing*. 32(3-4): 184-251.

Johnston, R., Clark, G. ve Shulver, M. (2012). *Service Operation Management*. Essex: Pearson Education Limited.

Judd, R.C. (1964). The Case for Redefining Services. *Journal of Marketing*. 28(1): 58-59.

Juran, J. (1951). *Quality Control Handbook*. New York: McGraw-Hill.

Kasper, H., Van Helsdingen, P. ve Gabbiot, M. (2006). *Service Marketing Management: A Strategic Perspective*. Chichester : John Wiley & Sons.

Kavrakoğlu, İ. *Kalite Güvencesi ve ISO 9000*. (1996).İstanbul: Kalder Yayınları.

KAVRAKOĞLU, İ. (1996). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Kalder Yayınları.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kerin, R.A, Berkowitz, E.N., Hartley, S.W. ve Rudelius, W. (2003). *Marketing*. New York: McGraw-Hill.

Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Kotler, P. (1994). *Marketing Management*. New Jersey: Prentice-Hall.

Kotler, P. ve Armstrong, P. (2017). *Principles Of Marketing*. London: Paerson.

Lagrosen, S. (2001). Strengthening the Weakest link of TQM- From Customer Focus to Customer Understanding. *The TQM Magazine*. 13(5): 348-354.

Laroche, M., Bergeron, J. ve Goutaland, C. (2001). A Three Dimensional Scale of Intangibility. *Journal of Service Research*. 4(1): 20-41.

Lehtinen, U, ve Lehtinen, R.. (1982). *Service Quality A Study of Dimensions*. Helsinki: Service Management Institute

Levesque, T. ve McDougall, G. (1996). Determinants of customer satisfaction in retail banking. *International Journal of Bank Marketing*. 14(7): 12-20.

Levitt, T. (1976). The Industrialization of Service. *Harvard Business Review*. 54(5): 32-43.

Lewis, R. ve Booms, B., (1983). The Marketing Aspect of Service Quality. *American Marketing Associations*. (pp. 99-107) Emerging Perspectives on Services Marketing. Chicago: American Marketing.

Lohr, K.N. ve Schroeder, S.A. (1990). A strategy for quality assurance in Medicare. *The New England Journal of Medicine*. 322(10): 707-712.

Lovelock, C. (1983). Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights.» *Journal of Marketing*. 47(3): 9-20.

Lovelock, C. ve Wirtz, J. (2011). *Services Marketing: People, Technology, Strategy*. New Jersey: Person Education.

Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action. *Quality in Health Care*. 1(3): 171-177.

Merter, M.E. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Atlas Yayınları

Moeller, S. (2010). Characteristic Of Services- A New Approach Uncovers Their Value. *Journal of Service Marketing*. 24(5): 359-368.

Mucuk, İ. (2017). *Pazarlama İlkeleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi

Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Omachonu, V.K. (1990). Quality of Care: New Criteria for Evaluation. *Health Care Management Review*. 15(4): 43-50.

Onskvisit, S. ve Shaw, J. (1991). Is Services Marketing Really Different? *Journal of Professional Services Marketing*. 7(2): 3-17.

Özer, M.A. (2012). *21. Yüzyılın Modern Yönetimi İçin Geleceğe Yön Veren Yönetim Guruları*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Özgen, H. (1995). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 10(69-70): 47-53.

Öztürk, A. (2013). *Kalite Yönetimi ve Planlaması*. Bursa: Ekin Basım Yayın ve Dağıtım.

Palmer, A. (2014). *Principles of Services Marketing*. Maidenhead: McGraw-Hill Higher Education.

Parasuraman, A.V., Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L. (1996) The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*. 60(2): 31-46.

Parasuraman, A.V., Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 49(4): 41-50.

Parasuraman, A.V., Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 64(1): 12-40.

Rathmell, J.M. (1966). What is Meant by Services?» *Journal of Marketing*. 30(4): 32-36.

Reeves, C.A. ve Bednar, D.A. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *The Academy of Management Review*. 19(3): 419-445.

Romaniuk, J. (2013). Subjective and objective health of the population aged 50+ and the welfare state regimes in 16 European countries. *International Journal of Management Economics and Business*. 39(1): 82-107.

Sasser, E. (1976). Match Supply and Demand in Service Industries. *Harvard Business Review*. 19(3): 133-140.

Sasser, E.Jr. W, Olsen, P.R. ve Wyckoff, D.D. (1974). *Management of Service Operations: Text and Cases*. Boston: Allyn & Bacon.

Sayım, F. ve Çıraklı, S. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi*. Antalya: Sağlık Bakanlığı: 347-365.

Schmenner, R.W. (1986). How Can Service Businesses Survive and Prosper?» *Sloan Management Review*. 27(3): 21-32.

Schwarz, U. von Thiele, Mazzocato, P., Stenfors-Hayes, T., Hasson, H. ve Nyström, M.E. (2016). Kaizen practice in healthcare: a qualitative analysis of hospital employees' suggestions for improvement. *British Medical Journal Publishing Group*. 7(1): 1-8.

Seth, N, Deshmukh, S.G ve Vrat, P. (2005). Service Quality Models: A Review. *International Journal of Quality & reliability Management*. 22(9): 913-949.

SEVİM, A. (1999). Toplam Kalite Yönetiminde Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyet Sisteminin Kurulması ve Bir Uygulama. *Anadolu Üniversitesi Yayınları*.

Shostack, G. Lynn. (1977). Breaking Free From Product Marketing. *Journal of Marketing*. 41(2): 73-80.

Smith, A. (1776). *Milletlerin Zenginliği*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Sower, V.E, ve Fair, F. (2008). There is More to Quality than Continuous Improvement: Listening to Plato. *Quality Management Journal*. 12(1): 8-20.

Sönmez, F. (2005). Muhasebenin yönetim aracı olarak kullanılmasında toplam kalite. *Mali Çözüm Dergisi*. 73: 82-103.

Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (2000). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Steffen, G.E. Quality Medical Care. A Definition.» *JAMA*. 260(1): 56-61.

Strategy for Quality Assurance in Medicare. *The New England Journal of Medicine* 322(10): 707-712.

Taguchi, G., ve Phadke, M.S. (1983). Quality Engineering through Design Optimization. *Harward Business Review*. : 77-145.

Taylor, S. (1994). Distinguished Service Quality form Patient Satisfaction in Developing Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies. *Hospital and Health Services Administration*. 39(2): 221-236.

Teas, K. (1994). Expectations As a Comparison Standart in Measuring Service Quality. *Journal of Marketing*. 58(1): 132-139.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2018) *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 9. Ankara: Nobel Yayınevi.

The History of Quality. (18 Aralık 2020). “History of Quality”. <https://asq.org/quality-resources/history-of-quality> , (18.12.2020).

Türkel, A.U. (2000). *Toplam Kalite Bağlamında Grup Dinamiği Ve Çatışma Yönetimi*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.

WHO. (7 Nisan 1948). *Frequently asked questions*. www.who.int, (17.01.2021)

Wilson, A. , Zeithaml, V.A, Bitner, M.J. ve Gremler, D.D. (2013). *Services marketing: integrating customer focus across the firm*. New York: McGraw-Hill.

Wisniewski, M. (2001). Using SERVQUAL to Assess Customer Satisfaction with Public Sector Services. *Journal of Service Theory and Practice*. 11(6): 380-388.

Yalçın, N. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar.(*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yeğinboy, Y. (1993). *ULUSAL DÜZEYDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*. İzmir: Doğruluk Matbaacılık.

Zarei, A., Arab, M., Froushani, A.R. ve Rashidian, A. (2012). Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *Biomed central health services research*. 12(1): 1-7.

Zeithaml, V.A., Bitner, M.J ve Gremler, D.D. (2006). *Service Marketing*. New York: McGraw-Hill.

Zeithaml, V.A., Berry ,L.L. ve Parasuraman, A.P. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. London: The Alfa Press.

Zeithaml, V. (2000). Service Quality, Profitability, and the Economic Worth of Customers: What We Know and What We Need to Learn. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 28(1): 67-85.



EKLER

EK 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Sayın hizmet kullanıcıları, elinizdeki anket soruları, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi dalında devam etmekte olduğum yüksek lisans programının tez aşamasında, araştırma bölümünde kullanılmak üzere hizmet aldığınız sağlık kuruluşunun hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar sadece bu konuyla ilgili araştırmanın yapıldığı yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Araştırmaya yapacağınız önemli destek ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Lokman Onur EKİNCİ

BÖLÜM 1

1. Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()
2. Yaşınız: 18-29() 30-39() 40-49() 50-59()
60 ve üzeri()
3. Medeni Durumunuz: Bekar() Evli()
4. Eğitim Durumunuz: Okur-yazar değil() İlkokul()
Ortaokul() Lise() Üniversite() Y.lisans ve üstü ()
5. Mesleğiniz:
6. Aylık Kişisel Geliriniz: 1000 TL ve altı() 1000-2500 TL
arası() 2501-4000 TL arası () 4001-7500 arası() 7501 TL ve üstü

BÖLÜM 2

Hastanelerin sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanan bir hasta olarak, lütfen geçmiş tecrübelerinizi de göz önünde bulundurarak ideal bir sağlık kuruluşunun aşağıdaki sorularda belirtilen hangi özelliklere sahip olması gerektiğini düşünerek soruları cevaplayınız. Eğer soru önermesinde belirtilen özelliğin bir hastanenin mükemmel hizmet vermesi için mutlaka gerekli olmadığını düşünüyorsanız “1” rakamını, mutlaka gerekli olduğunu düşünüyorsanız “5” rakamını işaretleyiniz. Ayrıca düşüncelerinizle orantılı olarak ara değerler olan; 2, 3 ve 4 rakamlarını da işaretleyebilirsiniz.

	1	2	3	4	5
İdeal bir sağlık kuruluşu modern bir binaya sahiptir					
İdeal bir sağlık kuruluşu modern medikal donanımlara sahiptir					
İdeal bir sağlık kuruluşu ısıtma-soğutma konusunda konforludur					
İdeal bir sağlık kuruluşunda tuvaletler temizdir					
İdeal bir sağlık kuruluşu çekici ve konforlu görünen fiziksel ortama sahiptir					
İdeal bir sağlık kuruluşu dikkat çekici materyaller barındırır					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar profesyonel görünüme sahiptir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda kolay bulunabilir ofis – işyeri- odalar mevcuttur					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar probleme dikkatli yaklaşır					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar problemin çözümünde güvenilir bir his bırakır					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar ilk görüşmede doğru teşhis ve tedaviyi uygular					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastanın hastalık ve tedavi geçmişini bilir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastayı sürekli olarak bilgilendirir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar belirli bir popüleriteye ulaşmıştır					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastaya bütçeye uygun, verimli ve ulaşılabilir ilaçlar tavsiye eder					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar uluslararası standartlara uygun hareket eder					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar rüşvet ve torpil gibi etik olmayan durumlara göre hareket etmez					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar sağlık hizmetini söz verdiği zamanda uygular					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlara telefon – internet gibi iletişim yollarıyla ulaşılabilir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlara acil durumlarda ulaşılabilir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hizmeti mümkün olan en kısa zamanda verir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar reçete yazmaya heveslidir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastalara yardım etmeye isteklidir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar kibar ve arkadaş canlısıdır					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastayı bilgilendirirken kendinden emindir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastalara güven vermeli ve özgüvenlerini artırır					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastaların sağlık durumu ve tedavi aşamasında bütünlük sağlar					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar dürüsttür					
İdeal bir sağlık kuruluşunda tedavi sürecinde çalışanlar hastaların moralini yüksek tutar					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanların hastalara karşı kişisel tutumu önemlidir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanların hastayı dinleme süresi yeterlidir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastayı dinlerken sabırlıdır					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastaların sorularına yeterli seviyede cevap verir					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastaların beklentilerini anlar					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastaların kaygılarını düşüncelerini anlar					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar hastaların isim ve sınımlarını hatırlar					
İdeal bir sağlık kuruluşunda çalışanlar ikinci bir görüşe veya başka bir çalışanın görüşüne saygı gösterir					

BÖLÜM 3

Aşağıdaki soru önermeleri, şu anda hizmet aldığınız Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi ile ilgilidir. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hastanesi'nin

hizmetleriyle alakalı aşağıda belirtilen özelliklere ne derecede katıldığınızı belirtiniz. Eğer sorulardaki ifadelere kesinlikle katılmıyorsanız “1” numarayla, kesinlikle katılıyorsanız “5” numarayla işaretleyiniz. Ayrıca düşüncelerinizle orantılı olarak ara değerler olan; 2, 3 ve 4 numaralarını da işaretleyebilirsiniz.

	1	2	3	4	5
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi modern bir binaya sahiptir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi modern medikal donanımlara sahiptir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ısıtma-soğutma konusunda konforludur					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tuvaletleri temizdir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çekici ve konforlu görünen fiziksel ortama sahiptir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dikkat çekici materyaller barındırmaktadır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar profesyonel görünüme sahiptir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kolay bulunabilir ofis – işyeri- odalar mevcuttur					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar probleme dikkatli yaklaşır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar problemin çözümünde güvenilir bir his bırakır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar ilk görüşmede doğru teşhis ve tedaviyi uygular					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar hastanın hastalık ve tedavi geçmişi hakkında bilgiye sahiptir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar hastayı sürekli olarak bilgilendirir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar belirli bir popülariteye ulaşmıştır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar hastaya bütçeye uygun, verimli ve ulaşılabilir ilaçlar tavsiye eder					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar uluslararası standartlara uygun hareket eder					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar rüşvet ve torpil gibi etik olmayan durumlara göre hareket etmez					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar sağlık hizmetini söz verdiği zamanda uygular					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına telefon – internet gibi iletişim yollarıyla ulaşılabilir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlara acil durumlarda ulaşılır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar hizmeti mümkün olan en kısa zamanda verir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar reçete yazmaya heveslidir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar hastalara yardım etmeye isteklidir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar kibar ve arkadaş canlısıdır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar hastayı bilgilendirirken kendinden emindir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar hastalara güven vermeli ve özgüvenlerini artırır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları hastaların sağlık durumu ve tedavi aşamasında bütünlük sağlar					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar dürüsttür					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışanlar tedavi sürecinde hastaların moralini yüksek tutar					

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanların hastalara karşı kişisel tutumu olumludur					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanların hastayı dinleme süresi yeterlidir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar hastayı dinlerken sabırlıdır					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar hastaların sorularına yeterli seviyede cevap verir					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar hastaların beklentilerini anlar					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar hastaların kaygılarını düşüncelerini anlar					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar hastaların isim ve simalarını hatırlar					
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar ikinci bir görüşe veya başka bir çalışanın görüşüne saygı gösterir					



EK: 2 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik İzni



T.C.
ERZİNCAN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı-Erzincan Binali YILDIRIM Üniversitesi
Mengücek Gazi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

ERZİNCAN MENGÜCEK GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - ERZİNCAN MENGÜCEK
GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İDARE VE
MALİ HİZMETLER MÜDÜRLÜĞÜ (Mette KİLİÇ)
28.04.2021 11:11 - E-62639109 - 771 - 1201
001041304

Sayı : E-62639109-771
Konu : Araştırma İzni Hk.

Sn; Arş. Gör. Lokman Onur EKİNCİ
Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı
Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

İlgi : 12/04/2021 tarihli ve 3649 sayılı dilekçeniz.

İlgide kayıtlı yazınızda sözü edilen "Sağlık Kurumlarında SERVQUAL Modeli ile Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" adlı tez çalışmanız kapsamında, 12.04.2021- 30.05.2021 tarihleri arasında hastanemizde araştırma yapmanız uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Orhan ÇİMEN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 92bda027-a1ff-4b56-bec8-1bd4f7a8b538 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Telefon: Faks No: Bilgi için: Hüsnüye GÜNEŞ
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
e-Posta: husniye.gunes@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Husniye.gunes@saglik.gov.tr Telefon No: (0 446) 212 22 22



EK 3: SERVQUAL Anket Soru Kaynakları

Soru no:	Kaynak
1,2,5,7,11,18,21,23,24,26,30,34,35	A. Parasuman, L.L Berry, and V.A Zeithaml, (1985), SERVQUAL: A Multiple-İtem Scale For Measuring Customer Perceptions of Service Quality, Report No. 86- 108, Marketing Science Institute, Cambridge, MA, 1985
4,6,13,20,25,28,33	Chahal, H. and Kumari, N. (2010) Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context. 230-255. Journal of Indian Business Research
9,10,12,13,19,27,31	Eleuch, K.A. (2008)Healthcare service quality perception in Japan.417-429. International Journal of Health Care Quality Assurance
17,32,33	Sudirman, Yani, A., Putri, R. (2019).The Quality of Service at Hospital Based on Servqual Approach. 2133-2138. Indian Journal of Public Health Research & Development
3,8,14,15,16,22,36,37	Roshnee, R. And Ramsaran-Fowdar, R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. 428-443. Journal of Health and Human Services Administration.