



**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTE  
ALGISININ ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK  
ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

**Nurcan DENİZ**

**(Doktora Tezi)**

**Eskişehir, 2016**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTE ALGISININ  
ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

**Nurcan DENİZ**

**T.C.**

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**İşletme Anabilim Dalı**

**İşletme Bilim Dalı**

**DOKTORA TEZİ**

**Eskişehir, 2016**

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTİSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Nurcan Deniz tarafından hazırlanan “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Ölçümüne Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması” başlıklı bu çalışma 17.11.2016 tarihinde Eskişehir Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddesi uyarınca yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, Jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

**Başkan: Prof. Dr. Attila İŞLİER**

**Üye: Doç. Dr. Köksal BÜYÜK**

**(Danışman)**

**Üye: Doç. Dr. Uğur KESKİN**

**Üye: Yrd. Doç. Dr. Umut KOÇ**

**Üye: Yrd. Doç. Dr. Musa Said DÖVEN**

**ONAY**

**.../ .../ 2016**

**Prof. Dr. Hasan Hüseyin ADALIOĞLU**

**Enstitü Müdürü**

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

## **ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ**

Bu tezin Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi hükümlerine göre hazırlandığını; bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmanın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Eskişehir Osmangazi Üniversitesi tarafından kullanılan bilimsel intihal tespit programıyla taranmasını kabul ettiğimi ve hiçbir şekilde intihal içermediğini beyan ederim. Yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması halinde ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

**NURCAN DENİZ**

## ÖZET

# SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTE ALGISININ ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

**DENİZ, Nurcan**

**Doktora-2016**

**İşletme Anabilim Dalı**

**Danışman:** Doç. Dr. Köksal BÜYÜK

Sağlık hizmetlerinde kalite çok önemli bir konudur. Buna rağmen Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için kullanılan araç, genellikle yurtdışında sağlık sektörü dışındaki hizmet sektörleri temel alınarak geliştirilen SERVQUAL ölçeğidir. Hizmet kalitesi alanında en çok kullanılan SERVQUAL ölçeğinin sağlık sektörü için uygun olmadığı yazında ortaya konulmuştur. Bu çalışma kapsamında öncelikle sağlık hizmet kalitesinin kavramsallaştırılması amacıyla bir model geliştirilmesi; ardından açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri aracılığıyla Türkiye’de devlet hastanelerinde yatan hastaların algılanan sağlık hizmet kalitelerinin ölçümünde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca modelde yer alan boyutların önceliklendirilmesi için kullanılacak bir yöntem de önerilmiştir. Geliştirilen ölçek, Eskişehir’de yer alan bir devlet hastanesinde 268 hastaya uygulanmıştır. Uygulama sonuçları yatan hastaların boyutları personel kalitesi, fiziksel kalite ve süreç kalitesi şeklinde sıraladıklarını göstermektedir. İstatistiksel analizler neticesinde 51 sorudan oluşan bir ölçek önerilmiştir. Bunların yan sıra açık uçlu sorulara verilen yanıtlar için de metin analizi gerçekleştirilmiş; en çok refakatçi konusundaki isteklerin dile getirildiği görülmüştür. Otopark, oda ve personel davranışları da en çok belirtilen konular arasındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmetleri, Ölçek Geliştirme

## **ABSTRACT**

### **A SCALE DEVELOPMENT STUDY FOR PERCEIVED SERVICE QUALITY MEASUREMENT IN HEALTHCARE SECTOR**

**DENİZ, Nurcan**

**PhD-2016**

**Department of Business Administration**

**Advisor:** Assoc. Prof. Dr. Koksal BUYUK

Healthcare service quality is a very important issue. However, healthcare service quality assessment tool is generally SERVQUAL, a generic scale, developed based on service sectors except healthcare services, in Turkey. It was shown in the literature that SERVQUAL isn't suitable for healthcare services. It is aimed to develop a model to conceptualize healthcare service quality and to develop a valid and reliable scale through exploratory and confirmatory factor analysis for inpatients in public hospitals in Turkey context in this research consecutively. A prioritization model is also proposed to use in the model. Scale was applied for 268 patients in a public hospital in Eskisehir city in Turkey. Patients ranked the dimensions staff quality, physical quality and process quality in a decreasing order according to their importance. After the statistical analyses, a scale consists of 51 question is proposed. In addition to these studies, text analysis was executed for open-ended question. Requests about companions are the most expressed topic by the patients. Parking area, room and staff behaviours are the other featured topics

**Keywords:** Service Quality, Healthcare Services, Scale Development

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
EKLER LİSTESİ.....	xv
KISALTMALAR .....	xvi
ÖNSÖZ.....	xvii
GİRİŞ.....	1

### 1. BÖLÜM HİZMET KALİTESİ

1.1. HİZMET KAVRAMI.....	7
1.1.1. Hizmetin Ayırıcı Özellikleri.....	7
1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması .....	10
1.2. KALİTE KAVRAMI.....	11
1.3. HİZMET KALİTESİ KAVRAMI.....	12
1.3.1. Hizmet Kalitesinin Önemi.....	14
1.3.2. Hizmet Kalitesi-Müşteri Tatmini İlişkisi.....	15
1.3.3. Hizmet Kalitesi Değerlendirme Yaklaşımları.....	18
1.4. HİZMET KALİTESİ MODELLERİ VE BOYUTLARI.....	20
1.4.1. Teknik ve İşlevsel Hizmet Kalitesi (Algılanan Kalite) Modeli...20	
1.4.2. Kano Modeli.....	22
1.4.3. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli.....	23
1.4.4. Davranışsal Hizmet Kalitesi Modeli.....	26
1.4.5. Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli.....	27
1.4.6. Grönroos ve Gummesson Modeli.....	28
1.4.7. Değerlendirme Modeli .....	29
1.4.8. Hizmet Kalitesi Sentez Modeli.....	29
1.4.9. Lehtinen ve Lehtinen Modeli.....	29
1.4.10. İyi ve Kötü Halkalar Modeli.....	31

1.4.11. SERVPERF Modeli.....	31
1.4.12. İdeal Değer Standandardına Dayalı Hizmet Kalitesi Modeli.....	32
1.4.13. Sunulan Kalitenin 4Q Modeli.....	32
1.4.14. Değerlendirilmiş Performans ve Normlaştırılmış Kalite Modelleri.....	33
1.4.15. Üç Bileşen Modeli.....	33
1.4.16. Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli.....	34
1.4.17. Nitelik Esaslı Model ve Toplam Etki Modeli.....	34
1.4.18. Algılanan Hizmet Kalitesi –Tatmin Modeli.....	35
1.4.19. P-C-P Nitelikler modeli.....	36
1.4.20. Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli.....	37
1.4.21. Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Tatmini Bütüncül Modeli.....	38
1.4.22. Öncüller ve Aracı Modeli.....	38
1.4.23. İç Hizmet Kalitesi Modeli (INTSERVQUAL).....	39
1.4.24. İçsel Hizmet Kalitesi Veri Zarflama Analizi Modeli.....	39
1.4.25. Hiyerarşik Hizmet Kalitesi Modeli.....	40
1.4.26. İş Süreçleri Yönetimi Modeli.....	41
1.4.27. Modellerin Genel Değerlendirilmesi.....	42
1.5. HİZMET KALİTESİNİN BOYUTLARI.....	43

## 2. BÖLÜM

### SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ

2.1. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ KAVRAMI.....	46
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AYIRICI ÖZELLİKLERİ.....	48
2.3. SAĞLIK HİZMET KALİTESİNİN ÖNEMİ.....	51
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLAR.....	52
2.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ VE HİZMET KALİTE STANDARTLARI.....	52
2.6. SAĞLIK HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ.....	54
2.7. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ KONUSUNDA YAZIN TARAMASI...57	
2.7.1. Uluslararası Çalışmalar.....	58
2.7.2. Türkiye’de Gerçekleştirilen Çalışmalar.....	67



2.8. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ MODELLERİ VE BOYUTLARI.....	71
2.8.1. Hastane Bölümleri Temelinde Boyutlar.....	80
2.8.2. Kurum Temelinde Boyutlar.....	81
2.8.3. Türkiye’de Gerçekleştirilen Çalışmalardaki Boyut Yapısı.....	81
2.8.4. Farklı Kültürlerdeki Boyut Yapısı.....	82
2.8.5. Boyutların Sınıflandırılması.....	83
2.8.6. Sağlık Hizmet Kalitesi Modellerinin Diğer Hizmet Kalitesi Modelleri ile İlişkisi.....	84

### 3. BÖLÜM

#### YATAN HASTA SAĞLIK HİZMET KALİTE ALGILAMALARININ ÖLÇÜLMESİ İÇİN ÖLÇEK GELİŞTİRİLMESİ VE BİR DEVLET HASTANESİNDE UYGULAMA

3.1. Araştırmanın Dayanağı.....	85
3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	96
3.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları.....	99
3.4. Araştırmanın Yöntemi.....	100
3.5. Araştırma Tasarımı.....	101
3.5.1. Ölçülecek Yapının Belirlenmesi.....	102
3.5.2. Madde Havuzunun Oluşturulması.....	104
3.5.3. Ölçüm Biçiminin Belirlenmesi.....	118
3.5.4. Uzmanlar Tarafından Gözden Geçirilen Başlangıç Madde Havuzunun Oluşturulması.....	123
3.5.5. Ölçeğe Dâhil Edilecek Maddelere Karar Verilmesi.....	124
3.5.6. Geliştirilen Ölçeğin Bir Örnekleme Uygulanması.....	126
3.5.7. Maddelerin Değerlendirilmesi.....	129
3.5.8. Ölçek Uzunluğunun En İyilenmesi.....	130
3.6. Önceliklendirme Modeli.....	131
3.7. İstatistiksel Analizler.....	139
3.7.1. İstatistiksel testlerin belirlenmesi.....	139
3.7.2. Verilerin Analiz İçin Hazırlanması.....	142
3.7.3. Araştırmanın Bulguları.....	148
3.7.3.1. Ölçeği Oluşturan İfadelere İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	148

3.7.3.2. Ölçümün İlk Güvenilirliği.....	151
3.7.3.3. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA).....	156
3.7.3.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA).....	172
3.7.3.5. Ölçümün Son Güvenilirliği.....	186
3.7.3.6. Ölçümün Geçerliliği.....	187
3.7.3.7. Sonuç Kalitesi ve Davranışsal Niyet Analizi.....	195
3.7.3.8. Şikâyet Değerlendirme Sorusuna Verilen Cevapların Analizi.....	200
3.7.3.9. Açık Uçlu Sorunun Nitel Analizi.....	201
3.7.3.10. Demografik Özelliklere İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	208
SONUÇ.....	221
KAYNAKÇA.....	225
EKLER.....	239

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Hizmet Kalitesi ile Ürün Kalitesinin Karşılaştırılması .....	14
<b>Tablo 2:</b> HKS İlgili Maddeleri ve Alt Maddeleri .....	55
<b>Tablo 3:</b> Sağlıkta Hizmet Kalitesi Boyutları.....	74
<b>Tablo 4:</b> Boyutların Gruplandırılması .....	75
<b>Tablo 5:</b> Sağlık Hizmet Kalitesi Alanında Gerçekleştirilen Çalışmalarda Ortaya Konan Boyutlar.....	78
<b>Tablo 6:</b> Farklı Yazarlar Tarafından SERVQUAL Boyutlarının Çevirisi.....	95
<b>Tablo 7:</b> HKS Anketleri Uygulama Planı .....	96
<b>Tablo 8:</b> Ölçekte Yer Alan Maddelerin Dayanakları.....	108
<b>Tablo 9:</b> Yazında Yer Alan Demografik Soru Örnekleri.....	113
<b>Tablo 10:</b> Hizmet Kalitesi Modeline İlişkin Boyutlar .....	119
<b>Tablo 11:</b> Uygulanan Anketlerin Bölümlere Göre Dağılımı.....	129
<b>Tablo 12:</b> Boyutların Sıra Değerleri .....	138
<b>Tablo 13:</b> Ağırlıklı Önem Dereceleri .....	139
<b>Tablo 14:</b> Araştırma Kapsamında Kullanılan Analiz Yöntemleri .....	142
<b>Tablo 15:</b> Kayıp Veri Fazlalığı Nedeniyle Analizden Çıkarılan Anketlere İlişkin Bilgiler.....	143
<b>Tablo 16:</b> KMO Test Sonuçlarının Yorumlanması .....	147
<b>Tablo 17:</b> Ölçekte Yer Alan Sorulara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	149
<b>Tablo 18:</b> Cronbach Alfa Katsayısının Yorumlanması.....	151
<b>Tablo 19:</b> Fiziksel Boyuta İlişkin Parça Bütün İstatistikleri.....	154
<b>Tablo 20:</b> Personel Boyutuna İlişkin Parça Bütün İstatistikleri.....	155
<b>Tablo 21:</b> Süreç Boyutuna İlişkin Parça Bütün İstatistikleri.....	156
<b>Tablo 22:</b> Tüm Boyutlara İlişkin Cronbach Alfa Değerleri.....	156
<b>Tablo 23:</b> Fiziki Boyut AFA Sonucu Döndürülmüş Bileşen Matrisi.....	168
<b>Tablo 24:</b> Fiziki Boyut AFA Sonucu Toplam Açıklanan Varyans.....	168
<b>Tablo 25:</b> Fiziki Boyut AFA Sonucu Ortak Faktör Varyansı.....	168
<b>Tablo 26:</b> Fiziki Boyut AFA Sonucu Boyut Yapısı.....	169
<b>Tablo 27:</b> Personel Boyutu AFA Sonucu Döndürülmüş Bileşen Matrisi.....	169
<b>Tablo 28:</b> Personel Boyutu AFA Sonucu Toplam Açıklanan Varyans.....	169
<b>Tablo 29:</b> Personel Boyutu AFA Sonucu Ortak Faktör Varyansı.....	170
<b>Tablo 30:</b> Personel Boyutu AFA Sonucu Boyut Yapısı.....	170

<b>Tablo 31:</b> Süreç Boyutu AFA Sonucu Döndürülmüş Bileşen Matrisi.....	171
<b>Tablo 32:</b> Süreç Boyutu AFA Sonucu Toplam Açıklanan Varyans.....	171
<b>Tablo 33:</b> Süreç Boyutu AFA Sonucu Ortak Faktör Varyansı .....	171
<b>Tablo 34:</b> Süreç Boyutu AFA Sonucu Boyut Yapısı.....	172
<b>Tablo 35:</b> Yatan Hasta Hizmet Kalitesi Algısı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	172
<b>Tablo 36:</b> Uyum İndeksi Seviyeleri .....	178
<b>Tablo 37:</b> Sağlık Hizmet Kalitesi Yazınında Kullanılan Model Uyum İndeksleri.	179
<b>Tablo 38:</b> Fiziki Boyut Uyum İyiliği İndekslerinin Değerlendirilmesi.....	181
<b>Tablo 39:</b> Personel Boyutu Uyum İyiliği İndekslerinin Değerlendirilmesi.....	183
<b>Tablo 40:</b> Süreç Boyutu Uyum İyiliği İndekslerinin Değerlendirilmesi.....	185
<b>Tablo 41:</b> Sonuç Olarak Elde Edilen Yapı.....	185
<b>Tablo 42:</b> Birleşik Güvenilirlik ve Açıklanan Ortalama Varyans Değerleri.....	187
<b>Tablo 43:</b> Sağlık Hizmet Kalitesi Yazınında İncelenen Geçerlilik Türleri.....	189
<b>Tablo 44:</b> Fiziki Boyut Ayrım Geçerliliği Değerlendirme Tablosu.....	194
<b>Tablo 45:</b> Personel Boyutu Ayrım Geçerliliği Değerlendirme Tablosu.....	194
<b>Tablo 46:</b> Süreç Boyutu Ayrım Geçerliliği Değerlendirme Tablosu.....	194
<b>Tablo 47:</b> Başkalarına Tavsiye Etme Konusundaki Düşünceler.....	197
<b>Tablo 48:</b> Başkalarına Şikâyet Etme Konusundaki Düşünceler.....	198
<b>Tablo 49:</b> Genel Hizmet Kalitesi Algılamalarına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları .....	198
<b>Tablo 50:</b> Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeye İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları....	199
<b>Tablo 51:</b> Tekrar Tercih Etme Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları .....	199
<b>Tablo 52:</b> Tekrar Tercih Etme Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	199
<b>Tablo 53:</b> Açık Uçlu Soruların Konularına Göre Sınıflandırılması .....	203
<b>Tablo 54:</b> Şikâyetlerin Boyutsal Dağılımı.....	204
<b>Tablo 55:</b> İfadelerin Ölçek İle Tutarlılık İncelemesi.....	205
<b>Tablo 56:</b> Cinsiyete İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	208
<b>Tablo 57:</b> Yaş Aralığına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	209
<b>Tablo 58:</b> Medeni Duruma İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları .....	209
<b>Tablo 59:</b> Öğrenim Durumuna İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	210
<b>Tablo 60:</b> Sosyal Güvenceye İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	210
<b>Tablo 61:</b> İkamete İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	210
<b>Tablo 62:</b> Tercih Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	211

<b>Tablo 63:</b> Tercih Etmeme Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	211
<b>Tablo 64:</b> Hastaların Yattıkları Servise İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	212
<b>Tablo 65:</b> Hastaların Yatış Şekline İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	213
<b>Tablo 66:</b> Oda Türüne İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	213
<b>Tablo 67:</b> Odadaki Hasta Sayısına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	213
<b>Tablo 68:</b> Kalış Süresine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	214
<b>Tablo 69:</b> Yatış Sayısına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	214
<b>Tablo 70:</b> Yatış Sebebine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	215
<b>Tablo 71:</b> Hastanın Hislerine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	215
<b>Tablo 72:</b> Refakatçıya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	216
<b>Tablo 73:</b> Ağrıya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	216
<b>Tablo 74:</b> İnsanlarla İlişki Kurmaya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	216
<b>Tablo 75:</b> Kötü Şey Duymaya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	217
<b>Tablo 76:</b> İyi Şey Duymaya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	217
<b>Tablo 77:</b> Normallik Sınaması Sonuçları.....	218
<b>Tablo 78:</b> Hipotez Değerlendirmeleri.....	219

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Grönroos Modeli .....	21
Şekil 2: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları .....	24
Şekil 3: Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli .....	25
Şekil 4: Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli .....	28
Şekil 5: Hizmet Kalitesi Sentez Modeli .....	30
Şekil 6: Hizmet Kalitesi İdeal Değer Modeli .....	32
Şekil 7: Nitelik Esaslı Model .....	35
Şekil 8: Toplam Etki Modeli .....	35
Şekil 9: Algılanan Hizmet Kalitesi – Tatmin Modeli .....	36
Şekil 10: P-C-P Nitelikler modeli .....	37
Şekil 11: Hizmet Kalitesi Öncülleri ve Aracıları.....	39
Şekil 12: İç Hizmet Kalitesi Modeli .....	40
Şekil 13: İş Süreçleri Yönetimi Modeli .....	41
Şekil 14: Hizmet Kalitesi Modelleri Arasındaki İlişki .....	43
Şekil 15: Sağlıkta Hizmet Kalitesi Modellerinin Birbirleriyle İlişkisi .....	84
Şekil 16: Ölçek Geliştirme Süreci.....	103
Şekil 17: Araştırma Modeli .....	104
Şekil 18: Analiz Süreci .....	130
Şekil 19: Önceliklendirme Algoritması Akış Şeması.....	136
Şekil 20: Önceliklendirme modelinin uygulanmasına ilişkin akış şeması .....	138
Şekil 21: AFA Süreci.....	157
Şekil 22: AFA Kapsamında Maddelerin Çıkartılması Süreci.....	162
Şekil 23: DFA Süreci.....	174
Şekil 24: Fiziki Boyut DFA.....	181
Şekil 25: Personel Boyutu DFA.....	183
Şekil 26: Süreç Boyutu DFA.....	184

## **EKLER LİSTESİ**

<b>Ek 1:</b> HKS Yatan Hasta Anketi .....	239
<b>Ek 2:</b> Pilot Anket Soruları .....	240
<b>Ek 3:</b> İngilizce Anket Soruları.....	246
<b>Ek 4:</b> VAS Ölçeği.....	252
<b>Ek 5:</b> Anketör Eğitimi .....	253
<b>Ek 6:</b> Araştırma İzni .....	254
<b>Ek 7:</b> Uygulanan Anket Formu .....	255
<b>Ek 8:</b> İleri Derece DFA Analizi.....	262
<b>Ek 9:</b> Açık Uçlu Soruya Verilen Cevaplar .....	267
<b>Ek 10:</b> Önerilen Anket Formu .....	270

## KISALTMALAR

<b>AFA</b>	: Açıklayıcı Faktör Analizi (EFA)
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi (CFA)
<b>ESOGÜ</b>	: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
<b>HKS</b>	: Hizmet Kalitesi Standartları
<b>KMO</b>	: Kaiser-Meyer-Olkin
<b>KVC</b>	: Kardiyolojik Cerrahi
<b>NPI</b>	: Net Promoter İndeks
<b>NPS</b>	: Net Promoter Score
<b>OAV</b>	: Ortalama Açıklanan Varyans
<b>PZB</b>	: Parasuraman, Zeithaml ve Berry
<b>VAS</b>	: Visual Analogy Scale
<b>YEM</b>	: Yapısal Eşitlik Modeli
<b>YEDH</b>	: Yunus Emre Devlet Hastanesi



## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın konu seçiminden sonuçlanmasına kadar geçen süreçte önerileri, eleştirileri, tecrübesi ve desteğinden ötürü tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Köksal BÜYÜK'e,

Doktora öğrenimim boyunca vermiş olduğu burs ve bilim adamlarını destekleme konusundaki özeni nedeniyle TÜBİTAK-Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı'na,

Tez izleme komitemde yer alarak, görüşleri ve önerileri ile çalışmama yön veren değerli hocalarım Prof. Dr. A. Attila İŞLİER ve Yard. Doç. Dr. Umut KOÇ'a,

Tezimi hazırlama aşamasında bilgilerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Christian GRONROOS, Prof. Dr. A. Sermet ANAGÜN, Prof. Dr. Müjgan SAĞIR ve Yard. Doç. Dr. Murat AKYILDIZ'a teşekkür ederim.

Nurcan DENİZ

2016, Eskişehir

## GİRİŞ

Hayat standartlarının artışı ile birlikte hizmet sektörü her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır (Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz vd., 2011). Geçtiğimiz otuz yıl boyunca hizmet faaliyetlerinin ekonomik sistem içerisindeki oranının artması da bu durumun bir göstergesidir. Hizmet kalitesi, hizmet pazarlaması alanında üzerinde en fazla araştırma yapılan konulardan birisidir (Kayral, 2012: 1). Hizmet kalitesinin; müşteri tatmini, müşteri bağlılığı, hizmet değeri, satınalma davranışı ve niyeti üzerindeki büyük etkileri göz önünde bulundurulduğunda hizmet sektörü için önemi daha iyi anlaşılmaktadır (Miranda, 2012: 389; Lin, 2010; Yanık, 2000: 44).

Tüketici tatmininin yükselmesinin kulaktan kulağa iletişimin artmasına neden olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda hizmetten veya üründen duyulan memnuniyetin yaklaşık 12 kişiye anlatılırken, memnuniyetsizliğin yaklaşık 25 kişiye aktarılması da önemli bir bilgidir (Zengin ve Erdal, 2000: 55). Ayrıca var olan müşteriyi elde tutmanın, yeni müşteriler çekmekten daha az pazarlama kaynağı gerektirdiği de bilinmektedir (Lam, 2000: 3). Özellikle hizmet kalitesinin işletme performansının kritik belirleyicisi ve rekabet avantajı kazandıran stratejik bir araç olduğunun anlaşılmasıyla son yirmi yıldır hizmet kalitesinin ölçümü hem uygulamacılar hem de araştırmacılar arasında artan bir öneme sahip olmuştur (Lee ve Chulhyun; 2012: 757). Maliyetleri düşüren ve dolayısıyla karlılığı arttıran hizmet kalitesinin yönetimi konusunda uygun stratejiler geliştirmek ve uygulamak için geçerli bir ölçüme ihtiyaç vardır (Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz vd., 2011: 9407). Zira bir şeyin geliştirilmesi için öncelikle ölçülmesi gerekmektedir (Rashid ve Jusoff, 2009: 4719).

Hizmet kalitesi, tarifi güç ve soyut bir kavram olduğundan dolayı geçerli bir ölçüm için özel çaba gerekmektedir (Miranda, 2012: 387). Sayısal ölçülerin azlığı ve sınırlı veri nedeniyle hizmet kalitesini tespit etmek genellikle zordur (Awasthi, 2011: 637). Parasuraman vd. (1985: 42), hizmet kalitesinin ölçümünün işletme açısından çok önemli olduğunu "*Sunduğunuz hizmetin kalitesini ölçemezseniz, kaliteyi iyileştiremezsiniz. Ölçülemeyen kalite bir sistem değil ancak bir slogan olabilir.*" sözleriyle ifade etmektedir (Mirza, 2010: 64).

Hizmet kalitesi değerlendirmeleri hizmetlere özgü soyutluk, ayrılmazlık, değişkenlik ve bozulabilirlik özellikleri nedeniyle ürün kalitesinden farklıdır (Lupo,

2013). Hizmetler, deneyim nitelikleri taşır ve standartlaştırılmaları zordur (Yükselen, 2003: 367). Bunun nedeni hizmetlerin, hizmeti sunan çalışanın yeteneği ve bilgisiyle yakından ilgili olması ve hizmetin sunulduğu bireyler arasında farklılıklar bulunmasıdır (Gürbüz ve Ergülen, 2006: 175). Özellikle müşteri ve hizmet sağlayıcılar arasındaki eşzamanlı ilişki nedeniyle hizmetlerin kalite değerlendirmeleri problemlili bir alandır. Hizmet alan tarafta müşterinin ihtiyaçları, değer sistemleri ve kişisel algıları varken; hizmet sunan tarafta çalışanlar, çalışanların motivasyonu, örgütsel kültürü, rutinleri ve kalite kontrol sistemi ile bir örgütsel sistem bulunmaktadır. Hizmetlerin müşteri yönelimli bir yapıya sahip olmaları nedeniyle çoğu yöntem müşteri algılarına odaklanmaktadır (Urban, 2013: 200).

Hizmet kalitesi öncülleri ve ardılları ile birlikte değerlendirildiğinde hizmet sunumunda kritik öneme sahip olduğu görülecektir. Örneğin hizmet kalitesinin öncüllerinden biri hizmet kültürüdür. Hizmet kültürünün öncülleri ise Glisson'a (2007) göre çalışanın morali, iş tatmini ve bağlılıktır. Goehring'e (2002) göre de iş tatmininin öncülleri motivasyon ve güçlendirmedir (Voon, 2014: 264). Yapılan araştırmalar müşteri tatmini, satınalma niyeti ve bağlılık gibi kavramların da hizmet kalitesinin ardılları olduğunu göstermektedir.

Yazında hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan yaklaşımlar, nicel ve nitel olarak ikiye ayrılmaktadır (Büyüközkan, Çiftçi ve Güleryüz vd., 2011: 9412). Awasthi (2011: 637) ise hizmet kalitesi değerlendirmesinde kullanılan yaklaşımları anket çalışmaları ile mülakatlar; toplanan veriler üzerinde gerçekleştirilen istatistiksel analizler ve çok ölçütlü karar verme teknikleri şeklinde üç grupta değerlendirmektedir.

Her ne kadar hizmet kalitesinin ölçümü konusu, hizmet pazarlaması yazınında gelişme kaydeden bir konu olsa da kavramsallaştırma ve ölçüm konusu hala tartışmalı bir konudur. Araştırmacılar genellikle iki kavramsallaştırmadan birini benimsemektedirler. Bunlardan ilki hizmet kalitesi boyutlarını işlevsel veya teknik olmak üzere genel kavramlarla tanımlayan "İskandinav (Kuzey Avrupa)" bakış açısıdır (Grönroos, 1984). İkincisi ise hizmet kalitesini tanımlamak için hizmetle buluşma noktalarının (service encounter) karakteristiklerini (empati, güvenilirlik vb.) kullanan "Amerikan" bakış açısıdır. Yazında bu iki kavramsallaştırmadan ikincisinin baskın olduğu görülmektedir. Ancak hangisinin daha iyi olduğuna veya ikisi arasındaki ilişkiye dair bir fikir birliği bulunmamaktadır. Yazında ayrıca hizmet

kalitesi yapısının çok boyutlu olduğu bildirilmekle birlikte her bir kavramsallaştırmanın kendi içerisinde genel bir sonucu olmadığı da görülmektedir (Chahal ve Kumari, 2010: 230-231).

Yazında bu iki yaklaşımdan yola çıkılarak geliştirilen farklı modeller yer almaktadır. Örneğin Cronin ve Taylor (1992) tarafından önerilen SERVPERF, hizmet kalitesini müşteri beklenti ve algı farkına göre ölçen SERVQUAL'in aksine müşteri algılarını sadece hizmet performansına dayalı olarak ölçmektedir. Rust ve Oliver (1994), İskandinav modelini güncellemiş ve hizmet alanını (service environment) hizmet kalitesi ölçümüne dâhil etmiştir. Dabholkar vd. (1996) 3 seviyeye dayalı çok seviyeli bir model önermiştir. Hizmet kalitesi ölçümünde alt boyutları tanımlamak ve standartlaştırmak konusunda çok az çaba sarf edildiğinden hareketle Brady ve Cronin (2001), hiyerarşik yaklaşıma dayalı hizmet kalitesi modelini önermiştir.

Sağlık sektörü nüfusun yaşlanması, tüketimin artması, ortaya çıkan yeni tedavi yöntemleri ve teknolojileri ile bağlantılı olarak hizmet ekonomisi içerisinde en hızlı büyüyen sektörlerden birisidir (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 123). Mirza (2010: 9), sağlık hizmetlerine artan talebin gerekçesi olarak yaşam beklentilerinin artışı göstermektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri alanı her geçen gün daha rekabetçi hale gelmektedir (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 5499). Yatırımların yetersizliği, hekimlerin hastalarına ayırdıkları sürenin kısalığı, insan kaynaklarının eksikliği, hastaların memnuniyetsizliği, kaynakların etkin kullanılmaması ve istenilen düzeyde olmayan sağlık çıktıları sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan sorunlardan bazılarıdır (Doğan, 2011: 45; Yağcı ve Duman, 2006: 223).

Sağlıklı ve uzun bir yaşam insani gelişimin temel boyutlarından birisi olarak ifade edilmektedir. Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan İnsani Gelişim İndeksi (Human Development Index) 2014 yılı sonuçlarına göre Türkiye, 188 ülke içerisinde 0,761 değeri ile 72. Sırada yer almaktadır (UNDP, 2016). Bu sonuç, Türkiye'de sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi için çalışmalar yapılması gereğini ortaya koymaktadır. Bir şeyin geliştirilebilmesi için de öncelikle ölçülmesi gerekmektedir. Sağlıkta hizmet kalitesi, sağlık hizmet tatmini ve davranışsal niyetler için de önemli bir belirleyicidir (Hadwich vd., 2010: 112). Son zamanlarda gelişmekte olan ülkelerde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet olmak üzere üç temel

yapının arasındaki ilişki türünü anlamaya yönelik çok az çalışma gerçekleştirildiği ifade edilmektedir (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 571).

Kaliteyi tüketici bakış açısından anlamak ve sağlık hizmet sunumunda özellikle işlevsel kalitenin değerlendirilmesi kritik konulardır. Yapılan çalışmalar doktorların tüketici beklentilerini anlayamadıklarını göstermektedir. Tüketiciler internetin de etkisiyle sağlık hizmetleri konusunda daha bilgili, ayrıştırıcı ve talep edici olmaktadır (Chakravarty, 2011: 222). Bununla birlikte hastaların sağlık hizmetleri algıları sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından büyük ölçüde göz ardı edilmektedir (Miranda, 2012: 387). Morrow vd. (2010) hastaların deneyimlerinin hizmet kalitesinin geliştirilmesinde faydalı bir temel oluşturduğunu düşünmektedirler (Senic ve Marinkovic, 2013: 312).

SERVQUAL hizmet kalitesi ölçümünde en çok kullanılan araçtır. Bununla birlikte birçok konuda eleştirilere maruz kalmaktadır<sup>1</sup>. SERVQUAL ölçeğinin geliştirilme aşamasında elektrikli ev eşyaları tamiri, bireysel bankacılık, uzun mesafe telefon hizmetleri ve komisyonculuk hizmet sektörlerinden veri toplanmıştır (Teng, 2007: 476). Jenerik bir ölçek olarak sunulan SERVQUAL maddelerinin çok genel olması nedeniyle, sektöre özel bilgiler içermemektedir. Örneğin Lam (2000) SERVQUAL ölçeğindeki maddeleri inceledikten sonra SERVQUAL'in spor endüstrisine uygulanabilecek genel bir araç olduğuna dair bir kanıt bulamamıştır. Yabancı ülkelerde yapılan sektöre özel ölçeklerin ise diğer toplumlar için genelleştirilebileceğine dair bir kanıt olmadığı ifade edilmektedir (Lam, 2000: 4). Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 571) de çalışmaların büyük çoğunluğunun gelişmiş ülke bağlamında gerçekleştirildiklerini ve bir kültür için geliştirilen hizmet kalitesi yapılarının özellikle gelişmekte olan diğer bir kültürde uygulanamayacağını iddia etmektedir.

Yazın taraması sağlık, bankacılık ve eğitim gibi alanlarda özelleştirilmiş kuramlar ve kavramsallaştırmalar gerekliliğini vurgulamaktadır (Chahal ve Kumari, 2010: 231). Oysaki algılanan hizmet kalitesi konusunda yapılan çalışmalar genellikle genel hizmet kalitesi modelleri üzerine yoğunlaşmıştır. Bağlama özel hizmet kalitesi modelleri üzerine yapılan çalışmalar azdır. Hizmet boyutlarının hassas bir şekilde tanımlanması için özel bölümler için ayrı hizmet kalitesi ölçeği geliştirilmesi gerekmektedir (Teng, 2007: 476). Kütüphaneler için geliştirilen LibQUAL ve

<sup>1</sup> Bölüm 3.1. Çalışmanın Dayanağı bölümünde SERVQUAL eleştirilerine detaylı olarak yer verilmiştir.

yazılım sektörü için geliştirilen INDSERV bunlardan bazılarıdır (Urban, 2013: 201). PubHosqual (Aagja ve Garg, 2010) ve PRIVHEALTHQUAL (Ramsaran-Fowdar, 2008) ise sağlık sektörü için geliştirilen ölçeklere örnek verilebilir.

Rashid ve Jusoff (2009: 471) sağlıkta hizmet kalitesinin diğer hizmet sektörleri ile kıyaslandığında yüksek derecede risk içerdiğinden dolayı çok karmaşık olduğunu ifade etmektedir. Sağlık alanında SERVQUAL'in uygulandığı çalışmalarda (Babakus ve Mangold, 1992; Brown ve Swartz, 1989; Carman, 1990; Headley ve Miller, 1993; Walbridge ve Delene, 1993) genellikle ölçeğin psikometrik özelliklerinin sistematik olarak incelenmediği ifade edilmiştir (Miranda, 2012: 389). Lam (2000: 10) SERVQUAL'i sağlık hizmetlerinde uygulamış ve bu beş boyutun hastane hizmetleri alanında doğrulanmadığını ortaya koymuştur. Teng (2007: 275) de hizmet kalitesi ölçeklerinin hastanelerde uygulandığında yazınla tutarsız sonuçlar ortaya koyduğunu iddia etmektedir.

Daha önce yapılan araştırmalarda, hizmet kalitesini oluşturan genel boyutlardan yola çıkarak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini oluşturan boyutlarla ilgili batıda bir dizi araştırma bulunmasına rağmen, Türkiye'de bu konudaki araştırmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki farklılıklar sağlık hizmetlerinde kalite boyutlarının farklılaşabileceğini ortaya koymaktadır (Yağcı, 2006: 223). Büyüközkan, Çiftçi ve Güler yüz vd. (2011: 9412) de sağlıkta hizmet kalitesinin karmaşık ve sektörün kendisi içinde bile değişkenlik gösteren bir konu olduğuna dikkat çekmektedir.

Ayrıca, yatan hasta hizmetlerinin poliklinik (ayakta tedavi gören) ve acil servis hizmetlerinden farklı özellikleri bulunmaktadır. Hastanın hizmet aldığı sürenin daha uzun olması ve hastanenin aynı zamanda bir konaklama mekânı şeklinde işlev görmesi bu özelliklerden bazılarıdır. Hizmet sürecinin uzaması ile birlikte hizmette aksamaların meydana gelme olasılığı yükselmektedir. Ayrıca yatan hasta hizmetlerinde hekimler dışındaki sağlık personeli ile hasta arasındaki ilişkinin boyutu da yoğunlaşmaktadır (Yağcı, 2006: 235).

Bu araştırma kapsamında öncelikle Türkiye'deki hastanelerin yatan hasta servislerinde (klinik) hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılacak bir ölçek geliştirilmiş; sonrasında söz konusu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi noktasında bir devlet hastanesinde uygulama gerçekleştirilmiştir.

Böylelikle ayrıca, hastaların hizmet kalitesi algılarının tespit edilmesi, hizmet kalitesini etkileyen önemli boyutların tespit edilmesi ve hizmet kalitesi boyutlarının toplam hizmet kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışma kapsamında geliştirilen ölçek aracılığıyla yatan hastaların hizmet kalitesi etkili bir şekilde ölçülebilecek, hastane yöneticileri hastaların hangi alanlarda problemleri olduğunu tespit ederek iyileştirici faaliyetler yapabileceklerdir. Ayrıca elde edilen ölçek hastane bünyesindeki hizmetleri genel olarak kapsadığı için poliklinik ve acil servis bölümleri için de kolaylıkla uyarlanabilecektir.

Çalışmanın birinci bölümünde öncelikle hizmet kalitesi kavramı ve modelleri incelenmiştir. İkinci bölümde sağıkta hizmet kalitesi kavramı ve bu alanda gerçekleştirilen çalışmalara yer verilmiştir. Çalışma kapsamında geliştirilen ölçeğin yapısı, uygulanması ve analizi üçüncü bölümde açıklandıktan sonra sonuç bölümü ile çalışma tamamlanmıştır.

# 1. BÖLÜM

## HİZMET KALİTESİ

### 1.1. HİZMET KAVRAMI

“Hizmet” kavramı karmaşık bir “fenomen”dir (Grönroos, 1988: 10). Tüketici ihtiyaçlarını tatmin etmek için ortaya çıkan bir ürün olan “hizmet”, çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Grönroos (1994: 27) hizmeti “*az-çok soyut bir doğası olan, müşteri ve hizmet çalışanları ve/veya hizmeti sunanların sistemleri arasındaki etkileşim sırasında oluşan ve müşteri problemlerine çözüm olarak sağlanan bir faaliyet veya faaliyetler dizisi*” olarak tanımlamıştır. “*Zaman, yer, şekil ve psikolojik yarar sağlayan ekonomik faaliyet*” (Büyüközkan, Çiftçi ve Güleriyüz, 2011: 9408) tanımı da hizmetin “faaliyet” olduğunu vurgulayan diğer bir tanımdır. Neal vd. (1994: 370) ise hizmeti “*müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması amacıyla üretilen soyut ürünler*” (Kayral, 2012: 3) şeklinde tanımlarken; Wilson vd. (2008: 5) “*fiziki ürün üretiminin dışında kalan eylemler, süreçler ve performanslar*” şeklinde tanımlamaktadır (İkiz, 2010: 4). Uyguç (1998: 8) ise tanımında hizmetin ayırıcı özelliklerinden biri olan eş-zamanlığa vurgu yaparak hizmeti “*üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay ve çaba*” şeklinde tanımlamaktadır (Kayral, 2012: 5).

#### 1.1.1. Hizmetin Ayırıcı Özellikleri

Yapılan değişik hizmet tanımları incelendiğinde, hizmeti fiziksel ürünlerden ayıran ayırıcı özelliklerinin vurgulandığı görülmektedir. Bu ayırıcı özellikler hizmet kalitesinin ölçümü noktasında da önemlidir. Grönroos (2001: 46) hizmetlerin en önemli ve gerçekten benzersiz özelliğinin “şey” değil “süreç” olduğunu ifade etmektedir. Yani bir hizmet işletmesinin ürünleri yoktur, etkileşimli süreçleri vardır. Müşteri tarafından ürünler açısından çıktı tüketilirken, hizmetler açısından süreç tüketilir. Bu özelliği, üretim ile tüketimin eşzamanlı olması ve müşterinin hizmet üretim sürecine katılması özellikleri izlemektedir. Ghobadian vd. ise (1994: 45) hizmeti fiziksel ürünlerden ayıran özellikleri üretim/tüketimin eşzamanlı oluşu, soyut



olma, dayanıksız olma ve heterojen olma şeklinde dört temel grupta incelemektedir (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 36; İkiz, 2010: 5). Tırpancı (2008: 7) diğer farklılıkları hizmetlerin genellikle daha işgücü yoğun olduğu, müşteri katılımının gerektiği, sunuş sisteminin zamana duyarlı olduğu, hizmet müşterilerinin ihtiyaçlarının tanımlanmasının ve performans standartlarının oluşturulmasının zor olduğu, yüksek derecede bireyselleştirme gerektiği ve hizmet kalite karakteristiklerinin beklentileri şekillendiren davranışsal ve imaj boyutunu içerdiği şeklinde sıralamıştır.

*Soyut Olma:* Hizmetler soyut oldukları için depolanamazlar, patentleri alınamaz ve fiyatlandırılmaları zordur (Zeithaml ve Bitner, 2000'den aktaran Tırpancı, 2008: 8). Hizmetler somut olan ürünlerin aksine görme, koklama, dokunma vb. duyu organları ile algılanması mümkün olmayan soyut ürünlerdir. Bu nedenle hizmet sunumundan önce ölçülemez, depolanamaz ve değerlendirilemezler (Barzi, 2009: 23). Parasuraman vd., (1985: 42) hizmetlerin soyut olmasının sonucunda hizmet işletmelerinin müşterilerinin sundukları hizmetleri nasıl algıladıklarını ve kalitesini nasıl değerlendirdiklerini anlamalarının zorluğuna dikkat çekmektedir (Kayral, 2012: 5). Böyle olunca müşteriler hizmetin verildiği tesis, hizmetin sunulmasında kullanılan donanımlar ve personel gibi etmenleri dikkate almaktadır (Lam, 2000: 12). Müşteriler bu anlamda ayrıca ağızdan ağıza iletişim, itibar, erişilebilirlik gibi etmenleri de göz önünde bulundurmaktadır (İkiz, 2010: 5; Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 36).

*Dayanıksızlık:* Hizmetler, ürünlerden farklı olarak daha sonraki bir tarihte tüketilmek üzere depolanamadıkları için dayanıksızdırlar (Lam, 2000: 9). Zeithaml ve Bitner (2000) bu anlamda hizmet arz ve talebinin uyumlaştırılmasının zorluğuna dikkat çekmektedir (Tırpancı, 2008: 8). Bu özelliği nedeniyle üretilmiş ürünlerde nihai kalite kontrolü yapmak mümkün iken, hizmetler açısından bakıldığında hizmet sağlayıcının her zaman ilk defasında doğru hizmeti vermesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Ghobadian vd. 1994: 45'den aktaran İkiz, 2010: 5; Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 36).

*Değişkenlik:* Hizmetler, bir hizmet sağlayıcısından diğer bir hizmet sağlayıcısına veya bir müşteriden diğer bir müşteriye değişkenlik gösterebilir. Ayrıca aynı servis sağlayıcı tarafından aynı müşteriye farklı zamanlarda verilen hizmet de farklı olabilmektedir (Barzi, 2009: 23). Bu anlamda bir hizmetin aynı şekilde tekrar

üretilmesinin zorluğu açıktır. Bu nedenle hizmetler standartlaştırılmamaktadır. Johnson ve Nilsson (2003: 8) bu değişkenliğe neden olan faktörleri, hizmet sunumunun, müşteri ile hizmet sağlayıcı arasındaki belirli bir etkileşim biçimi olarak ortaya çıkması, hizmetin sunum şeklinin, müşterinin ihtiyaçlarını açıkça dile getirmesine veya bu bilgiyi sağlamasına bağlı olması; müşterinin öncelikleri ve beklentilerinin, hizmeti her satın alışında hatta hizmetin sunulması sırasında değişiklik gösterebilmesi şeklinde sıralamıştır (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 36). Buradan çıkarılacak sonuç, hizmet sağlayıcı personelin yeteneklerinin ve eğitimlerinin çok önemli olduğudur (Lam, 2000: 9).

*Ayrılmazlık:* Grönroos (1984: 38), hizmetlerin üretimin ve tüketimin eş zamanlı gerçekleşmesi ile karakterize olduğunu ifade etmektedir. Hizmet sunum sürecinin büyük bir kısmında üretim ve tüketim birbirinden ayrılamamaktadır (Barzi, 2009: 23). Dolayısıyla alıcı-satıcı etkileşiminde neler yaşandığı, algılanan kalite üzerinde etkilidir. Ghobadian vd. (1994: 45) bu dönüşüm sürecinin yüksek oranda izlenebilir oluşu nedeniyle, hataların veya kalite problemlerinin gizlenmesinin olanaksız olduğunu ifade etmektedir (İkiz, 2010: 6). Zeithaml ve Bitner (2000) müşterilerin ve çalışanların süreci etkilemesinin yanı sıra müşterilerin birbirlerini de etkilediğine yer vermektedir (Tırpancı, 2008: 8).

Seyran (2004: 20-27) hizmetlerin diğer ayırıcı özelliklerini hizmetlerde müşteri temasının yüksek olması, hizmetlerin işgücü yoğun olması, hizmetlerin sonuçlarının ölçümünün zorluğu, hizmetlerin mallara kıyasla daha az karmaşık olması, hizmetlerin talep süresinin mallara nazaran kısa oluşu, hizmet pazarlamasının bölgesel oluşu ve hizmet üretim birimlerinin küçük oluşu şeklinde sıralamaktadır.

İşlevsel kalite düzeyini belirleyen alıcı-satıcı ilişkisi esnasında teknik kalitenin çoğu veya tamamı müşteriye aktarılmaktadır. Bu durum hizmet yönetiminde “gerçeklik anı” (moment of truth) olarak adlandırılmaktadır. Normann tarafından ortaya konan bu kavrama göre hizmet sağlayıcısının hizmetlerinin kalitesini müşteriye gösterebileceği yer ve zaman, o andır. O andan sonra müşteri gitmiştir ve algılanan kaliteye değer katmak kolay olmayacaktır (Grönroos, 1988: 12).

### 1.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetler doğası gereği değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Sağlık, eğitim, toptancılık, perakendecilik, taşımacılık, bankacılık, sigortacılık, eğlence, turizm, danışmanlık ve iletişim gibi sektörler hizmet sektörleri içerisinde yer almaktadır. Amerikan Pazarlama Birliği hizmetleri 10 kategoride sınıflamaktadır (Kayral, 2012: 6):

- Sağlık hizmetleri,
- Finansal hizmetler,
- Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- Telekomünikasyon hizmetleri,
- Kişisel bakım hizmetleri,
- Onarım hizmetleridir.

Chase (1978) ise hizmetleri saf hizmet, karışık hizmet ve imalat benzeri hizmet şeklinde üç grup halinde incelemiştir. Müşterinin hizmet üretimi için hizmet verilen yerde olmasının gerektiği sağlık merkezleri, lokantalar ve oteller gibi hizmetler saf hizmetler grubunda yer alırken; yüz yüze hizmetin yanı sıra arka planda ofis hizmetinin de gerçekleştirildiği havayolu hizmetleri gibi hizmetler karışık hizmetler grubunda yer almaktadır. Müşteriler ile yüz yüze iletişimin gerekli olmadığı kredi kartı ve uzun mesafe telefon şirketleri gibi hizmetler ise imalat benzeri hizmetler kapsamında değerlendirilmektedir (Seyran, 2004: 21).

Bitran ve Hoech (1990) ise tüm hizmetlerin yüksek etkileşim-düşük etkileşim doğrusu üzerinde bir yere denk geldiğini ifade etmekte; bu hizmetlerin yapıları farklı olduğu için kalite özellikleri ve uygulanmalarının da farklı olacağını iddia etmektedir (Lam, 2000: 10). Örneğin doktor ziyaretleri müşteri ile etkileşimin yoğun olduğu bir hizmettir. Bunun sonucunda hizmet sağlayıcı kalite üzerinde daha az yönetsel kontrole sahip olacaktır (İkiz, 2010: 7). Schmenner ise “Hizmet Süreç Matrisi” üzerinde hizmetleri işgücü yoğunluğu ile etkileşim ve bireyselleştirmenin düşük veya yüksek oluşuna göre dört gruba ayırmıştır. Hastaneler bu matriste işgücü

yoğunluğunun düşük, etkileşim ve bireyselleştirmenin yüksek olduğu bölümde yer almaktadır (Tırpancı, 2008: 15).

Schemeener (1990: 256) tarafından gerçekleştirilen sınıflandırmada ise hizmetler hizmet fabrikaları, hizmet mağazaları, yığın hizmet ve profesyonel hizmet şeklinde dört grup altında toplanmıştır. Düşük işgücü ve yüksek temas gerektiren hastaneler, “hizmet mağazaları” grubunda sınıflandırılmaktadır (Seyran, 2004: 33).

## 1.2. KALİTE KAVRAMI

Kültür, çevre, sosyo-ekonomik durumlar ve demografik faktörlerin farklılığından hareketle kişiden kişiye farklı şekillerde anlaşılan kalitenin tanımlanması değişik durumlarda farklı anlamlar ifade ettiği için zordur (Lam, 2000: 11). Latince “bir şeyin nasıl oluştuğu” anlamına gelen "qualitas" sözcüğünden türeyen (Özkan, 2005) kalite tanımları bakış açısına ve bağlama göre değişkenlik göstermektedir. Türk Dil Kurumu'nun Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü'nde, “bir ürünün bilinen en iyi özellikleri bünyesinde taşıması durumu” olarak tanımlanan (TDK, 2016) kalite, “değer” (Feigenbaum, 1951); “mükemmellik” (Peters ve Waterman, 1982); “spesifikasyonlara uygunluk” (Gilmore, 1974); “gereksinimlere uygunluk” (Crosby, 1992); “kullanıma uygunluk” (Juran, 1988); ve “müşterilerin beklentilerini karşılama/aşma” (Parasuraman vd.,1985) şeklinde tanımlanabilmektedir (Mosadeghrad, 2013: 203). Deming'in (1996: 143) kalite anlayışı ise “müşterilerin mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılamak” şeklindedir (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 33). Japon felsefesine göre kalite işi ilk seferinde doğru yapmak anlamına gelen “sıfır hata”dır (PZB, 1985: 41). Sultan II. Bayezid tarafından 1502 yılında yürürlüğe konulan “Kanunname-i İhtisab-ı Bursa” ise dünyanın bugünkü anlamda ilk standartları olması açısından önem taşımaktadır.

Kalite çok boyutlu bir kavramdır. Bu durumu en güzel ifade eden Deming'in (1996: 139) izleyen sorularıdır (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 38):

“Bir ayakkabının kalitesi; herhangi bir kişi için ne anlama gelir?

Uzun süre dayanması mı?

Pırıl pırıl parlaması mı?

Kişinin ayağının rahat hissetmesi mi?

Su geçirmemesi mi?

Kişinin kalite olarak her neyi algılıyorsa, buna ödeyeceği fiyat mı?

Müşteriye önemli gelen kalite karakteristiği nedir?"

Gummesson (1993) ise kalitenin yönetim ve pazarlama kuramlarında “kara kutu” olarak görüldüğünü ifade etmektedir (Grönroos, 1994: 11). Imai (1997)’e göre çıktı ve süreç kalitesi olmak üzere iki tür kalite vardır. Juran (1979) da hizmet örgütlerinde kalitenin içsel ve dışsal olarak değerlendirilmesini savunmaktadır. Süreç kalitesi, içsel değerlendirmelerin içerisinde yer almaktadır. Bu değerlendirmeler hizmetlerde örgütsel süreç yönetiminin önemini göstermektedir. Rust ve Oliver (1994) ise yöneticiler için en önemli konulardan birinin içsel süreçlerin kalitesi ile algılanan hizmet kalitesini birleştirmek olduğunu iddia etmektedir (Urban W., 2013: 204). Kotler ve Armstrong (1994: 367)’un ayrımı ise ürünün işlevlerini yerine getirdiği düzeyi ifade eden “performans kalitesi” ve ürün kalitesinin tasarım kalitesine ne kadar uyduğunu gösteren “uygunluk kalitesi” şeklindedir (Kayral, 2012: 8).

### **1.3.HİZMET KALİTESİ KAVRAMI**

Örgütsel performansın bir boyutu (Leebov ve Scott, 1994: 13) olan “hizmet kalitesi”nin popüler tanımı, “*tüketici beklentilerine uygunluk*”tur. Araştırmacılar genellikle “beklenti”lerin tüketicilerin hizmet performansı değerlendirmesinde referans noktası olduğu konusunda uzlaşmışlardır (Chakravarty, 2011: 221). Kotler ve Armstrong (1997: 265) ise hizmet kalitesinin kim tarafından, ne zaman, nerede ve nasıl sağlandığına bağlı olduğunu ifade etmektedir (Lam, 2000: 10). Bir hizmetin türü de kalite algısını etkileyebilmektedir (Richardson, 2012: 58). PZB (1985: 42), hizmet kalitesinin, üretim süreci sonucunda ortaya konulan çıktı ile birlikte hizmetin verilmiş biçimini de kapsadığını ortaya koymaktadır. Oliver (1980: 462) ise müşterinin hizmet tecrübesi arttıkça, önceki tecrübesinde oluşturduğu hizmet kalitesi algısının müşterinin hâlihazırdaki hizmet kalitesi algısının üzerinde etkisini gösterdiğini ifade etmektedir (İkiz, 2010: 29).

Hizmeti ürünlerden ayıran özellikler, hizmet kalitesi ölçümünü daha zor hale getirmektedir (Büyükoçkan, Çiftçi ve Güleryüz vd. , 2011: 9407). Hizmet kalitesi

kavramı soyutluk ve üretim ile tüketimin ayrılmazlığı özelliklerinden dolayı anlaşılması zor ve soyut bir kavramdır (Parasuraman vd. 1985'den aktaran Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 561). Hizmet kalitesinin algılamalara dayalı olarak yapılmasının nedeni de hizmetlerin soyut olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle de "hizmet kalitesi" yerine "algılanan hizmet kalitesi" kavramının kullanıldığı görülmektedir. Algılama (idrak etme) sözcüğü, "*duyularımız aracılığıyla dış dünyanın var oluşunu ve özelliklerini tanımak*" şeklinde tanımlanabilmektedir (Mirza, 2010: 52). Zeithaml vd. (1990: 19) algılanan hizmet kalitesini "*müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı*" şeklinde tanımlarken; Ghobadian vd. (1994: 50) "*müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgileri*" olarak ifade etmektedir (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 38).

Grönroos (1988) iyi algılanan hizmet kalitesinin özelliklerini çıktı ilişkili (teknik kalite: profesyonellik ve yetenekler), süreç ilişkili (işlevsel: tutum ve davranışlar, ulaşılabilirlik ve esneklik, güvenilirlik ve bağlılık, hizmet onarımı (düzeltici faaliyetler) ve imaj ile ilişkili (filtreleme: tekrarlanabilirlik ve güvenilirlik) şeklinde sıralamaktadır. Grönroos, 2007 yılında yazmış olduğu kitapta ise bu özelliklere "*hizmetin biraraya getirildiği, satıcı ile müşterinin etkileştiği, hizmetin iletişimi ve performansın arttırmak için somut maddelerle donatılan çevre*" olarak tanımladığı hizmet alanını (service scope) eklemektedir.

Holbrook ve Corfman (1985: 33) ise nesnel kaliteyi mekanistik, algılanan kaliteyi ise hümanistik olarak tanımlamaktadır. Bu anlamda algılanan kalite, "*insanların nesnelere öznel tepkilerini içeren ve yargılayıcılar arası farklılık gösteren görelî bir fenomen*" olarak ifade edilebilmektedir (Tırpancı, 2008: 39).

Algılanan hizmet kalitesi modeli, ilk kez 1982'de Grönroos tarafından hizmet bağlamında ihtiyaçları tatmin eden bileşen tanımlanarak kavramsal bir model oluşturulması amacıyla ortaya konmuştur (Grönroos, 2001: 46). Parasuraman vd. (1988: 15) algılanan kalitenin, bir memnuniyetten çok, bir tutum şekli olduğunu öne sürmektedir (Gürbüz ve Ergülen, 2006: 175). Hizmetin algılanması, kişiden kişiye de değişkenlik göstermektedir. Yazında ayrıca "müşteri"nin kim olduğunun tanımlanmasında da bir muğlaklık söz konusudur. Örneğin sağlık hizmetlerinde hasta, refakatçi, sağlık personeli gibi farklı müşteriler bulunmaktadır (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 561).

Mei vd. (1999) hizmetlerin ayırıcı özellikleri dikkate alındığında, mallar için yapılmış kalite tanımlarının, hizmet kalitesi kavramını açıklamakta yetersiz kalacağını ifade etmektedir (Kayral, 2012: 9). Hizmet kalitesi ile ürün kalitesinin tanımlayıcı karakteristikler açısından karşılaştırılması Tablo 1’de yer almaktadır.

**Tablo 1: Hizmet Kalitesi ile Ürün Kalitesinin Karşılaştırılması**

Tanımlayıcı Karakteristik	Hizmet Kalitesi	Ürün Kalitesi
Ölçülebilir	Tipik olarak muğlak	Sayılaştırılabilir standartlar genellikle mevcut
Bakım/Onarım	Zor	Genellikle kolay tamir edilebilir şekilde tasarlanmıştır.
Ortak özellikler	Heterojen	Genellikle kitlesel üretilmiştir ve birbirinin aynısıdır
Güvenilirlik	Değişken	Tutarlı
Doğrudan doğruya fiziksel tesislere bağlılık	Gerekli	Gerekli değil
Doğrudan doğruya sağlayıcıya bağlılık	Gerekli	Gerekli değil
İnsan bileşeni (çalışan)	Muhakkak gerekli	Gerekli değil
Müşteri beklentileri	Değişken	İyi anlaşılmış

Kaynak: Lam (2000: 9)

### 1.3.1. Hizmet Kalitesinin Önemi

Hizmet kalitesi; marka bağlılığı ve müşteri tatmini gibi önemli bir pazarlama kavramıdır (Hair vd. 2008: 148). Aagja ve Garg (2010: 62) hizmet kalitesini, “tüketicilerin ürün veya hizmetin tekrar satın alınmasını belirleyen değer algısını oluşturan en önemli faktör” olarak nitelendirmektedir. Hizmet kalitesi bir örgütün karını, müşteri bağlılığını ve müşteri tatminini etkilemesi bakımından da önemlidir (Lam, 2000: 12). Seyran (2004: 10) ise hizmetlerde mükemmelle ulaşmada kilit bir rol oynayan kalitenin sürdürülebilir rekabet üstünlüğü açısından önemine değinmektedir. Ayrıca uygulamada hizmet kalitesindeki gelişmelerin hataların önlenmesi için harcanan emek ve maliyetleri azalttığı da gösterilmiştir (Öznlbant, 2010: 1).

Fornell (1992) yeni müşterileri çekmek yerine mevcut müşterileri elde tutmanın pazarlama kaynaklarının daha iyi kullanıldığının göstergesi olduğunu ifade etmektedir. Sonnenberg (1989) ise müşteriyi elde tutma maliyetinin yeni müşteri çekmekten beş kat az olduğunu ortaya koymaktadır (Lam, 2000: 13; Pai ve Chary, 2013: 333).

Akhade, Jaju ve Lakhe (2013: 126) hizmet kalitesi alanındaki çoğu çalışmaların, hizmet sektörünün ülke ekonomisindeki önemini daha erken fark eden gelişmiş ülkelerde gerçekleştiğini öne sürmektedir. Durukan ve Kapucuoğlu İkiz (2007: 35) ise hizmet sektörünün ve hizmet kalitesinin önemi artmakla birlikte, hizmet kalitesine ilişkin kavramların yerleştirilememesi nedeniyle hizmet sektörünün, “Toplam Kalite Yönetimi” ve “Sürekli İyileştirme” gibi felsefelerin benimsenmesi açısından üretim sektörünün gerisinde kaldığı sonucuna varmıştır. Cowell (1988: 14), hizmet endüstrisindeki büyümenin sebeplerini bolluktaki artış, daha fazla boş vakit, işgücündeki kadınların oranındaki artış, daha yüksek hayat beklentisi, ürünlerin daha karmaşık olması, hayatın karmaşıklığının artması, ekoloji ve kaynak kıtlığı konusundaki ilgi artışı, yeni ürünlerin sayısındaki artış şeklinde sıralamaktadır. Bu sebepler arasında yükselen hayat beklentisi sağlık hizmetlerine olan talebin artışının en önemli sebebidir (Seyran, 2004: 15)

### **1.3.2. Hizmet Kalitesi-Müşteri Tatmini İlişkisi**

Hizmet kalitesi yazını incelendiğinde “hizmet kalitesi” ile “müşteri tatmini” kavramları arasında problemleri bir ilişki tespit edilmiştir. Hair vd. (2008: 148) müşteri tatmini ile hizmet kalitesinin pazarlama yapıları içinde ayrı ayrı tanımlanmış olduğuna dikkat çekmektedir. Bu iki kavramın öncüllük-ardıllık ilişkileri tartışma konusu olmuştur. Bu karışıklığın bir nedeni de çeviri hatalarıdır.

Cronin ve Taylor (1992: 56) müşteri tatmininin hizmet kalitesinin bir öncülü olduğunu ifade ederek; müşteri tatminini “*müşterinin yaşadığı tecrübelerin etkisi*” olarak tanımlamıştır. Söz konusu çalışmada hizmet sunumu sonrasındaki müşteri tatmininin, uzun dönemde müşterideki hizmet kalitesi algısını şekillendirdiği iddia edilmektedir (İkiz, 2010: 29). Oliver (1980), Parasuraman vd. (1988) ve Ruyter vd. (1997); görüşü de bu yöndedir (İkiz, 2010: 43; Kayral, 2012: 41).



Ding (2007: 48) ve Chahal ve Kumari (2010: 248) ise hizmet kalitesinin, tatminin öncülü olduğunu; tatminin de bağlılığın öncülü olduğunu öne sürmektedir. Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 549) de çalışmasında hasta tatmini ve davranışsal niyeti hizmet kalitesinin bir sonucu olarak ifade etmektedir. Taylor ve Baker (1994) ise tatmin ve hizmet kalitesi arasındaki ilişki ve satınalma niyetlerindeki rolü konusunda yaptığı araştırma sonucunda tatminin hizmet kalitesi - satınalma niyeti ilişkisinde düzenleyici rolü olduğunu tespit etmiştir (Tırpancı, 2008: 38). Fornell ayrıca müşteri tatmininin müşteri bağlılığını olduğu kadar, şikâyet etme ya da övme davranışını da etkilediğini ileri sürmektedir (Vavra, 1999: 40). Akter, D'Ambra ve Ray vd. (2013: 184)'in görüşü ise hizmet kalitesinin müşteri tatminini doğrudan, satınalma niyetini dolaylı olarak etkilediği ve tatminin aracı rolü olduğu yönündedir. Chakravarty (2011: 221), Zeithaml ve Bitner (2000), Brady ve Robertson (2001) ve Dabholkar vd. (2000: 141) da hizmet kalitesinin tatminin öncülü olduğu görüşünü savunmaktadır. Taylor ve Cronin (1994) ise iki yapının da birbirlerinin öncülü olmadığını iddia etmektedir. Bu anlamda hizmet kalitesinin müşteri tatmininin öncülü olduğunu savunanların yoğunlukta olduğu görülmektedir.

Bazı araştırmacılar da bu durumda kültürel etkilerin olduğunu ifade etmektedir. Brady ve Robertson (2001) Latin Amerika gibi duygusallığın daha baskın olduğu ülkelerde tatminden hizmet kalitesine doğru nedensel bir ilişkinin olduğunu ifade etmektedir. Böyle tüketiciler hizmeti duygusal bir düzeyde deneyimledikten sonra hizmet kalitesini bu duyguya dayanarak değerlendirmektedirler. Amerika gibi nötral ülkelerde ise tersi bir durum söz konusudur (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 558; Chahal ve Kumari, 2010: 232). Sonuç olarak Brady ve Robertson (2001)'ın kültürler arasında yapmış olduğu detaylı araştırmalar neticesinde hizmet kalitesinin müşteri tatminin öncülü olduğu tespit edilmiştir (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 558). Farklı araştırmacıların Cronin ve Taylor'a atıfta bulunarak her üç görüşü de savunduklarını öne sürmeleri yazında bir karmaşanın da söz konusu olduğunun göstergesidir.

Anderson ve Fornell (2000) de tatmin olgusunu algılanan imaj, algılanan kalite, beklentiler ve algılanan değer sonucunu ifade etmektedir (Raposo vd., 2009: 87). Natalisa ve Subroto (1998) ise müşteri tatmininin hizmet kalitesi dışındaki diğer öncüllerini fiyat, durum ve satınalan kişinin kişiliği şeklinde sıralamaktadır (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 558). Chahal ve Kumari (2010: 232)'in

çalışmasında ise kalite, tatmin, bağlılık ve imaj; hizmet performansının ölçütleri olarak sıralanmıştır.

Algılanan hizmet kalitesi, ürün ya da hizmetin müşteri tarafından tüketilmesi ile ortaya çıkmaktadır (Vavra, 1999: 36). Bolton ve James (1991) hizmet kalitesinin bir tutum şekli olduğunu; tatmin ile ilişkili olduğunu fakat aynı anlama gelemediklerini ifade etmektedir. Beklentiler performanstan daha fazla olduğunda algılanan kalite tatmin edici olmamaktadır (Büyüközkan, Çiftçi ve Güleriyüz, 2011: 9408). Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008: 564) ise söz konusu iki kavram arasındaki farkları net bir şekilde sıralamaktadır. Bu açıklamalara göre hizmet kalitesi; bilişsel, sol beyin tarafından idare edilen, değerlendirmeci ve nesnel bir kavramdır. Tatmin ise duygusal, sağ beyin tarafından idare edilen, duygu tabanlı ve öznel bir biçimde hizmet kalitesinin bir bileşimidir. Kotler (1991) de buradan yola çıkarak tatminin ancak satınalma sonrası bir değerlendirme olacağını ifade etmektedir (Chahal ve Kumari, 2010: 232).

Giese ve Cote (2000) tarafından “*psikolojik süreçlerin son aşaması*” ve Tessier vd. (1977: 383) tarafından “*kişinin zihninde tecrübe edilen durum*” olarak tanımlanan (Özkara, 2015: 34) tatmin konusunda en sık alıntı yapılan yazarlardan Oliver, özellikle beklentilerin karşılanamaması üzerinde durmakta; Helson’un uyum kuramından hareketle tatmini, “*beklentilerin ana etkilerinin algılanan çelişkilerle biçim değiştiren bir fonksiyonu*” olarak tanımlamaktadır (Vavra, 1999: 36).

Cleary ve Edgman-Levitan (1997) sağlıkta tatmin ölçeklerinin kaliteyi ölçmediklerini ifade etmektedir (Pai ve Chary, 2013: 311). Cronin ve Taylor (1994: 127)’in iddiası ise SERVQUAL’in ne hizmet kalitesini ne de müşteri tatminini ölçmediğini yönündedir (İkiz, 2010: 29). Miranda (2010: 2139) ise SERVQUAL’in beklenen ve algılanan arasındaki farka odaklanmasının müşteri tatmininden farkı olduğunu iddia etmiştir. Lupo (2013: 7097) da SERVQUAL’i müşteri tatmini ölçümünün en bilinen aracı olarak ifade etmiştir. Cronin ve Taylor (1992)’a göre SERVQUAL bir davranış olarak ölçülmesi gereken müşteri tatmini ile kaliteyi birbirine karıştırmaktadır. Bu nedenle beklentilerden ziyade performansa dayalı bir ölçek olan SERVPERF’i geliştirmişlerdir (Miranda, 2012: 389). Tatminin sonuç ve süreç olmak üzere iki bakış açısı ile ölçülebileceğini ifade eden Raposo vd. vd. (2009: 87) ise tatmin öncüllerinin çoğunun önemini kaybettiği ve en baskın öncülün

hizmet kalitesi olduğu bilgisine dayanarak tatmin indekslerinin hizmet kalitesini ölçebileceğini iddia etmektedir.

Douglas ve Bateson (1997: 298) ise kısa dönemli ve belirli bir işlemi ölçen “müşteri memnuniyeti” ile uzun dönemli genel bir performans değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan bir tutum olan hizmet kalitesi kavramlarının da birbirine karıştırılmaması gerektiğini ifade etmektedir (Mirza, 2010: 59). Bu kavramlar arasında “hizmet kalitesi”nin özel ilgi görmesinin nedeni hizmet sağlayıcının kontrolü altında olmasıdır (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 558).

### **1.3.3. Hizmet Kalitesi Değerlendirme Yaklaşımları**

Hizmet kalitesi, tanımlanması, ölçülmesi ve tarif edilmesi zor ve bulanık bir yapı olduğu için değerlendirilmesi öznel ve yüzeyseldir. Bu nedenle de hassas bir şekilde değerlendirilmesi ve kontrol edilmesi zordur (Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz, 2011: 9408). Bunun böyle olmasında hizmetin somut bir yapıdan ziyade bir işlev olmasının da etkisi vardır (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 35). Bu yüzden malların/somut ürünlerin kalitesini ölçmek için kullanılan yöntemler hizmet kalitesi ölçümünde doğrudan uygulanamaz. İmalat endüstrilerinde müşteri beklentileri ürünün kalitesini değerlendirmede temel teşkil eden spesifikasyonları oluştururken; hizmet endüstrilerinde müşteri beklentilerinin değişkenliği, sunulan hizmetin kalitesinde değişkenliğe neden olmaktadır (Barzi, 2009: 23). Her ne kadar hizmet kalitesinin ölçümü ürünlerin kalitesinin ölçümünden zor da olsa, 1970’lerin başlarından bu yana araştırmacılar hizmet kalitesinin ölçümü konusunda çalışmaktadırlar (Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz, 2011: 9408).

Hizmet kalitesinin ölçümü konusunda yazında farklı araştırmacılar tarafından farklı yöntemlerin uygulandığı görülmektedir. Genel anlamda iki kavramsal durum vardır. Bunlar, Grönroos’un öncülüğündeki İskandinav bakış açısı ve Parasuraman’ın öncülüğündeki Amerikan bakış açısıdır (Chahal ve Kumari, 2010: 230). Bazı araştırmacılar ise kullanılan yöntemleri sınıflandırmaktadır. Örneğin Cunningham vd. (2000: 123) kalite ölçümünün nicel (SERVQUAL gibi ölçekler) ve nitel (kritik olay tekniği, odak grup görüşmeleri) yaklaşımlar olmak üzere iki temel yaklaşıma göre yapılabileceğini savunmaktadır (Kayral, 2012: 41). Stauss ve Weinlich (1997)

ise hizmet kalitesinde kullanılan yöntemleri “nitelik temelli” ve “olay temelli” olmak üzere iki grup altında sınıflandırmaktadır (Lin, 2010). İçerikleri incelendiğinde nitelik temelli yaklaşımların nicel, olay temelli yöntemlerin ise nitel yaklaşımlar ile örtüştüğü görülmektedir.

Yapılan tüm eleştirilere rağmen en çok tercih edilen nitelik temelli yöntemin SERVQUAL olduğu görülmektedir. SERVQUAL gibi algılanan hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan çok sayıda ölçek, nitelik temelli yöntemler kapsamında değerlendirilmektedir (Taş, 2009: 222). “Kritik Olaylar Yöntemi” ve “Ardıl Olaylar Yöntemi” ise olay temelli yöntemler kapsamında incelenmektedir. Urban W. (2013: 202), 1980’lerde kullanılmaya başlanan “gizli müşteri” uygulamasının da bu kapsamda değerlendirileceğini ifade etmektedir. Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz (2011: 9407) ise bu yöntemlere kıyaslama ve istatistiksel yöntemleri de eklemiştir. Awasthi (2011: 637)’nin sınıflandırması ise anket çalışmaları ve mülakatlar, toplanan veriler üzerinde istatistiksel analizler ve çok ölçütlü karar verme şeklinde üç bölümden oluşmaktadır. Bazı araştırmacılar da yöntemleri bir arada kullanabilmektedir. Örneğin Lupo (2013: 7096), üniversite eğitim hizmetlerinde hizmet performans analizindeki muğlaklıklar ile baş edebilmek için SERVQUAL modeli ile bulanık Analitik Hiyerarşi Sürecini bir arada kullanmıştır.

Yazında algılanan hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik üç tür ölçüm yöntemi bulunmaktadır (Ladhari, 2008: 75):

1. Sadece performans skorları (Dabholkar vd., 1996; Ekinci ve Riley,1998; Frochot ve Hughes, 2000; Janda vd., 2002; Getty ve Getty, 2003; Caro ve Garcia, 2007; Wilkins vd., 2007);
2. Sadece beklenti skorları (Knutson vd., 1990; Khan, 2003; Markovic, 2006);
3. Algı-beklenti skorları (Engelland vd., 2000; Wolfenbarger ve Gilly, 2003).

Urban W. (2013: 200) çalışmasında hizmet kalitesi ölçüm yöntemlerinin çoğunlukla “müşteri algısı”na odaklı olduğuna değinerek “örgütsel kalite”yi “algılanan müşteri kalitesi” ile birleştiren yöntem eksikliği olduğuna değinmektedir. Bu anlamda bütünleşik ölçümde süreçler ve müşteri algısına daha derinlemesine bakılması gerektiğini iddia etmektedir.

## 1.4. HİZMET KALİTESİ MODELLERİ

Hizmet kalitesi modelleri anlamında yazındaki ilk çalışma Sasser, Olsen ve Wyckoff (1978) tarafından ortaya konan personel düzeyi, tesis düzeyi ve hammadde (malzeme, materyal) düzeyi olmak üzere üç boyutlu bir yapıdır. Ancak bu çalışmaya sadece boyut belirleme noktasında yer verilmekte, çalışmadan model olarak söz edilmemektedir. Bu çalışmada hammadde boyutunun olması da üretimden etkilenildiğinin bir göstergesi olarak düşünülmektedir (Kayral, 2012: 11).

### 1.4.1. Teknik ve İşlevsel Hizmet Kalitesi (Algılanan Kalite) Modeli

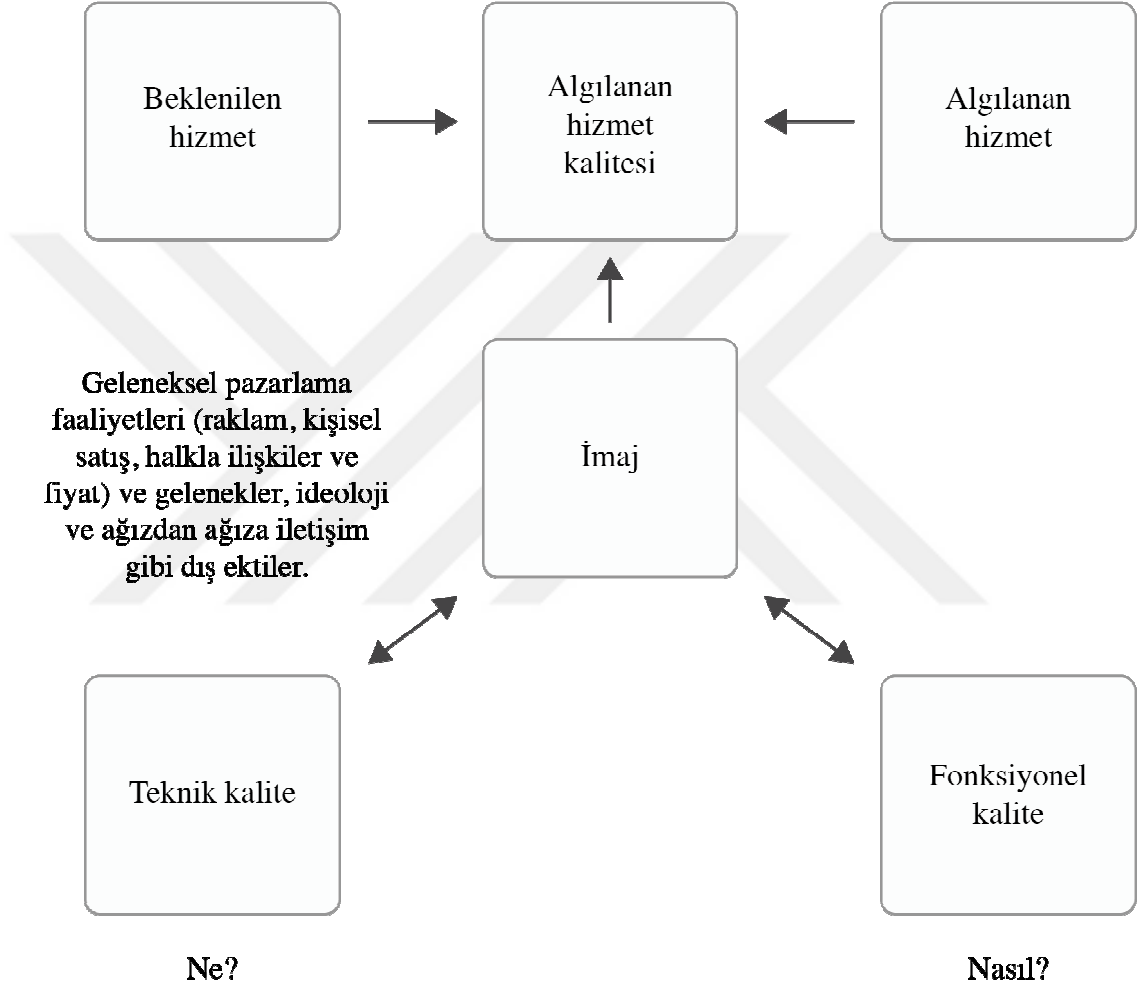
Genellikle hizmet kalitesi modelleri yazınında ilk incelenen model Grönroos tarafından ortaya konan Şekil 1’ de görülen “Teknik ve İşlevsel Hizmet Kalitesi Modeli”dir. Grönroos (1984: 36), hizmet kalitesinin müşteriler tarafından nasıl algılandığını tanımlayan bir hizmet kalitesi modeli olmadığından hareketle yola çıkarak söz konusu modeli geliştirmiştir. Bu modelde yer alan teknik kalite “ne” alındığı ile ilgilenirken, işlevsel kalite “nasıl” alındığı ile ilgilenmektedir. Teknik kalite nesnel anlamda değerlendirilebilirken, işlevsel kalitenin değerlendirilmesi öznel olacaktır (Grönroos, 1984: 37). İşlevsel kalitede müşterilerle bağlantı kuran personelin önemi büyüktür (Grönroos, 1984: 42-43). Teknik kalite ve işlevsel kalite boyutlarının birbirleriyle ilişkisine bakıldığında kabul edilebilir bir düzeyde teknik kalitenin, başarılı işlevsel kalite için ön gereklilik olduğu; bununla birlikte yüksek işlevsel kalite düzeyinin teknik kalitede yaşanan geçici sorunları telafi edebileceği ifade edilmektedir (Grönroos, 1984: 43).

Grönroos (1984: 37) aynı zamanda “algılanan kalite” kavramını da ortaya koymuştur. Hizmet kalitesinin *beklenen* ve *algılanan hizmet* olmak üzere iki değişkene bağlı olduğunu ifade etmektedir. Hizmetlerin tüketim sürecine yüksek derecede tüketici katılımı gerektiren ürünler olmasından hareketle hizmet kalitesinin nasıl algılandığı sorusunu cevaplarken tüketici davranışı yazınından faydalanmıştır.

Grönroos “*tüketicilerin örgütü nasıl algıladıklarının sonucu*” olarak tanımladıkları imajı ise üçüncü kalite boyutu olarak ifade etmektedir. Olumlu imaj, küçük hataları unutturabilmesi, olumsuz imaj ise hatanın etkisini büyütebileceği için

kalite algılamasında bir “süzgeç” görevi görmektedir (Grönroos, 1984: 39). Kang ve James (2004: 273) müşterinin hizmet kalitesi algısına imajın etkisini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizinden yararlanmış ve imajın aracı değişken olduğu sonucuna varmıştır (İkiz, 2010: 12).

**Şekil 1: Grönroos Modeli**



Kaynak: Grönroos (1984: 40)

Grönroos çalışmasında Swan ve Comb'un ürünlerin araçsal ve etkileyici performanslarının müşterilerin tatmini üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmasından yararlanmıştır. Bu çalışmada, Grönroos'un modelinde teknik kaliteye karşılık gelen araçsal performansın gerekli ancak tatmin için yeterli olmadığı, etkileyici özelliklerin daha önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Grönroos da işlevsel kalitenin teknik kaliteden daha önemli olduğu varsayımını test etmek amacıyla 1981 yılında farklı hizmet sektörü (banka, sigorta işletmeleri, oteller, lokantalar, nakliye, havayolu

işletmeleri, temizlik ve bakım, araba kiralama işletmeleri, seyahat acenteleri, mühendislik danışmanları, mimarlar, iş danışmanları, reklamcılık işletmeleri ve kamu sektörü) yöneticilerinden oluşan bir örneklem üzerinde 219 kişi ile gerçekleştirdiği anket sonucunda işlevsel kalitenin geleneksel pazarlama faaliyetlerinden daha önemli olduğunu ortaya koymuştur (Grönroos, 1984: 41). Ayrıca genellikle teknik boyutun önemli gibi görünmesine karşın satıcı-alıcı ilişkilerini içeren işlevsel boyutun geliştirilmesinin müşterilere değer katacağını ifade etmektedir (Grönroos, 1988: 12).

Sağlık sektörü açısından bakıldığında hastaların teknik kalite boyutunu değerlendirmesinin zor olduğu ifade edilmektedir. Örnek olarak tahlil yapılan bir cihazın teknoloji seviyesi veya hızının hastanın değerlendirebileceği bir olgu olmadığı öne sürülmektedir (İkiz, 2010: 12). Genellikle hizmet sunumu sürecinin sonrasında değerlendirilebilen teknik kalite boyutu, bu sürecin sonucunda somut olarak elde edilen hizmet veya algılanan çıktı olarak değerlendirilmektedir (Kang ve James, 2004: 267'den aktaran İkiz, 2010: 11). Teknik kaliteye, bir doktorun bir hastayı tedavi ettikten sonraki hastanın hissettikleri; işlevsel kaliteye ise bu doktorun muayene sırasında hastaya karşı tutum ve davranışları örnek olarak verilebilmektedir (Gülmez, 2005: 149).

#### **1.4.2 Kano Modeli**

Dr. Noritaki Kano ve meslektaşları tarafından geliştirilen ve tüketici gereksinimlerini analiz etmek için kullanılan Kano Modeli'nde müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak olan ürün/hizmet özellikleri normal kalite, beklenen kalite ve heyecan verici/çekici kalite olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmıştır (Değer, 2012: 54).

Bu bağlamda *“Müşteriye sorulduğunda cevabı doğrudan alınan tipik gereksinimler”* normal kalitedeki bir ürünün gereksinimleri olarak ifade edilmektedir. *“Gerçekleştirilmesi çoğunlukla müşteride olumlu bir etki yaratmazken, gerçekleştirilmemesi büyük tatminsizliğe yol açan gereksinimler”* beklenen kalite gereksinimleri olarak tanımlanırken; *“karşılanmaması müşteride herhangi bir sorun oluşturmazken, karşılanması durumunda müşteri memnuniyetini beklenmedik derecede arttıran gereksinimler”* keşfedilmesi diğerlerine göre daha zor olan heyecan

verici/çekici kalite gereksinimleri şeklinde açıklanmaktadır (Kano vd., 1984'dan aktaran Kayral, 2012: 15).

Matzler ve Hinthuber (1998: 30) Kano yöntemiyle müşteri ihtiyaçlarının sınıflandırılmasının faydalarını izleyen maddeler halinde sıralamıştır (Değer, 2012: 57):

- Ürün ihtiyaçları daha iyi anlaşılmasını sağlar.
- Ürün geliştirme adımında ödünleşme kararlarında önemli derecede katkı sağlar.
- Farklı müşteri gruplarının fayda beklentileri farklı olacağı için en iyi memnuniyet düzeyini garanti eden çözümlerin bulunmasını sağlar.
- Heyecan verici ihtiyaçların ortaya çıkarılarak gerçekleştirilmesi sonucunda rekabet avantajı ortaya çıkar.
- “Kalite Fonksiyon Göçerimi”nde müşteri memnuniyeti için ürün özelliklerinin önceliklendirilmesinde kullanılır.

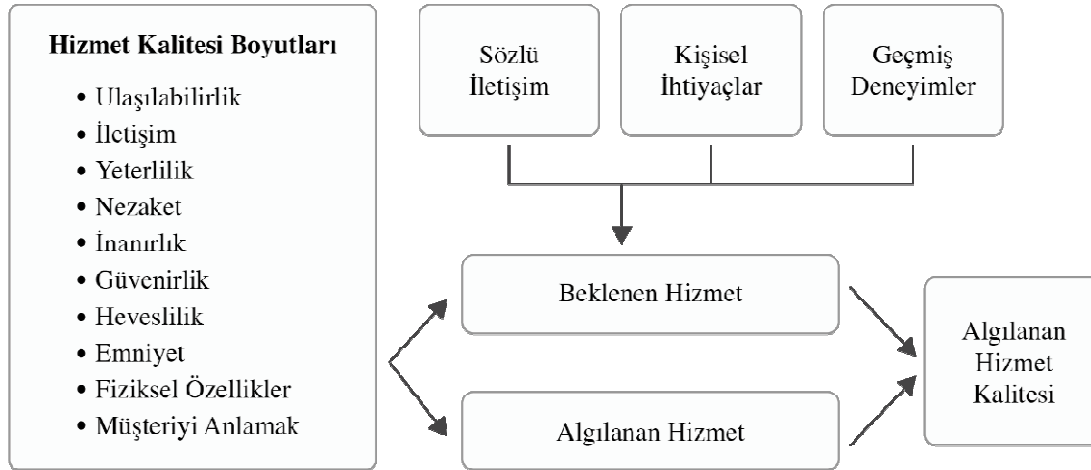
### **1.4.3. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli**

SERVQUAL (SERVice QUALity) ölçeğinin temeli olan “Hizmet Kalitesi Modeli” Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından Grönroos (1982), Lehtinen ve Lehtinen (1982), Lewis ve Booms (1983), Sasser, Olsen ve Wyckoff (1978)'un çalışmalarına dayanılarak geliştirilmiştir (Parasuraman vd. 1985: 42'den aktaran İkiz, 2010: 14). Algılanan hizmet ile beklenen hizmetin farkı olarak nitelendirebilen algılanan hizmet kalitesi için geliştirilen modelde beş farklı boşluk tanımlandığı için “Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli” olarak adlandırılmıştır (Kayral, 2012: 15).

SERVQUAL ölçeğinin ilk halinin elde edilmesi kapsamında Parasuraman vd. (1988) bireysel bankacılık, kredi kartı hizmeti, tamir-bakım hizmeti, uzun mesafe telefon hizmeti ve menkul kıymetler komisyonculuğundan oluşan beş farklı hizmet sektöründe son üç ay içerisinde hizmet almış 200 kişi ile gerçekleştirdikleri keşfedici odak grup çalışması sonucunda Şekil 2’de yer alan on hizmet kalitesi boyutu altında toplam 97 maddeden oluşan bir ölçek hazırlamışlardır (Parasuraman vd.1988: 12-40'den aktaran Kayral, 2012: 16).



## Şekil 2: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları



Kaynak: Parasuraman vd. (1985: 48)'den aktaran Kayral (2012: 16).

Lee vd. (2000: 234) SERVQUAL'in ilk halindeki 10 boyutu 3 bölümde gruplandırılmıştır:

- Arama özellikleri (müşterilerin satınalmadan önce değerlendirdikleri boyutlar): inanırlık ve fiziksel özellikler
- Deneyim özellikleri (tüketim esnasında veya satınalma sonrası yargılanan boyutlar): güvenilirlik, heveslilik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim, müşteri anlamak
- Güven ile ilgili özellikler (tüketim veya satınalmadan sonra da değerlendirmesi zor boyutlar): yeterlilik ve emniyet)

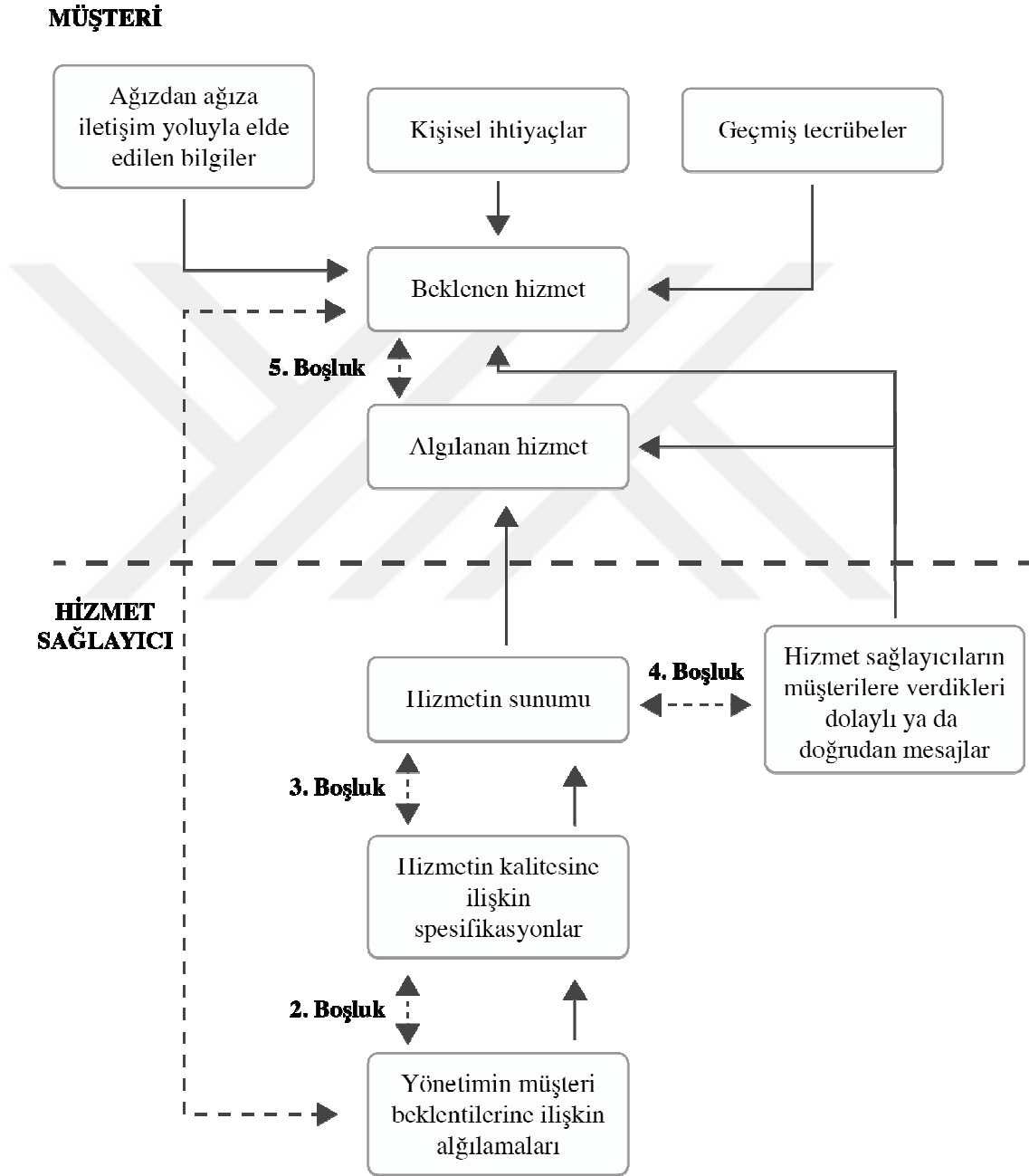
Parasuraman vd. (1988: 23) izleyen çalışmalarında bu boyutları beş boyut altında toplamıştır (Gürbüz ve Ergülen, 2006: 180; Kayral, 2012: 18):

- *Fiziksel Özellikler:* Fiziksel olanaklar, donanım ve personelin görünüşü.
- *İnanırlık:* Hizmetin söz verildiği zaman ve şekilde tam olarak yerine getirilmesi.
- *Heveslilik:* Tüketicilere yardım etme gönüllülüğü ve hizmeti en kısa sürede sağlama.
- *Güvenirlilik:* Çalışanların inceliği, bilgisi, güven ve dürüstlüğü telkin etme yetenekleri.
- *Müşteriyi anlama:* Tüketicilerin gereksinimlerini anlamak için gösterilen çaba ve kolay yaklaşılabirlik.

Mels vd. (1997) SERVQUAL'i inceledikten sonra beş boyutu dışsal ve içsel hizmet kalitesi şeklinde iki gruba ayırmışlardır. Bu anlamda fiziksel özellikler boyutu dışsal hizmet kalitesi içerisinde yer alırken, diğer dört boyut içsel hizmet kalitesi içerisinde değerlendirilmektedir. Grönroos modeli ile karşılaştırıldığında dışsal hizmet kalitesinin teknik kaliteye, içsel hizmet kalitesinin ise işlevsel hizmet kalitesine denk geldiği ifade edilmektedir (Lam, 2000: 24).

Parasuraman vd. (1985, 44-46) tarafından “Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli”nde ortaya konan ve Şekil 3’te gösterilen beş boşluk ise izleyen şekilde tanımlanmaktadır (Kayral, 2012: 18-19):

**Şekil. 3. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli**



Kaynak: Parasuraman vd. (1985: 48)’den aktaran İkiz (2010: 15)

- 1. Boşluk: Yönetim algılamaları ile müşteri beklentileri arasındaki fark
- 2. Boşluk: Yönetimin müşteri beklentilerine ilişkin algılamaları ile hizmet spesifikasyonları arasındaki fark

- 3. Boşluk: Müşteri algılarının hizmet kalitesi tasarımına aktarılması ile sunulan hizmet arasındaki fark
- 4. Boşluk: Sunulan hizmet ile müşterilerle dışsal iletişim arasındaki fark
- 5. Boşluk: Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark

Hill (1996) tarafından ortaya konan modelde de tanıtım, anlama, prosedürler, davranışlar ve algılama ile ilgili beş farklı boşluk tanımlanmış olup, bu boşlukların toplam hizmet kalitesi boşluğunu etkilediği ifade edilmektedir (Lam, 2000: 16). Bu boşluklara ilave olarak Lewis (1987), “müşteri tarafından algılanan ve hizmet sağlayıcı tarafından algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark”ı ifade eden 6. Boşluğu tanımlamıştır (Miranda, 2010: 2138). Luk ve Layton (2002) ise 6. Boşluk olarak “müşteri beklentileri ve çalışanların alguları arasındaki fark” ve 7. Boşluk olarak “çalışanların alguları ve yönetimin alguları arasındaki fark”ı eklemiştir (Ayhan, 2009: 2-3).

Modelde yer alan ilk dört boşluğun hizmeti sunanlar tarafından oluşturulduğu; sadece beşinci boşluğun müşteriler tarafından oluşturulduğu ve diğer dört boşluğun fonksiyonu niteliğinde olduğu (Kayral, 2012: 20) bilgisine dayanılarak öncelikle 5. boşluğun ölçülmesi, sonrasında odaklanılacak boşluğun kapatılmaya çalışılmasına yönelik bir strateji izlenmesi önerilmektedir (İkiz, 2010: 14).

Araştırmacılar 1991 ve 1994 yıllarında boyutların önem derecelerinin belirlenmesi ve fark skoruna gelen eleştiriler doğrultusunda modelde güncelleştirmeler gerçekleştirmişlerdir (Lam, 2000: 25- 26).

#### **1.4.4. Davranışsal Hizmet Kalitesi Modeli**

Beddowes vd. (1987) tarafından geliştirilen modelde temel olarak davranışsal düşüncelerin önemine vurgu yapılmaktadır. Hem hizmet süreci, hem de hizmet çıktısı kalitesinin müşteri tarafından algılanmasında hizmet sağlayıcısının kişiler arası özelliklerinin önemli etkisi olduğunu vurgulayan araştırmacılar en önemli kalite başarı faktörünün müşteri ve çalışan beklentileri arasındaki denge olduğunu ifade etmektedirler (Tırpancı, 2008: 61).

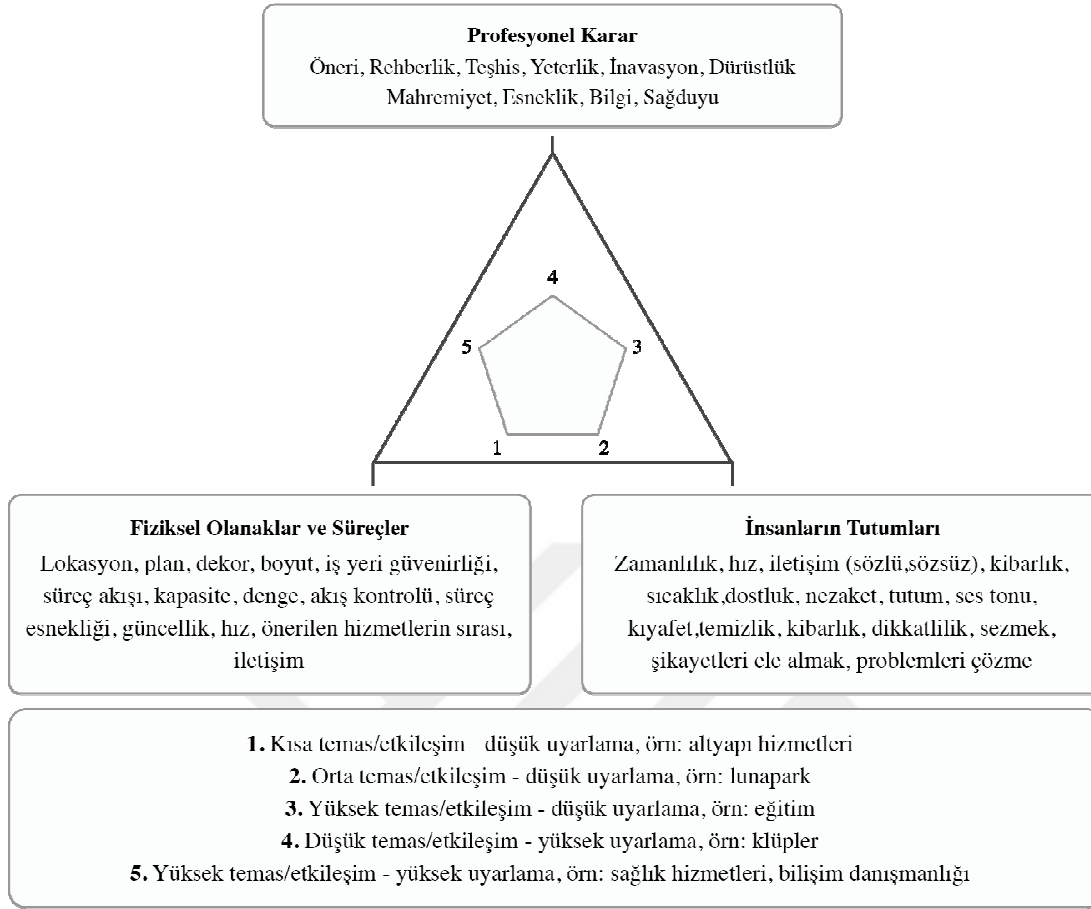
#### 1.4.5. Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli

Haywood-Farmer tarafından 1987 yılında ortaya konan modelde, fiziksel olanaklar ve süreçler; insanların tutumları ve profesyonel kararlar şeklinde üçgenin köşelerini oluşturan üç ana özellik yer almaktadır (Kayral, 2012: 20). Yer, yerleşim, hizmet güvenilirliği, işlem akışı, süreç esnekliği, iletişim, sunulan hizmet sıralaması gibi örnekler fiziksel olanaklar ve süreçler içerisinde değerlendirilebilmektedir. Yakınlık, sıcakkanlılık, içtenlik, tutum, ses tonu, kıyafet, zerafet, nezaket, şikâyetleri ele alma ve sorunları çözme insanların davranışı ve içtenliği unsuruna örnek olarak verilebilirken; bulgu, tavsiye, rehberlik, yenilik, dürüstlük, gizlilik, esneklik, takdir, bilgi ve yetenek mesleki yargı unsuruna örnek olarak verilmektedir (Farmer, 1987: 21'den aktaran Gürbüz ve Ergülen, 2006: 176). Şekil 4'te yer alan üçgen içerisinde yer alan beşgen üzerine hizmet sektörleri yerleştirilmiştir.

Sağlık hizmetleri bu beşgenin beşinci köşesini oluşturan yüksek temas/etkileşim ve yüksek uyarılma gerektiren bir sektördür (Kayral, 2012: 21). Seth, Deshmukh ve Vrat (2005: 919-920) müşterilerle özel bağlantı kurma ve işgücü yoğunluğu açısından düşük seviyede olan hizmetlerin modelin fiziksel olanaklar ve süreç özelliklerine daha yakın durumda olmasından dolayı donanımın güvenilir olması ve müşteri açısından kullanım kolaylığı sağlamaya daha fazla önem vermesi yönünde uyarıda bulunmaktadır (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 52; Tırpancı, 2008: 62).

Dotchin ve Oakland (1994: 35) profesyonellik, yargılama, nasihat, otonomi, teşhis, öz-disiplin, bilgi ve takdir edebilme gibi belirleyicilerin sadece hukuk, tıp, eğitim gibi meslekler için değil, pek çok hizmet işletmesinin çalışanlarının faaliyetleri için önemli olduğuna dikkat çekmesinin bu modelin en önemli özelliği olduğunu ifade etmektedir (İkiz, 2010: 35).

#### Şekil 4: Nitelik Hizmet Kalitesi Modeli



**Kaynak:** Haywood-Farmer (1988)'den aktaran Kayral (2012: 21)

#### 1.4.6. Grönroos ve Gummesson Modeli

Bu model Gummesson (1988) tarafından önerilen malların kalitesine ilişkin 4Q modeli ile Grönroos tarafından ortaya konan hizmet kalitesi modelinin birleştirilmiş şeklidir. Modelde 4Q'yu oluşturan tasarım kalitesi, üretim kalitesi, dağıtım kalitesi ve ilişkilerin kalitesi ile Grönroos tarafından önerilen 2Q (teknik ve işlevsel kalite) birleştirilerek 6 kalite bileşeni ortaya konmuştur. Bu bileşenler imaj, tecrübeler ve beklentiler aracılığıyla müşterinin algıladığı kaliteyi etkilemektedir (Seyran, 2004: 45-47).

#### **1.4.7. Değerlendirme Modeli**

1988 yılında Edvardson ve Gustavsson tarafından ortaya konulan modelde amaçlanan kalite problemlerinin sebepleri ve hizmetlerdeki hataların belirlenmesine yardım etmektir. Modelin dayandığı temel nokta, genel modellerin belli bir noktaya kadar yararlı olduğu ve kalite problemlerinin her bir hizmet örgütü için ayrı ayrı belirlenerek analiz edilmesidir. Modelde içiçe bir yapı göze çarpmakta ve bütünleşik hizmet sistemi modelin iç kısmında bulunan çalışanlar, müşteriler, fiziksel çevre ve örgütsel yapıdan oluşmaktadır (Seyran, 2004: 54).

#### **1.4.8. Hizmet Kalitesi Sentez Modeli**

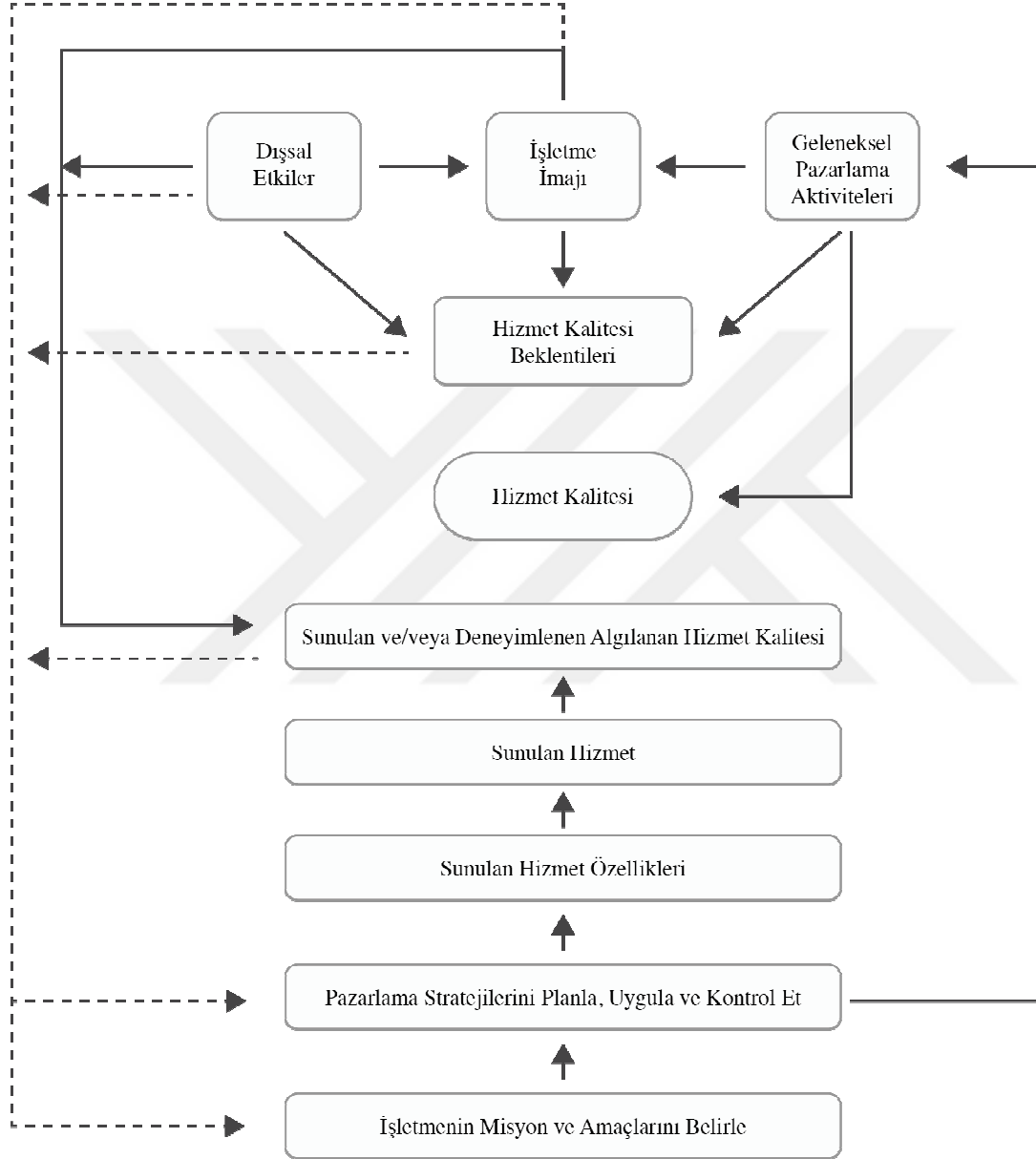
Brogowicz, Delene ve Lyth (1990) tarafından geliştirilen Şekil 5’te görülen “Hizmet Kalitesi Sentez Modeli” mevcut müşterilerin hizmet kalitesi algılarının yanısıra sözlü iletişim, reklam veya diğer medya iletişim araçları aracılığıyla hizmet kalitesi hakkında bilgi sahibi olan potansiyel müşterilerin hizmet kalitesi algılarının da göz önünde bulundurulması gerektiğini öne sürmektedir (Kayral, 201: 22).

#### **1.4.9. Lehtinen ve Lehtinen Modeli**

Lehtinen ve Lehtinen (1991), değişik türde lokantalarda vaka çalışmaları gerçekleştirerek hizmet kalitesini üç boyutlu (fiziksel kalite, etkileşim kalitesi ve işletme kalitesi) ve iki boyutlu (süreç ve çıktı kalitesi) iki yaklaşımla ele almışlardır (Kayral, 2012: 24). Walbridge ve Delene (1993: 8), bu modelde yer alan fiziksel kalitenin Grönroos’un modelindeki teknik kalite ve Parasuraman’ın modelindeki çıktı kalitesi ile aynı anlama geldiğini; etkileşim kalitesinin ise Grönroos’un modelinde yer alan işlevsel kalite ve Parasuraman vd. (1985) çalışmalarındaki süreç kalitesi ile aynı anlama geldiğini öne sürmektedir. Üç boyutlu modelde yer alan işletme kalitesi de Grönroos modelindeki imaj bileşeni ile örtüşmektedir (Zengin ve Erdal, 2000: 52). Lehtinen ve Lehtinen (1991)’in modelindeki farklılık etkileşim

kalitesinin sadece müşteri ile işletme çalışanları arasında değil, müşteri ile diğer müşteriler arasında ele alınmasıdır (Kayral, 2012: 25).

**Şekil 5: Hizmet Kalitesi Sentez Modeli**



Kaynak: Brogowicz vd. (1990)'dan aktaran Kayral (2012: 23)

#### 1.4.10. İyi ve Kötü Halkalar Modeli

Normann (1991) tarafından geliştirilen model kapsamında hizmet işletmelerinin kalite yönetimi konusunda aşırı duyarlı oldukları vurgulanarak; kalite yönetiminde iyi veya kötü duruma neden olacak birçok durumun söz konusu olduğu belirtilmektedir. Modelde iyi ve kötü olmak üzere iki halka bulunmakta ve halkalar üzerinde durumdan duruma geçişler gösterilmektedir. Kötü halka, maliyetlerde aşırı tasarrufla başlarken; iyi halka, kusursuz bir hizmet sunmak için hizmette mükemmelliğe geçiş ile başlamaktadır. Modelde ayrıca mikro halkalar da tanımlanmıştır (Seyran, 2004: 49-50).

#### 1.4.11. SERVPERF Modeli

SERVice PERFormance (SERVPERF) Modeli kapsamında Cronin ve Taylor (1992: 55-68) hizmet kalitesi algılamalarının modellenmesinde beklenti-algı farkı yerine sadece algılara odaklanılmasının daha iyi sonuç vereceği iddiasından yola çıkmışlardır. Cronin ve Taylor (1992: 55) hizmet kalitesini “hizmet performansının algılanma derecesi” şeklinde tanımladıktan sonra (İkiz, 2010: 28); SERVQUAL modelinde yer alan 22 değişkeni işletmenin algılanan performansı olarak uyarlayarak alternatif bir araç geliştirmişlerdir (Kayral, 2012: 26). Cronin ve Taylor (1994: 131)’un diğer bir önerisi, izleyen çalışmalarda hizmet kalitesi ve müşteri tatminini bir arada ele alan modellere hizmet değeri kavramının da eklenmesi yönündedir (Miranda, 2010: 2139). Cronin ve Taylor (1992) hizmet kalitesi ölçümünün 4 alternatifini (ağırlıklandırılmamış SERVQUAL, ağırlıklandırılmış SERVQUAL, ağırlıklandırılmamış SERVPERF, ağırlıklandırılmış SERVPERF) karşılaştırmış ve sonuçta ağırlıklandırılmamış SERVPERF’in hizmet kalitesi ölçümünde diğer üçünden daha iyi olduğu sonucuna varmıştır (Lam, 2000: 32). McAlexander vd. (1994) de diş hekimliği alanında gerçekleştirdiği uygulama sonucunda SERVPERF’in üstünlüğünü göstermiştir (Lam, 2000: 32). SERVQUAL ve SERVPERF karşılaştırmasını yapan araştırmacı grubundan bir diğeri de Carrilat, Jaramillo ve Mulki vd. (2007: 472)’dir. 17 yıllık çalışmalar üzerinden gerçekleştirdikleri meta-analitik çalışma neticesinde her iki ölçeğin yordayıcı

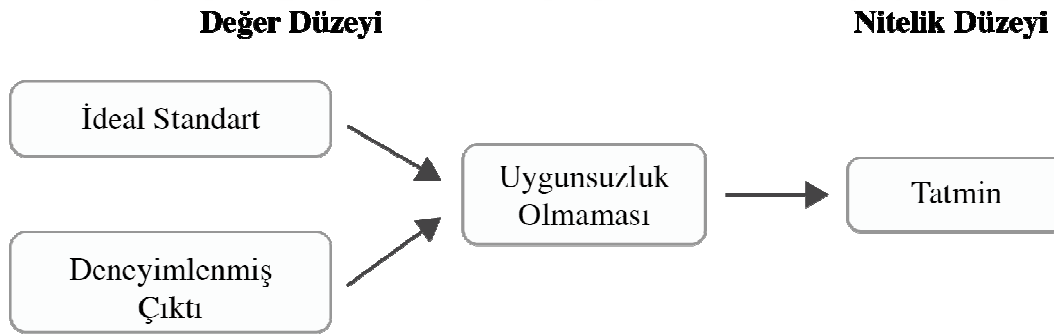


geçerliliklerinin eşit olduklarını ve bu nedenle daha kısa olan SERVPERF'in tercih edilmesinin doğru olacağını ifade etmektedirler. Bununla birlikte araştırmacıların ortaya koyduğu önemli bir bulgu SERVQUAL'in yordayıcı geçerliliğinin bağlama uyarlandığında artarken; SERVPERF'in yordayıcı geçerliliğinin bağlam uyarlamalarıyla değişmediği yönündedir.

#### 1.4.12. İdeal Değer Standandardına Dayalı Hizmet Kalitesi Modeli

Mattsson (1992), öne sürdüğü hizmet kalitesi modelinde (Şekil 6) “*zaman içinde tecrübelerle yenilenerek değişen bir yapı*” olarak ifade ettiği ideal standartlarla tecrübelerin karşılaştırılmasını önermektedir (İkiz, 2010: 35; Tırpancı, 2008: 65). Mattsson (1992) alan çalışmasını konaklama hizmetleri alanında gerçekleştirerek; sonuç olarak algılanan ve ideal standartlarla tecrübeler arasında oluşan farkın, müşteri tatmininin belirleyicisi olduğunu ortaya koymuştur (Kayral, 2012: 28).

Şekil 6: Hizmet Kalitesi İdeal Değer Modeli



Kaynak: Mattsson (1992)'den aktaran Kayral (2012: 29)

#### 1.4.13. Sunulan Kalitenin 4Q Modeli

Bu model kapsamında Gummesson (1990) tarafından ortaya konan 4Q modelinde yer alan üretim ve dağıtım kalitesi birleştirilerek tek bir kalite bileşeni haline getirilmiş, çıktı kalitesi yeni bir bileşen olarak modele dâhil edilmiştir. Ayrıca

mal ve hizmet kalitesi kavramı yerine “sunulanan kalitesi” kavramının kullanılmasını daha uygun görmüşlerdir (Seyran, 2004: 48).

#### **1.4.14. Değerlendirilmiş Performans ve Normlaştırılmış Kalite Modelleri**

Teas (1993) geleneksel fark modelinin (SERVQUAL) kavramsal tanımlamadaki muğlaklık, hizmet kalitesi ölçümünde beklentilerin kuramsal doğrulanması, değerlendirilen performans ölçümlerinin olasılık spesifikasyonlarının faydasız oluşu, hizmet kalitesi ve tüketici tatmini arasındaki ilişki gibi kavramsal, kuramsal ve ölçüm problemleri olduğunu iddia ederek (Tırpancı, 2008: 66) algılanan kaliteyi ölçmek için “Değerlendirilmiş Performans” ve “Normlaştırılmış Kalite” şeklinde iki alternatif model önermiştir (İkiz, 2010: 39). Teas (1993) “Normlaştırılmış Kalite Modeli”nde hizmet kalitesinin ölçümünde “Değerlendirilmiş Performans Modeli”ndeki beklenti-algı karşılaştırması yerine; müşterinin önceki tecrübelerine bağlı olan ideal standart ile ölçülen performans arasındaki farkı ele almıştır. Teas (1993: 23) yüksek hizmet kalitesinin söz konusu farkın azalması ya da ortadan kalkması ile mümkün olabileceğini iddia etmektedir (Kayral, 2012: 29; İkiz, 2010: 36). Teas (1993) ayrıca normlaştırılmış kalite ve değerlendirilmiş performans modellerinin SERVQUAL ve SERVPERF’den daha iyi eşzamanlı ve kavramsal geçerliliği olduğunu iddia etmiştir (Lam, 2000: 32).

#### **1.4.15. Üç Bileşen Modeli**

Rust ve Oliver (1994) tarafından geliştirilen ve İskandinav bakış açısına sahip “Üç Bileşen Modeli”nde hizmet ürünü (çıkıtı), hizmet sunumu (süreç) ve hizmet çevresi (ortamı) şeklinde üç bileşen yer almaktadır (Lupo, 2013: 7097). Bu modelin İskandinav modelinin hizmet çevresi katılarak güncellenmiş hali olduğunu öne süren Chahal ve Kumari (2010: 231), hizmet ürününün teknik kaliteye, hizmet sunumunun işlevsel kaliteye denk geldiğini ifade etmektedir. Rust ve Oliver (1994) müşteri değerlendirmelerinin bu bileşenlere bağlı olduğunu önermektedir (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 125).

#### **1.4.16. Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli**

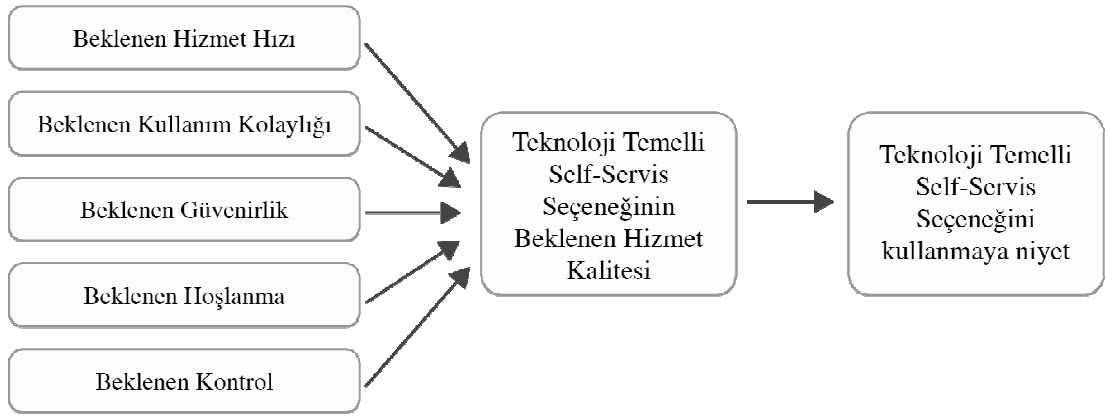
McDougall ve Levesque (1994) çıktı, süreç ve çevre kalitesi olmak üzere üç temel boyut ve müşterinin hizmet deneyimini kolaylaştıran altyapı boyutu olarak dördüncü bir boyutun yer aldığı bir hizmet modeli önermişlerdir (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 125). McDougall ve Levesque tarafından 2000 yılında önerilen model ise iki boyutlu (çekirdek ve yüzeysel boyut) olması yönüyle Grönroos (1984) tarafından öne sürülen modelle benzerlik göstermektedir. Araştırma sonucunda hizmet kalitesi ve algılanan değer kritik olduğu ve bunların müşteri tatmini aracılığıyla, müşterinin satınalma davranışlarıyla ilgili gelecek kararlarında etkili olduğu ortaya konmuştur (Kayral, 2012: 36).

#### **1.4.17. Nitelik Esaslı Model ve Toplam Etki Modeli**

Dabholkar (1996: 32-37) teknoloji tabanlı self servis durumları için “Nitelik Esaslı Model” ve “Toplam Etki Modeli” olmak üzere iki alternatif hizmet kalitesi modeli geliştirmiştir. Karar vermede bilişsel yaklaşımı esas alan “Nitelik Esaslı Model” müşterilerin hizmetlerden beklentileri üzerine kurulu iken (Şekil 7) karar vermede duygusal yaklaşımı esas alan “Toplam Etki Modeli”, müşterilerin teknoloji kullanımları karşısındaki hislerine dayanmaktadır (Şekil 8) (Kayral, 2012: 31; Tırpancı, 2008: 68).

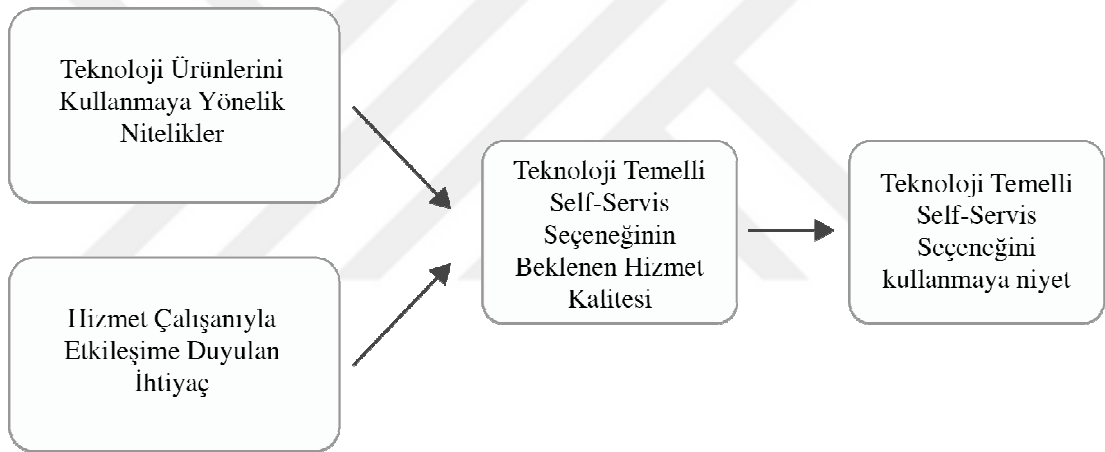
Dabholkar vd. (1996) tarafından önerilen üç seviyeden oluşan çok seviyeli bir modelde birinci seviye müşterinin hizmet kalitesine ilişkin genel algılamaları, ikinci seviye beş birincil boyut (fiziksel yönler, güvenilirlik, kişisel etkileşim, politika ve problem çözme), üçüncü seviye ise yedi alt boyuta (görünüş, uygunluk, sözler, işi doğru yapma, etkileyici güven, nezaket ve yardımseverlik) odaklanmaktadır (Chahal ve Kumari, 2010: 231).

**Şekil 7: Nitelik Esaslı Model**



Kaynak: Dabholkar (1996)'dan aktaran Kayral (2012: 30)

**Şekil 8: Toplam Etki Modeli**



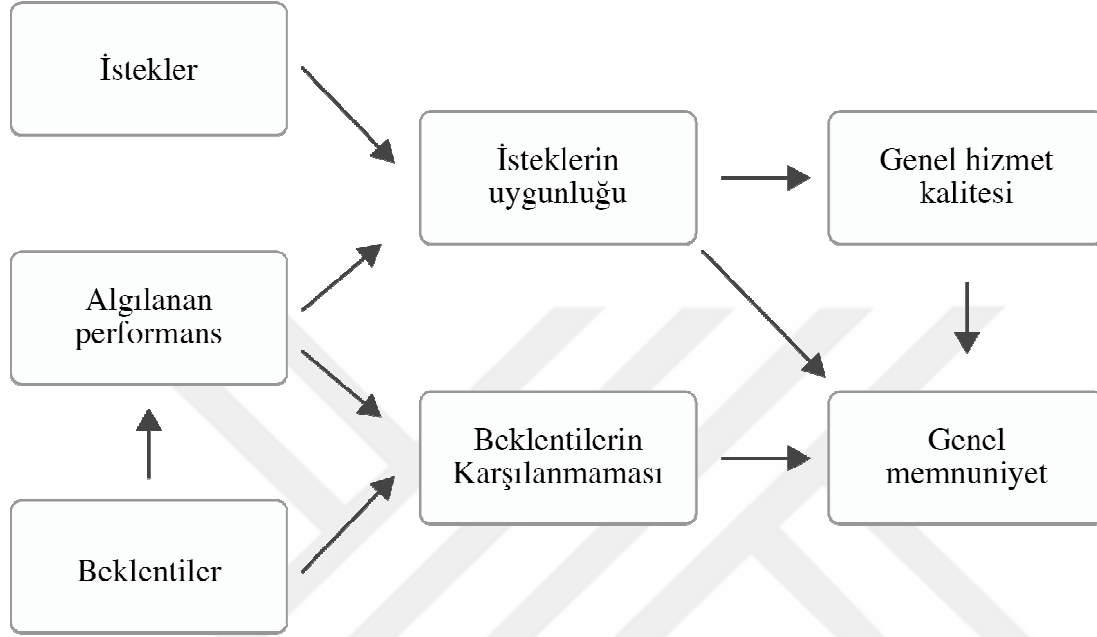
Kaynak: Dabholkar (1996)'dan aktaran Kayral (2012: 30)

#### 1.4.18. Algılanan Hizmet Kalitesi – Tatmin Modeli

Spreng ve Mackoy (1996: 201) tarafından geliştirilen Algılanan Hizmet Kalitesi –Tatmin Modeli (Şekil 9) Seth, Deshmukh ve Vrat'nin (2005: 934) tespitine göre boyutların ortaya konması açısından Oliver'ın hizmet kalitesi modeline; iki sütunlu yöntem kullanması açısından SERVQUAL'e, sadece performans algısını dikkate alması açısından da SERVPERF modeline benzemektedir. Akademik çalışmalar için verilen danışmanlık hizmeti alanında uygulaması gerçekleştirilen çalışma kapsamında, LISREL ortamında yapılan doğrulayıcı faktör analizi

sonucunda “isteklerin uygunluğu” ile “genel memnuniyet” arasında belirgin ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. “beklentilerin karşılanmaması” ile “genel hizmet kalitesi” arasında ise belirgin bir ilişki bulunamamıştır (İkiz, 2010: 41-43).

**Şekil 9. Algılanan Hizmet Kalitesi –Tatmin Modeli**

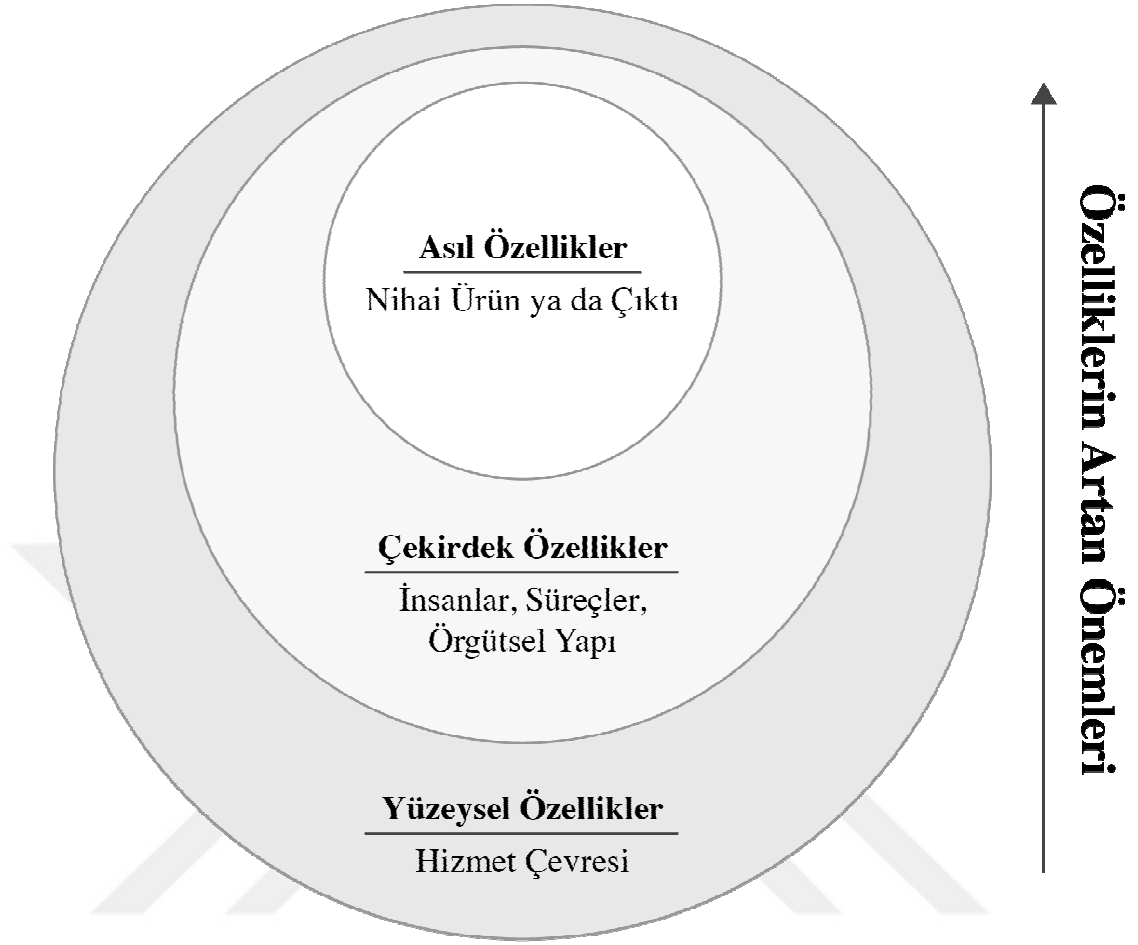


Kaynak: Spreng& Mackoy (1996: 203)’dan aktaran İkiz (2010: 43)

#### 1.4.19. P-C-P Nitelikler Modeli

Philip ve Hozlett (1997) çıktılar boyutunu içeren “asıl özellikler”, güvenilirlik, sorumluluk, güvence ve empati boyutlarını içeren “çekirdek özellikler” ile somut özellikler boyutunu içeren “yüzeysel özellikler” şeklinde üç özellik sınıfı içeren bir model geliştirmişlerdir (Kayral, 2012: 32). Şekil 10’da görselleştirilen modelin ayırıcı özelliği asıl özelliklerden yüzey özelliklerine doğru merkezden çevreye doğru iç içe bir yapı göstermesidir. Bu modelin en merkezinde, müşteri tatmini üzerinde en fazla etkisi olan özellikler yer almakta iken; müşterilerin aynı hizmeti daha sık almaya başlayıp deneyim kazandıkça çekirdek ve yüzeysel özelliklerin önem kazanacağı ifade edilmektedir (Tırpancı, 2008: 71).

Şekil 10: P-C-P Nitelikler modeli



Kaynak: Philip ve Hazlett (1997)'den aktaran Kayral (2012: 33)

#### 1.4.20. Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli

Sweeney vd. (1997) değer ve satınalma isteği üzerinde hizmet kalitesinin etkisini iki alternatif model üzerinde kavramsallaştırarak gerçekleştirdikleri çalışmada “değer”i müşterilerin aldıkları faydalar ile nelerden vazgeçtiklerinin bir karşılaştırması olarak tanımlamaktadır. Söz konusu modelde işlevsel kalite algılamalarının teknik kalite algılamalarını etkilediği ve böylelikle ürün kalite algılamalarını etkilediği vurgulanmaktadır. Ürün kalite algıları da değer aracılığıyla satınalma niyetini etkilemektedir. Ürün kalitesi algısını etkileyen diğer bir değişken göreceli fiyattır. Göreceli fiyat ayrıca değer ve satınalma niyetini de olumsuz bir şekilde doğrudan etkilemektedir. Teknik hizmet kalitesi, ürün kalitesi ve değer algılarını

doğrudan belirlemektedir. Ayrıca işlevsel hizmet kalitesi algılamaları, tüketicilerin satınalma isteklerini doğrudan etkilemektedir (Tırpancı, 2008: 71,72).

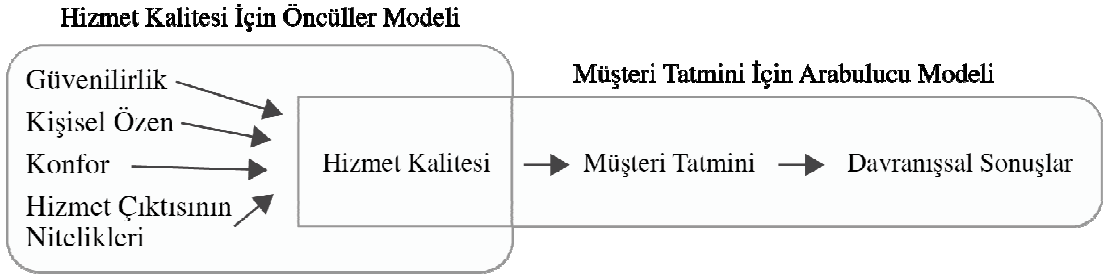
#### **1.4.21. Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Tatmini Bütüncül Modeli**

Oh (1999) algılanan hizmet kalitesi, algılanan müşteri değeri ve müşteri tatmininden oluşan bütünsel bir model önermiştir. Model temel olarak satınalma sonrası kararlar üzerine odaklanmaktadır. Model algılanan değer müşterinin satınalma sonrası karar alma sürecinde önemli rolü olduğunda dair kanıt sağlamaktadır. Müşteri tatmini ve yeniden satınalma niyetinin birincil öncülü olarak algılanan değer olduğu ifade edilmektedir. Sonuçlar aynı zamanda algılan fiyatın algılanan müşteri değeri üzerinde olumsuz etkisi olduğunu, buna karşın algılanan hizmet kalitesi ile ilişkisi olmadığını göstermektedir (Tırpancı, 2008: 73).

#### **1.4.22. Öncüller ve Aracı Modeli**

Dobholkar, Shepherd ve Thorpe hizmet kalitesini detaylı bir şekilde incelemeye devam etmişler; bu anlamda 2000 yılında hizmet kalitesinin öncüllerini analiz etmişlerdir. Ayrıca müşteri tatmininin, hizmet kalitesi ile davranışsal sonuçlar arasındaki aracı rolünü araştırmışlardır (İkiz, 2010: 31). Sadece performans algısı ölçümü uygulayarak kiliseler için fotoğraf katalogları hazırlama hizmeti veren firmalarda gerçekleştiren çalışma kapsamında katılımcıların yarısına, hizmet kalitesine ilişkin beklentileri, diğer yarısına da hizmet sunumu sonrasında beklentileri ile birlikte performans algıları sorulmuştur. Şekil 11’de gösterilen modelin analizi LISREL ortamında “Yapısal Eşitlik Modellemesi” ile gerçekleştirilmiştir (İkiz, 2010: 32).

## Şekil 11. Hizmet Kalitesi Öncülleri ve Araçları



Kaynak: Dabholkar vd. (2000: 145)'den aktaran İkiz (2010: 32)

### 1.4.23. İç Hizmet Kalitesi Modeli (INTSERVQUAL)

Frost ve Kumar (2000), Parasuraman vd. (1985, 1988, 1991) tarafından önerilen Aralık ve SERVQUAL modellerini içsel bakış açısı ile uyarlamışlardır. Bir işletmede müşteriler ile doğrudan temas halindeki çalışanları “iç müşteriler” ve destek personelini “iç hizmet sağlayıcı olarak iki gruba ayıran Frost ve Kumar (2000: 364) çalışma kapsamında Şekil 12’de gösterilen üç tane iç aralık tanımlamıştır (Kayral, 2012: 34; Ayhan, 2009: 3):

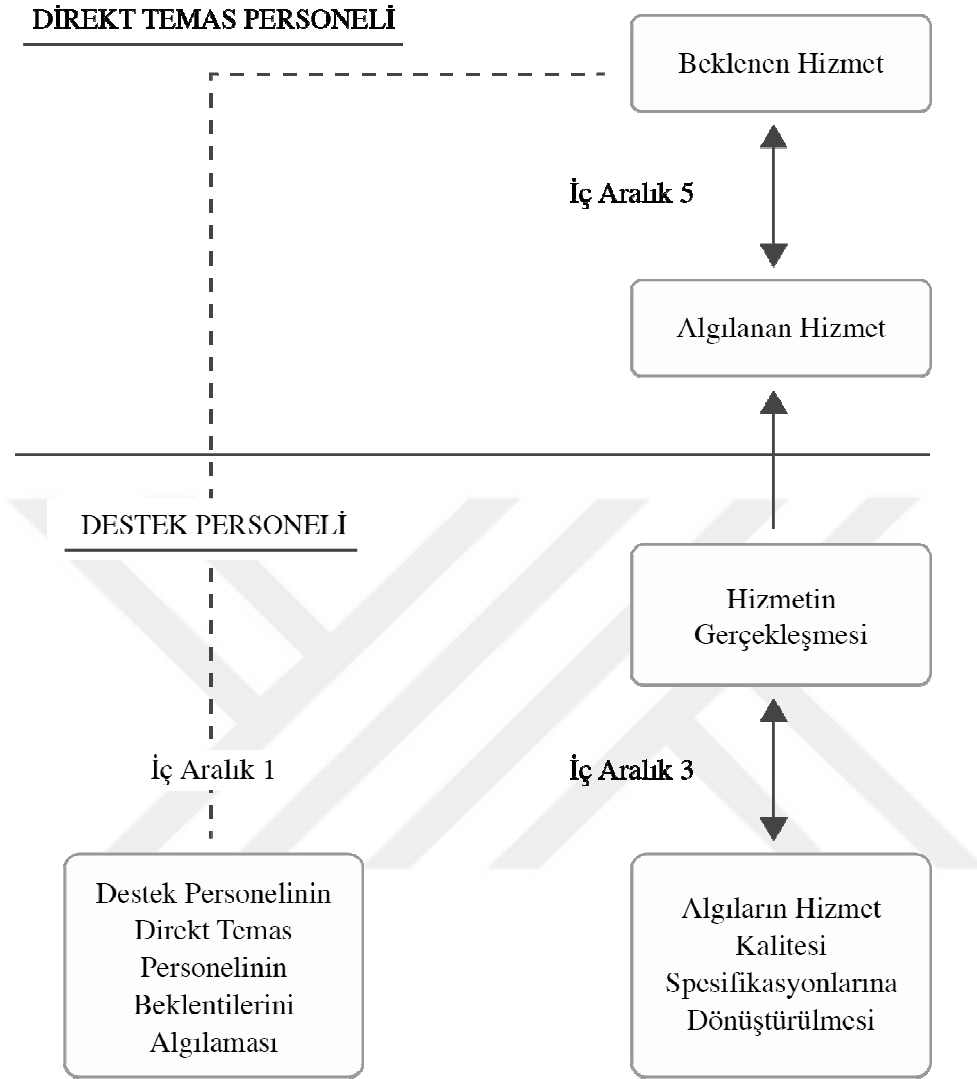
- 1. İç Aralık: Destek personelinin temas personelinin beklentileri ile ilgili algısı arasındaki fark
- 2. İç Aralık: Tanımlanan hizmet kalitesi ile verilen hizmet arasındaki fark
- 3. İç Aralık: Temas elemanının beklentileri ile destek personelinin algıları arasındaki fark.

### 1.4.24. İçsel Hizmet kalitesi Veri Zarflama Analizi Modeli

Soteriou ve Stavrinides (2000)’in modelinde personel, yer, zaman vb. kaynaklarından oluşan “tüketilebilir kaynaklar” ve “hesaplama yapısı” şeklinde iki girdi tanımlanmış olup personel tarafından algılanan hizmet kalitesi düzeyi modelin çıktısı olarak belirlenmiştir. Uygulama alanı olarak bankacılık sektörünün seçildiği araştırma ile girdi ve çıktı yönlü Veri Zarflama Analizi (VZA) modelleri incelenerek hizmet kalitesi ölçülerinin hizmet kalitesi iyileştirmeleri için nasıl bir arada kullanılacağına ilişkin yol göstermek amaçlanmıştır (Tırpancı, 2008: 74). Lee ve Chulhyun (2012: 756) de SERVQUAL’in beş boyutunu çıktı olarak değerlendirerek VZA’yı çok ölçütlü bir karar verme aracı olarak toplam hizmet kalitesini hesaplama ve kıyaslamak için önermiştir.



**Şekil 12: İç Hizmet Kalitesi Modeli**



Kaynak: Frost ve Kumar (2000)'dan aktaran Kayral (2012: 35)

#### 1.4.25. Hiyerarşik Hizmet Kalitesi Modeli

Hizmet kalitesi ölçümündeki bu gelişmelerle birlikte alt boyutları tanımlamak ve standartlaştırmak konusunda çok az çaba sarf edilmiştir. Bu boşluğu kapatma noktasında Brady ve Cronin (2001) hiyerarşik yaklaşıma dayalı hizmet kalitesi modelini geliştirmişlerdir. Bu anlamda hizmet kalitesi üç birincil boyut aracılığıyla tanımlanmıştır: Etkileşim kalitesi, fiziksel çevre kalitesi ve çıktı kalitesi (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 125). Modelde her birincil boyuta ait üç tane ikincil alt boyut tanımlanmıştır.

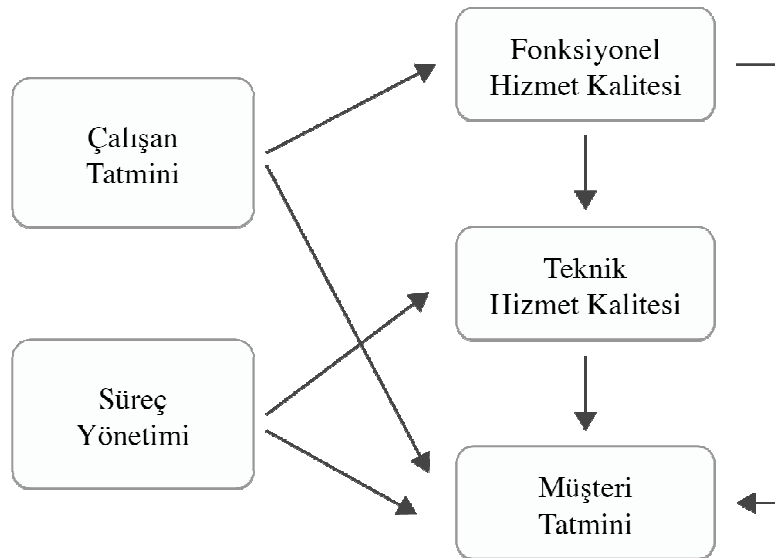
- Etkileşim kalitesi alt boyutları: Yaklaşım, davranış ve uzmanlık.
- Fiziksel çevre kalitesi alt boyutları: Ortam koşulları, tasarım ve sosyal faktörler.
- Çıktı kalitesi alt boyutları: Bekleme süresi, somut varlıklar

Modelde ayrıca her bir ikincil boyut altında üçüncül alt boyutlar da tanımlanmıştır. Bunlar SERVQUAL’de yer alan beş boyuttan üçüdür: güvenilirlik, heveslilik ve empati. Chahal ve Kumari (2010: 231), bu modelin varolan modeller içerisinde en kapsamlısı olmasına rağmen çok az çalışıldığını ortaya koymaktadır.

#### 1.4.26. İş Süreçleri Yönetimi Modeli

Kumar vd. (2008: 177) süreç yönetimi ile müşteri tatmini arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada dört alternatif model üzerinde gerçekleştirdikleri Yapısal Eşitlik Modellemesi sonucunda Şekil 13’te gösterilen “İş Süreçleri Yönetimi” modelini önermişlerdir. Teknik kalite ile ilişkili olduğu düşünülen “süreç yönetimi” içerisinde iş stratejisi, süreç mimarisi, süreç ölçümü, süreç sahipliği ve süreç iyileştirme şeklinde beş bileşen ortaya konmuştur. İngiltere bankacılık sektöründe gerçekleştiren uygulamalarda müşteri tatmini, çalışan memnuniyeti, işlevsel hizmet kalitesi skoru, şikâyet sayısı, teknik hizmet kalitesi skoru ve iş süreçleri yönetimi skorları kullanılmıştır (İkiz, 2010: 45).

**Şekil 13: İş Süreçleri Yönetimi Modeli**



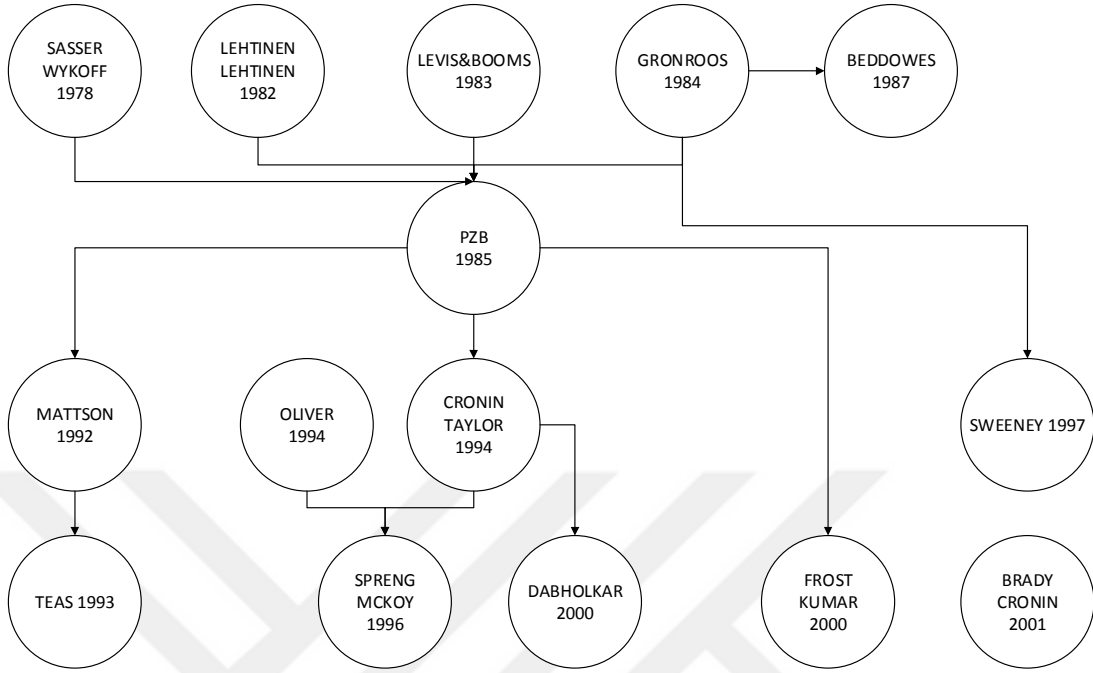
Kaynak: Kumar vd. (2008: 182)’den aktaran İkiz (2010: 46)

#### 1.4.27. Modellerin Genel Değerlendirilmesi

Şekil 14’te birbirleri ile arasındaki ilişkinin görselleştirildiği hizmet kalitesi modelleri birbirinden etkilenmekle birlikte, farklı bakış açılarında sahip modellerdir. Grönroos ve Aralık Modeli şüphesiz hizmet kalitesi yazınında en etkili modeller olmuşlardır. Ancak Grönroos modeli sadece kuramsal bir model olarak kalmış, Aralık modeli neticesinde ise SERVQUAL ölçeği ortaya konarak uygulama gerçekleştirilmiştir. SERVQUAL’e dayanılarak geliştirilen SERVPERF, SERVQUAL’in hem beklentileri hem algıları ölçmesi eleştirisinde hareketle sadece algıları ölçmeyi önerirken; INTSERVQUAL de dış müşteri yerine iç müşterilere odaklanması yönüyle diğerlerinden ayrılmaktadır. Philip ve Hozzlet (1997)’in modeli çekirdekten yüzeysel özelliklere doğru iç içe bir yapı göstermesi yönüyle diğerlerinden farklılaşmaktadır. Oh (1999) ve Dabholkar vd. (2000) modelleri ile birlikte modeller satınalma sonrası kararları da içerisine alacak şekilde genişletilmiştir. Soteriou and Stavrinides (2000)’ın modelinin farklılığı ise içsel hizmet kalitesine odaklanmasının yanısıra Veri Zarflama Analizinden yararlanmasıdır. Brady ve Cronin (2001)’in farklılığı ise boyutları hiyerarşik bir şekilde ele almasıdır.

Kayral (2012: 41) yazında kalite ölçümünde hangi yaklaşımın kullanılması gerektiği konusunda bir uzlaşmanın olmadığına, sürekli yeni yaklaşımlar geliştirildiğine veya önceden ileri sürülmüş yaklaşımların güncellendiğine değinmekte; ayrıca çalışmalarda ele alınan hizmet türlerinin ve özelliklerinin de kalite ölçümünde kullanılacak yaklaşımlara etki ettiğinin görüldüğünü ifade etmektedir. Seyran (2004: 43) genelde modellerin hizmet pazarlaması esasına dayandığı için hizmetlerin sunumuna odaklandığını ve hizmet üretimi öncesi ve üretim esnasındaki süreci ihmal ettiklerini ifade etmektedir.

## Şekil 14. Hizmet Kalitesi Modelleri Arasındaki İlişki



### 1.5. HİZMET KALİTESİNİN BOYUTLARI

*“Yöneticiler kalite kelimesini yönetilebilir parçalara bölmelidirler.”*

*Garvin (Grönroos, 1988: 11)*

Boyutlar, kalitenin değişik açılardan algılanmasına ve daha iyi kavranmasına yardımcı olacağı için önemlidir. Kim ve Kim (1995) de hizmet kalitesinin boyutlarının belirlenmesinin hizmet kalitesi değerlendirmesi için çerçeve sunması açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır (Lam, 2000: 21). Ünlü ve Aktaş (1995: 49) ise hizmet boyutlarının bilinmesinin hizmetlerin etkinliğini arttırmakta önemli bir role sahip olduğuna yer vermektedir. Sunulan hizmetlerin hangi özelliklere bakılarak kaliteli olarak değerlendirileceği de söz konusu kalite boyutları aracılığıyla ölçülebilecektir. Bununla birlikte kalite boyutları ile hizmet kalitesini arasındaki ilişkinin belirlenmesi için hizmet kalitesi modelleri ile birlikte inceleme yapılması gereği de açıktır (Kayral, 2012: 12).

Hizmet kalite boyutlarının belirlenmesine yönelik çalışmaların temellerinin Sasser, Olsen ve Wyckoff (1978)'un çalışmalarına dayandığı ifade edilmektedir. Söz konusu çalışmada hizmet kalite boyutları personel düzeyi, tesis düzeyi ve malzeme

düzei olmak üzere üç şekilde ele alınmaktadırlar (Kayral, 2012: 11). Bu çalışmadan günümüze kadar ortaya konan modellerde “hizmet kalitesi” kavramsallaştırmasında çeşitli boyut yapıları ortaya konmuştur. Bunlar arasında çeşitli benzerlik ve farklılıklar da bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda ise zaman içerisinde boyut yapısının güncellendiği görülmektedir. Örneğin SERVQUAL on boyuttan beş boyuta indirgenmiştir.

Araştırmacılar hangi hizmet kalitesi algısının ölçülmesi gerektiği noktasında anlaşamaları da, hizmet kalitesi kavramının çok boyutlu ve yüksek derecede bir yapı olduğu noktasında hemfikirdirler. Semantik farklılıklar bir yana modeller hizmet kalitesi algılamalarının kişilerarası kalite, teknik kalite, ortam kalitesi ve yönetimsel kalite olmak üzere dört boyuttan oluştuğunu ifade etmektedirler. Araştırmacılar (Rossiter, 2002; Dabholkar vd. 2000; Parasuraman vd. 2005) ayrıca hizmet kalitesinin formatif bir yapı olarak kavramsallaştırılmasının daha uygun olduğunu düşünmektedir (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 125). Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 127) ayrıca hizmet kalitesinin kavramsal tanımının genellikle soyut düzeyde ve genellikle ikinci derece faktör olarak (Grönroos, 1984; PZB, 1988; Rust ve Oliver, 1994), ele alındığını, ancak son zamanlarda hizmet kalitesinin üçüncü derece faktör olarak (Brady ve Cronin, 2001; Dabholkar vd.1996) tanımlandığını ifade etmiştir. Buradan hareketle hizmet kalitesi değerlendirmelerinin daha önce kavramsallaştırıldığından daha karmaşık bir konu olduğunun fark edildiği ifade edilmektedir.

Farklı araştırmacılar hizmet kalitesini farklı bir şekilde kavramsallaştırmışlardır. Grönroos (1984)’un iki boyutlu yapısı Nordik bakış açısı, Parasuraman vd. (1988)’nin beş boyutlu yapısı ise Amerikan bakış açısı olarak ifade edilmektedir (Aagja ve Garg, 2010: 62). Teknik kalite boyutunun alt bileşenlerini tanımlamak üzere yapılan çalışmalar sonucunda çoğunlukla açık uçlu soruların sorulması, mülakatların yapılması gibi nitel yöntemler kullanılmıştır. Kang ve James (2004: 268) bu çalışmaların sonucunda, alt bileşenlerin hizmetin ait olduğu sektöre ve ilgilenilen konuya göre değişkenlik gösterdiğini öne sürmektedir. Hizmet sunumu sırasında hizmeti sunan ile hizmeti alan müşteri arasındaki etkileşimle ilgili olan işlevsel kalite, hizmet kalitesi çalışmalarında daha çok önem kazanmıştır (İkiz, 2010: 11).

Bu araştırma kapsamında Grönroos ile internet üzerinden iletişime geçilmiştir. Grönroos tarafından gönderilen söz konusu mailde boyutlandırma konusunda iyi algılanan hizmet kalitesinin yedi ölçütü, yol gösterici olarak önerilmektedir. Grönroos'un (2007: 90) çalışmasının temelinde yer alan *teknik kalite*, *fonksiyonel kalite* ve *imaj* ile ilişkilendirilen ölçütler izleyen maddeler halinde sıralanabilir:

- Profesyonellik ve Beceriler (Teknik Kalite)
- Yaklaşım ve Davranışlar (Fonksiyonel Kalite)
- Ulaşılabilirlik ve Esneklik (Fonksiyonel Kalite)
- İnanılabilirlik ve Bağlılık (Fonksiyonel Kalite)
- Hizmet Onarımı (Fonksiyonel Kalite)
- Hizmet Alanı (Fonksiyonel Kalite)
- İtibar ve Güvenilirlik (İmaj)

Grönroos (2007: 90) bu ölçütlere incelenen çerçeveye göre fiyat vb. ilaveler yapılabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte müşterinin önyargularından, algılamalarından daha çok etkilenen işlevsel kalitenin, nesnel olarak ölçülmesi, standartlaştırılması ve sistematikleştirilmesi daha zordur. Zengin ve Erdal (2000: 51) işlevsel kalitenin yüksek olmasının teknik kalitedeki ufak tefek aksaklıkların hoş görülmesine neden olduğu; teknik kalitesi uygun düzeyde, ancak işlevsel kalitesi yetersiz düzeyde olma durumunda ise genellikle tatminsizlik olduğu yönünde araştırmalara yer vermektedir.

Hizmet kalitesinin boyutları genellikle belli olmakla birlikte alt boyutların tanımlanması ve standartlaştırılması adına bir çabanın olmadığı iddia edilmektedir. Brady ve Cronin'in hiyerarşik yaklaşıma dayalı olarak geliştirdiği hizmet kalitesi modelinin bu çabanın bir göstergesi olduğu ifade edilmektedir (Chahal ve Kumari, 2010: 231). Garvin (1984), kalitenin çeşitli açılardan incelenmesi konusunda gerçekleştirdiği kapsamlı çalışmanın sonucunda tüketicinin algıladığı kaliteyi "Performans", "Uygunluk", "Güvenilirlik", "Dayanıklılık", "Hizmet Görürlük", "Estetik", "İtibar" ve "Diğer Unsurlar" şeklinde sekiz boyutta ortaya koymuştur (Mirza, 2010: 17). Her ne kadar Garvin (1987) bu sekiz boyutun tüm mal ve hizmetler için uygun olduğunu iddia etse de (Tırpancı, 2008: 40); kalite boyutlarının hepsi hizmete uymamaktadır. Örneğin; hizmetlerin "uygunluk" boyutu altında daha önce belirlenen standartlara uymak konusunda ve "dayanıklılık" boyutu altında bozulabilir özellikleri olduğu için problemlidir (Lam, 2000: 22).

## 2. BÖLÜM

### SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ

#### 2.1. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ KAVRAMI

Sağlık hizmeti kalitesinin tanımlanması ve ölçülmesi sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, sağlık sunumunda yer alan birçok katılımcının farklı istekleri ve etik konular nedeniyle diğer sektörlerdeki hizmet kalitesi çalışmalarından daha zordur. Ayrıca değişik paydaşların değişik bakış açıları, istekleri ve tanımları vardır. Bu nedenle sağlık kalitesi çok boyutlu bir tanım gerektirir. Hizmet veren, müşteri, yer ve zaman değiştiği için sağlık hizmetlerini tutarlı bir şekilde üretmek zordur. Bu heterojenlik, değişik uzmanlar (doktor, hemşire vb.) değişik ihtiyaçları olan hastalara hizmet verdikleri için ortaya çıkmaktadır. Hizmet sektöründe kalite standartlarını oturtmak çok zordur. Eğitimleri, deneyimleri, bireysel kabiliyetleri ve kişilik özellikleri farklı olan sağlık uzmanları hizmetleri farklı şekillerde sunmaktadır. Sağlık hizmetleri eş zamanlı olarak üretilir ve tüketilir; dolayısıyla daha sonra tüketilmek üzere stoklanamazlar (Mosadeghrad, 2013: 204). Rocha vd. (2013: 1) da özellikle sağlık sektöründe hizmet kalitesi ölçümünün zor olduğuna katılmakta ve genellikle verimlilik ölçümü ile karıştırıldığını iddia etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini; *“belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş, kalıcı bir sistem”* olarak tanımlamaktadır (Akar ve Özalp, 1997: 190’dan aktaran Kayral, 2012: 44). Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmet kalitesini etkinlik, maliyet etkinliği ve sosyal kabul edilebilirlik açısından kıyaslamaktadır. Burada sözü edilen sosyal kabul edilebilirlik, hasta bakış açısını vurgulamaktadır (Sajid ve Baig, 2007’den aktaran Aagja ve Garg, 2010: 63). 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ise sağlık hizmetlerini, *“insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi*

*faaliyetler*” şeklinde tanımlamaktadır (Öztürk, 2000: 142’den aktaran Kayral, 2012: 43-44).

Hurtado vd. (2001: 232) sağlık hizmet kalitesi için “*sağlık hizmetlerinin mevcut profesyonel bilgi ile tutarlı şekilde bireylerin ve toplulukların beklenen sağlık çıktıklarına benzerliği artırma derecesi*” (Lee vd., 2013: 27); Donabedian (1980: 5-6) ise “*riski arttırmadan faydayı enbüyüklemek için sağlık bilim ve teknolojisinin uygulanması*” şeklinde bir tanımlama yapmıştır (Mosadeghrad , 2013: 204).

Mosadeghrad (2013: 205) yazındaki sağlık hizmeti kalitesi tanımlarının iki grup altında toplanabileceğini ifade etmektedir. Birinci grupta yer alan tanımlara göre sağlık hizmetlerinin karakteristik ve özellikleri önceden belirlenmiş spesifikasyon ve standartları karşılamaktadırlar. Bu yaklaşımda kalite “*spesifikasyonlara, gereksinimlere ve standartlara uygunluk*” olarak tanımlanır; tedarikçi bakış açısı vardır ve içsel yapıya odaklanılmıştır; hassasiyet, güvenilirlik ve etkinlik kaliteyi oluşturur. İkinci grupta yer alan tanımlarda ise sağlık hizmetlerinin karakteristik ve özellikleri, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılar ve aşar. Bu yaklaşımda kalite müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde tanımlanmaktadır. Talep eden bakış açısı vardır ve dışsal yapıya odaklanılmıştır. Etkinlik, empati, güvenlik ve uygunluk kalite boyutları olarak görülmektedir (Mosadeghrad, 2013: 205).

Mosadeghrad (2013: 204) sağlık sektöründeki paydaşların beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda sağlık kalitesini tanımlamak amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada anahtar paydaşlarla derinlemesine bireysel mülakatlar ve odak grup mülakatları gerçekleştirmişlerdir. Çalışma sonucunda sağlık kalitesi tanımı “*hastayı, hastaların ihtiyaçlarını karşılayan ve hizmet sunucularını tatmin eden en güncel klinik kılavuz ve standartlar ışığında etkin, etkili ve verimli sağlık hizmetleri sunarak istikrarlı bir şekilde memnun etmek*” şeklinde ortaya çıkmıştır.

Sağlık sektöründe müşteri temel olarak “*Bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar olan ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı bulunan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür.*” şeklinde tanımlanan hasta olmakla birlikte; hasta ailesi ve yakınları, refakatçiler, ziyaretçiler, resmi daireler ve yerel örgütler, dış yardımcı sağlık kuruluşları, anlaşmalı kuruluşlar,



eczaneler, dernekler, medya kuruluşları, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç şirketleri gibi dış müşteriler ile örgüt çalışanları (doktor, hemşire vb.), danışmanlar ve şirket ortakları gibi iç müşteriler de söz konusudur (Mirza, 2010: 51; Yanık, 2000: 29-30).

## 2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AYIRICI ÖZELLİKLERİ

Rashid ve Jusoff (2009) sağlık sektöründe hizmet kalitesi kavramını bütüncül bir bakış açısı ile incelediği araştırma sonucunda sağlık sektörünün yüksek derecede risk içermesinden dolayı diğer hizmetlere oranla çok karmaşık olduğunu ifade etmektedir (Rashid ve Jusoff, 2009: 471). Sağlık sektörünü imalat ve diğer hizmet sektörlerinden ayıran belirleyici özellikleri izleyen maddeler halinde sıralanabilir (Barzi, 2009: 34-38):

1. Hizmet sağlayıcısı ve tüketici (hasta) arasındaki bilgi asimetrisinin diğer sektörlerden daha fazla olması nedeniyle tüketicilerin aldıkları hizmet kalitesini tanımlamaları, değerlendirmeleri ve yargılamaları daha zordur.
2. Genellikle ödemeyi doğrudan yapmamaları (üçüncü parti kuruluşların var olması) nedeniyle tüketiciler fiyat ve değere karşı daha az duyarlıdır.
3. Diğer sektörlerde sağlık sektörlerinde doktora denk olan çalışanlar bulunmamaktadır. Doktorlar genellikle hastanenin bir çalışanı, sahibi veya yöneticisi değildir. Bazı açılardan doktorlar hastanenin müşterisi iken; ayrıca bir dağıtım kanalı işlevi de görmektedir. Diğer sektörlerde olmayan karmaşık bir yapıda hastane ve doktor bir arada hizmet sunmaktadır.
4. Diğer endüstrilerden farklı olarak sağlık alanında müşteriler (hastalar) hizmet sağlayıcılar ile büyük oranda zedelenmeye açık bir zamanda etkileşim halindedir. Bilgi asimetrisi, kaygı ve korkunun hem etkileşimin yapısı hem de kalitenin nasıl anlaşıldığı üzerinde zedeleyici etkisi vardır. Bu durum doktor ve hasta arasındaki iletişimin önemi şeklinde somutlaştırılabilir.
5. Sağlık endüstrisi, imalat endüstrileri gibi küresel değil bölgesel bir endüstridir. Sağlık sunumu sırasında seçim şansı sınırlıdır. Özellikle acil servislerde böyle bir şans yoktur.

6. Hastalar imalat sektöründeki hammadde gibi sürecin bir parçasıdır. Biyolojik ve çevresel farklılıklardan dolayı bireyler arasında girdi spesifikasyonları bir durumdan diğerine değişkenlik göstermektedir. İmalatta girdi değişkenliği kalite hareketleri ile kontrol altına alınırken, hastaların spesifikasyonlarının belirlenmesi zordur.
7. İmalat sektöründe şirketler ürünleri hakkında garanti ve bakım hizmetleri konularında bilgi sahibi iken bu durum sağlık sektöründe geçerli değildir. İnsanlar bir garanti ile doğmamakta; bir sağlık hizmetini bir kurumdan diğerini farklı bir kurumdan alabilmektedir. Bu nedenle de doktorlar konu hakkında bilgi sahibi olamamaktadır. Önceki olaylar ve yapılan müdahaleler doktorun kararında bir sonraki adım için önemli iken, hasta kayıtları her zaman uygun olmadığı için çoğu zaman testler ve müdahaleler tekrarlanabilmektedir.
8. İmalat sektöründe “kalite”, “kalite kontrolü” ile beraber başlamıştır. Kalite kontrol geliştirildikten sonra, bir sonraki adım kalite kontrolü de içeren “kalite güvence”dir. Kalite güvence gelişince ise kalite kontrol ve kalite güvenceyi içeren “kalite iyileştirme” ortaya çıkmıştır. Ancak sağlık sektöründe bu kavramlar, kalitenin ölçümünde sadece tek bir sürecin ölçümü yeterli olmadığı için henüz olgunlaşmamış ve kurumsallaşmamıştır.

Turan (2004: 8) ise sağlık hizmetlerinin kendine has bazı özelliklerinin toplumsal nitelikli olması; talebinin belirsiz, riskinin büyük, uzman bilgisine dayalı olması; tüketicisinin sunulan hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olamaması; hizmetin sağlayacağı faydayı ve kaliteyi ölçememesi; ikamesinin mümkün olmaması şeklinde sıralamıştır (Kayral, 2012: 49-51). Çıktının tanımlanması ve ölçümünün zorluğu, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve değişkenliği, farklı meslek gruplarının bir arada hizmet vermesi, acil ve ertelenemeyecek hizmetlerin verilmesi, yüksek düzeyde uzmanlaşma ve çatışmaya dayalı otorite yapısı, hizmet gelirlerinin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik işlevlerinin tümüyle denetlenebilir olmaması, işlevsel bağımlılığın yüksekliği, verilen hizmetlerde ve yapılan işlemlerde yanlışlık ve belirsizliklere karşı düşük toleransa sahip olması, birincil amacının kar etmek olmaması, hizmet alanın bilgi yetersizliği, sağlık hizmetleri endüstrisinde tüketicilerin, pazarda sunulan hizmetleri satın almak konusunda seçeneklerinin kısıtlı oluşu ise sağlık işletmelerinin ayırt edici özellikleri olarak sıralanmıştır.

Berry ve Bendapudi (2007) ise sağlık hizmetinin insanların ihtiyaacı olan ama genellikle istemedikleri bir hizmet olduğu yönünde değişik bir tespitte bulunmaktadır (Pai ve Chary, 2013: 308). Porter ve Teisberg (2004)'in sağlık hizmetleri konusundaki düşüncesi ise tüketicilerin hizmetle ilgili sınırlı bilgileri olduğu ve yüksek derecede kişiselleştirilmiş bir hizmet olduğu yönündedir (Pai ve Chary, 2013: 309).

Sonuç olarak sağlık sektöründe kalite alanı, imalat ve diğer hizmet sektöründeki benzerlerine göre daha genç ve olgunlaşmamış olduğu için sağlık kalitesinin kendine özgü yaklaşımlara ihtiyaacı vardır (Barzi, 2009: 117).

Pai ve Chary (2013: 310) ise sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikleri izleyen şekilde sınıflandırmaktadır:

- Sağlık bir ihtiyaç hizmetidir. Bir müşteri hastalık acı, korku ve streten oluşan bazı kombinasyonlarla sağlık hizmeti almak için başvururlar.
- Hastalar üzerindeki kontrol azdır. İstendiği gibi gelip, gitmezler.
- Hastalar bütün özel durumları ile birlikte doktorlara kendilerini teslim ederler.
- Sağlık hizmetleri çalışan ve yetenekler açısından yoğundur. Farklı iki doktorun performansları farklı olabilir.
- Sağlık hizmetleri önceden hazırlanamaz, hastanın ihtiyaçlarına göre bütüncül bir şekilde ele alınarak hastaya özel hizmet verilir.
- Hizmet alımı esnasında (sorulara doğru cevap vermek) ve sonrasında (tanımlanan tedaviyi uygulamak) hasta ile işbirliği başarılı bir tedavi için gereklidir.

Kotler tarafından ortaya konan ve 4P (ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma) olarak bilinen pazarlama karmasının yanı sıra sağlık hizmetleri pazarlama karmasında fiziksel çevre, katılımcılar ve süreç yönetimi olmak üzere yeni pazarlama karması elemanları tanımlanmıştır (Tokay, 2000: 27). Kennedy, Caselli ve Berry (2011: 388) ise sağlık hizmet sağlayıcısına özel yedi özelliği şu şekilde sıralanmıştır: mükemmellik, yeterli vakit ayırma, dinleme, açıklama, anlaşılır bir dil kullanma, hastayı dâhil etme, merhamet ve bakım gösterme.

Sağlık bağlamında uygulanan yazındaki hizmet kalitesi özelliklerini birleştirerek hasta algılamalarının nasıl oluştuğu ve geliştiğini tanımlayan kavramsal

bir model öneren Conway ve Willcocks (1997), söz konusu modelde beklentiler, deneyim, doğrulama ve hasta tatmin derecesinden oluşan dört bileşen tanımlamışlardır. Bu modelde hasta tatmini gelecekteki hasta beklentilerini etkilemekte ve süreç bir döngü halini almaktadır (Rashid ve Jusoff, 2009: 474). Hastaların müşteri memnuniyetini etkileyen birtakım psikolojik ve sosyo-kültürel özellikler bulunmaktadır. Kişilik, algılama, motivasyon, tutum ve yenilikçilik düzeyi, psikolojik öğeler altında tanımlanırken; sosyal sınıf, kültür ve aile ilişkileri ise sosyo-kültürel öğeler içinde yer almaktadır. Psikolojik öğeler içerisinde tanımlanan tutumlar, hizmet kalitesi açısından önemlidir. Olumlu tutum sonucunda hastalar hizmeti kaliteli olarak değerlendirebilirken; olumsuz tutum sonucunda hastalar alternatiflere yönelebilirler (Mirza, 2010: 55).

### **2.3. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİNİN ÖNEMİ**

Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007) hizmet kalitesinin sağlık işletmeleri için önemli bir kurumsal strateji olduğunu ifade etmektedir (Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz, 2011: 9409). Sağlıkta hizmet kalitesi, iki faaliyet üzerinde odaklanmaktadır: Doğru şeyleri doğru bir şekilde yapmak ve sürekli iyileştirmeler gerçekleştirmek (Leebov ve Scott, 1994: 13).

Hastaların hizmet kalitesi algıları, aynı hastaneyi tekrar seçmesini ve o hastaneyi ailesine ve arkadaşlarına tavsiye etmesini etkilemektedir. Bu nedenle sağlık yöneticileri sürekli iyileştirme programları uygulayarak hasta tatmin düzeylerini arttırmalıdır. Tanımlanamayan ve ölçülemeyen şeylerin geliştirilmesi mümkün değildir. Bu aşamada da tüm paydaşların dikkate alınması gerekmektedir (Mosadeghrad, 2013: 206). Bu önemine rağmen, 19. yüzyıla kadar insanların ölmek için gittikleri yerler olan hastaneler, diğer hizmet sektörlerine kıyasla kalite geliştirme konusunda yetersiz ve iyi uygulamaların yerleşmesi konusunda yavaş kalmıştır (Pai ve Chary, 2013: 332).

## 2.4. SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA YAŞANAN SORUNLAR

Hastaneler genellikle fiziksel yerleşim ve süreç anlamında aynı yapıda tasarlandıkları için, aynı sorunları yaşama eğilimi göstermektedir (Grabani, 2011: 36). Doğan (2011: 80) yazından hareketle sağlık hizmeti sunumunda yaşanan sorunları izleyen şekilde bir araya toplayarak sıralamıştır:

- Hasta bekleme süreleri ile hastanede kalış sürelerinin uzun olması
- Muayene sürelerinin kısa olması
- Hasta ve çalışan memnuniyet düzeylerinin düşük olması
- Sağlık hizmeti verilen kuruluşun uzak olması
- Kaynakların etkin bir biçimde kullanılmaması
- Tedavi maliyetlerinin yüksek olması
- Bürokrasinin fazla olması
- İş yükünde dengesizliklerin olması
- Standart iş yapma şeklinin olmaması
- Süreçte önemli oranda israfın bulunması

Bu sorunlar arasında “bekleme süresi”, bakım kalitesinin en önemli bileşenlerinden birisi olarak ortaya konmakta; bekleme süresi arttıkça kalite algısının düştüğü varsayılmaktadır (Baghci, 2012: 178). Farklı günlerde farklı hemşireler tarafından tedavi alan hastanın işlerin farklı şekilde yapıldığına dair şikâyetle bulunması da sağlık sektöründeki diğer bir problemdir (Grabani, 2011: 61). O'Connor vd. (1988) ise sağlıkta hizmet kalitesi ile ilgili problemleri üç başlık altında incelemektedir. Bunlar; hizmetin soyut oluşu, çalışanların çeşitliliği ve bölümler arası ilişki eksikliğidir (Rashid ve Jusoff, 2009: 477).

## 2.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ VE HİZMET KALİTE STANDARTLARI

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesine göre Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yürütücüsü ve uygulayıcısı konumundadır. Türkiye'de yer alan hastaneler kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, belediye hastaneleri, dernek ve vakıf hastaneleri, yabancılara ait

hastaneler ve azınlık hastaneleri şeklinde sınıflandırılabilmeyle birlikte temel olarak kamu ve özel hastaneler şeklinde iki grup söz konusudur (Doğan, 2011: 47).

Hastaların sağlık sisteminden beklentilerini öğrenmek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda hastaların % 59'unun sağlık hizmetlerinden faydalanırken sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. "Bekleme süresinin çok uzun olması" bu sorunların en başında gelmektedir. "Doktorların ilgisizliği/ilgisiz tutumlar" ve "kayıt, sevk vb. işlemlerin uzun sürmesi ve bürokrasi" ise önde gelen diğer sorunlardır. Aynı çalışmada herkese eşit sağlık hizmeti sağlanması, hasta haklarının korunması ve artırılması, doktor sayısının artırılması, hasta sevk sisteminin kolaylaştırılması ve bürokratik işlemlerin azaltılması, sağlık kurumlarının iyileştirilmesi ve yenilerinin açılması ise hastaların beklentileri olarak sıralanmıştır (Doğan, 2011: 50-51). Büyüközkan, Çiftçi ve Gülerüz vd. (2011: 9409) Türkiye'de son yıllarda sağlık sektöründeki değişimleri ise müşterilerin daha aktif olması ve ihtiyaçları olan hizmetleri daha detaylı ve özel olarak istemeleri şeklinde ortaya koymuştur.

Sağlık Bakanlığı 2005 yılında sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik Hizmet Kalite Standartları'nı (HKS) kamu hastanelerinde uygulayarak ulusal bir sağlıkta kalite çalışması başlatmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamak amacıyla başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın ilk aşamasında performansa dayalı ek ödeme sistemi geliştirilmiş, 2005 yılında ikinci aşamada ise sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemini hayata geçirmek amacıyla "Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme" çalışması ile kalite boyutu eklenmiştir (HKS Klavuzu, 2011: v).

Ulusal kalite sisteminin temeli olarak ifade edilen Hizmet Kalite Standartları (HKS), Sağlık Bakanlığı "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" tarafından 2005 yılında başlatılan kalite çalışmaları doğrultusunda hazırlanmıştır (HKS Klavuzu, 2011: v). 2005 yılında 100 sorudan oluşan kalite ölçütleri sayısı 2007 yılı başında 150 soruya çıkarılmıştır. 2008 yapılan genel güncelleme neticesinde 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan "Hizmet Kalite Standartları" oluşturulmuştur. 2009 yılında da özel hastane ve üniversite

hastanelerine yönelik olarak “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanmıştır. Bu standartlar da toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşmaktadır (HKS Klavuzu, 2011: 3).

Burada yer alan Türkiye’ye özgü boyutlandırma sisteminde “kurumsal hizmet yönetimi”, “sağlık hizmeti yönetimi”, “destek hizmeti yönetimi” ve “indikatör yönetimi” başlıklı dört boyut ve bu dört boyut ile etkileşimde olan “hasta ve çalışan güvenliği” adında beşinci boyut tanımlanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kapsamında farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma yapılan Türkiye’deki 5 devlet hastanesinden biri de Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi’dir (HKS Klavuzu, 2011: 5). Bu durum hastanede elde edilen bilgilerin genelleştirilebileceği anlamını taşımaktadır.

Hem Türkiye’ye özgü olan hem de uluslararası çalışmaların sentezini bünyesinde barındıran “Hastane Hizmet Kalite Standartları”nın gelişime açık olduğu ve bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları doğrultusunda geliştirileceği ifade edilmektedir (HKS Klavuzu, 2011: 7).

“Kurumsal Hizmet Boyutu” içerisinde yer alan “Yönetim Hizmetleri” alt boyutu, tüm alt boyutlar incelendiğinde en fazla ağırlığı olan alt boyut olarak dikkat çekmektedir. Bu alt boyutta yer alan ve Tablo 2’de gösterilen 57. Madde hasta memnuniyet anketleri ile ilgili düzenlemeler içerirken, 59. Madde hasta ve yakınlarından görüş alınmasına ilişkindir (HKS Klavuzu, 2011: 19-41).

## 2.6. SAĞLIK HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ

Tarihsel açıdan bakıldığında Paris Loure Müzesi’nde bulunan Babil Kralı Hammurabi’ye ait metinde yer alan “*Doktor gözünde apse bulunan bir hastayı iyileştirirse on sikke, eğer hasta köleyse iki sikke alır, fakat apse açılırken neşterin körlüğünden hasta görme duyusunu kaybederse doktorun eli kesilir.*” ifadelerinin sağlıkta hizmet kalitesini vurgulayan ilk yazılı metin olduğu iddia edilmektedir (Yanık, 2000: 11). Sağlık hizmetleri kalitesi konusunda ilk çalışan doktor, ameliyat olan hastaları ortak komplikasyonlara göre takip eden Ernest Codman iken ilk hemşire, verileri yorumlamak için istatistiksel araçları kullanarak kanıta dayalı

hemşireliğin temelini atan Florence Nightingale'dir (Barzi, 2009: 31). Florence Nightingale Kırım Savaşı (1854-1856) süresince hastanelerde gıda sunumu, temizlik ve enfeksiyon kontrolünü başlatarak, ölüm oranını %43'ten %2'ye düşürmeyi başarmıştır (Yanık, 2000: 12).

**Tablo 2. HKS İlgili Maddeleri ve Alt Maddeleri**

<b>57</b>		<b>Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.</b>
	01	Hasta memnuniyeti anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.
	02	Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır.
	03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.
	04	Anket sonuçları değerlendirilmeli,
		Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı,
		Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.
<b>59</b>		<b>Hasta ve yakınlarının görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.</b>
	01	Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.  Görüşler internet üzerinden de bildirilebilmelidir.
	02	Hasta ve yakınlarının görüşleri değerlendirilmelidir.
		Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü, hasta hakları temsilcisi ve yönetimden bir kişi yer almalı,
		Görüşler her ay değerlendirilmeli,
		Gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.
		Gerektiğinde görüş bildiren hasta veya yakınına geri bildirimde bulunulmalıdır.

Kaynak: HKS Klavuzu

Sağlıkta kalite konusunda ana katkıları olan ve en çok bilinen kişi ise “sağlık bakımının bir sistem olduğunu fark eden ilk kişi” olarak ifade edilen Avedis Donabedian'dır. Sağlık kalitesinin bilim ve teknolojinin uygulamalarının bir ürünü olduğuna inanan Donabedian bu anlamda tıbbi tedavi kalitesini değerlendirmek için üç bileşenden oluşan bir çerçeve sunmuştur: Yapı, süreç ve çıktı (Barzi, 2009: 31).



Polsa vd. (2013: 58) ise çalışmasında sağlık kalitesi ile sağlık hizmet kalitesi terimleri arasındaki ayrıma dikkat çekerek sağlık kalitesinin yapılar, süreçler ve çıktılardan oluşurken, sağlık hizmet kalitesinin sağlık sunum süreci ile ilgili ve soyut olduğunu iddia etmektedir. Fitzsimmons ve Fitzsimmons (2001) ise sağlık hizmeti kalitesini içerik, süreç, yapı, çıktı ve etki olmak üzere beş açıdan değerlendirmişlerdir (Mirza, 2010: 46).

Ölçümün, bilimin temel faaliyeti olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda her bilim dalı kendi ölçüm prosedürleri kümesini geliştirmektedir (DeVellis, 2003: 2). Grönroos hizmet kalitesi ölçümü için herhangi bir ölçek geliştirmemiştir. Bunun nedeni olarak her durumun farklı olduğunu ve her durum için kısmen de olsa farklı ölçekler geliştirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Teknik ve işlevsel kalite ayrımının, iyi hizmet kalitesi ölçütlerinin duruma özel ölçek geliştirilmesi için yol gösterici olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca SERVQUAL'i de bir başlangıç noktası olarak önermektedir. (Grönroos, 2014)

Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve çok boyutluluğu sağlık kalitesini ortaya çıkarmak için gerçekleştirilen çalışmaları yöntembilimsel olarak zorlaştırmaktadır (Mosadeghrad, 2013: 206). Aagja ve Garg (2010: 63) bir sağlık sisteminde sadece doğum ve ölüm oranlarının ölçülmesinin tek taraflı bir değerlendirme olacağını ifade etmektedir. Grönroos'un teknik-işlevsel kalite ayrımı dikkate alındığında ise hastaların teknik kaliteyi ölçmelerinin zor olduğundan hareketle hastaların algılanan kalitesinin birincil belirleyicisi genellikle işlevsel kalitedir (Aagja ve Garg, 2010: 62). Rashid ve Jusoff (2009: 472) de sağlık protokolleri, hakemlik gibi teknik kalite değerlendirme teknikleri önerilmesine karşın bu bilgilerin genellikle hastalar tarafından erişilebilir veya anlaşılabilir bilgiler olmadığını; bu durumda çoğu hastanın bakım performansı (işlevsel) ile tedavi performansı (teknik) arasındaki farkı algılayamadıkları için hastanelerin hizmet kalitesinin nesnel kaliteden ziyade algılanan kaliteye bağlı olduğunu ifade etmektedir (Rashid ve Jusoff, 2009: 478; Miranda, 2010: 2137). Doktorlar da hastaların teknik hizmet kalitesini değerlendirmek konusunda yetersiz olduğunu ifade etmektedir. Uzmanlara göre bir hastanın %100 iyileşmesi mümkün olmayabilir ama hasta bunu bekleyebilir. Bazı hastalar yüksek kalitede olmayan bir bakımdan tatmin olabilir, diğer bir hasta yüksek kalite bir bakımdan tatmin olmayabilir (Mosadeghrad, 2013: 214).

Sağlıkta hizmet kalitesi ölçümünde SERVQUAL kullanımına ilişkin yazında iki farklı görüş bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar sağlık sektöründe SERVQUAL'in kullanılamayacağını savunmakta iken bazıları uygulanabileceğini iddia etmektedir (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 562). Babakus ve Mangold (1992: 767-786) SERVQUAL'in hastane ortamında uygunluğunu deneyen ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştiren araştırmacılarıdır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 44). Sağlık alanında SERVQUAL kullanan diğer çalışmalar ise Li (1997), Lam (1997), Lee vd. (2000), Lim ve Tang (2000), Andaleeb (2001), Bowers ve Kiefe (2002), Wisniewski ve Wisniewski (2005), Pakdil ve Harwood (2005), Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007), Lee ve Yom (2007) şeklinde sıralanabilir (Büyüközkan, Çiftçi ve Güleriyüz, 2011: 9409). Özel hastaneler için hazırlanan PRIVHEALTHQUAL (Ramsaran-Fowdar, 2008) ve kamu hastaneleri için hazırlanan PubHosQual (Aagja ve Garg ve Garg, 2010) ise sağlıkta kalite ölçümü için hastane bağlamında hazırlanan yeni araçlardır (Pai ve Chary, 2013: 330).

Lee (2013: 27) ise kalitenin sağlık alanındaki tartışmaların kalbinde durmaya devam edeceği için ne anlama geldiği ve nasıl ölçüleceğinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Kalite ölçme ihtiyacına rağmen, kalitenin sağlık alanındaki paydaşların her biri için farklı şeyler ifade etmesi nedeniyle bu konuda fikir birliğine varılmadığı da ifade edilmiştir. Lee vd. (2013: 28)'nin diğer bir tespiti de çoğu çalışmada tedavi sonucunda ölçüm yapıldığı; en çok acı çekilen tedavi öncesi ve tedavi süresince hastaların deneyimlerinin ihmal edildiği yönündedir. Lee vd. (2013: 29) ayrıca tedavinin başarısının sağlık profesyonelleri tarafından nesnel, hasta tarafından ise öznel olarak değerlendirileceğini ifade etmektedir zira hastaya yapılabilecek her şey yapılmasına rağmen hasta tam olarak iyileştirilemeyebilir ve hasta da bu yüzden kaliteyi düşük algılayabilir.

## **2.7. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ ALANINDA YAZIN TARAMASI**

Bu bölümde sağlıkta hizmet kalitesine ilişkin yazında yer alan yayınların özet bilgilerine yer verilecektir. Öncelikle uluslararası anlamda gerçekleştirilen çalışmalar

tarihsel olarak geçmişten günümüze incelenecek, sonrasında ulusal anlamda yapılan çalışmalara yer verilecektir.

### 2.7.1. Uluslararası Çalışmalar

Teng (2007)'in yazında ilk kez hastane hizmetleri için özel bir hizmet kalitesi ölçeği geliştiren araştırmacı olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışma kapsamında Taiwan'da bir hastanede oranlı tabakalı rassal örneklem yoluyla seçilen 271 hastaya kesitsel anket uygulanmıştır. Hastane çalışanları veri toplama sürecine katılmamış; anketler işletme öğrencileri tarafından gönüllü kişilere uygulanmıştır. Genel cerrahi, ortopedi, üroloji, rektal cerrahi, travma cerrahi ve kozmetik cerrahi alanlarında gerçekleştirilen bu çalışma kapsamında yazın taraması, hastalarla, sağlık uzmanlarıyla ve deneyimli tedavi sunucularla yapılan görüşmeler sonucunda 42 madde olarak tasarlanmıştır. Ölçek geliştirme sürecinde bu sayı 6 faktör altında 29 maddeye indirgenmiştir. Toplam varyansın %57,3'ünü açıklayan bu faktörler: ihtiyaç yönetimi, güvence, sağlık koşulları, bireyselleştirme, uygunluk, sessizlik ve ilgi olarak elde edilmiştir. İçerik geçerliliği beş uzman tarafından değerlendirilen ölçeğin içerik geçerlilik indeksi 0,964'tür. Tüm Cronbach- $\alpha$  değerlerinin 0.642'in üzerinde olduğu ve tüm faktör yüklerinin 0.5'in üzerinde olduğu kaydedilmiştir. Eşzamanlı geçerlilik korelasyonu da 0.583 olarak raporlanmıştır (Teng, 2007: 475).

Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007) sağlık alanında hizmet kalitesi boyutlarını 27 çalışma üzerinden taramıştır. Çalışma sonucunda ölçek güvenilirliği için en çok Cronbach alfa kullanılırken; içerik, kriter ve yapısal geçerlilik ölçümünde çalışmalar arasında değişkenliklerin mevcut olduğunu tespit etmiştir (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 123).

Ladhari (2008) çalışmasında SERVQUAL'den başka alternatif endüstriye özel ölçek geliştirmek için anahtar kavramsal ve deneysel konuları tanımlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla Science Direct and ABI Inform veritabanlarında yer alan 30 çalışma üzerinde bir yazın taraması gerçekleştirmiştir. Bu çalışmalar üzerinde detaylı bir şekilde derinlemesine içerik analizi yapılmıştır. Çalışma sonucunda alternatif hizmet kalitesi ölçeklerinin eksiklikleri tanımlanmış ve gelecekte hazırlanacak ölçekler için yapıcı öneriler sunulmuştur. SERVQUAL haricinde çok

sayıda hizmet kalitesi modeli üzerinde çalışan ilk çalışmadır. Çalışmanın sonucunda alternatif hizmet kalitesi ölçeklerinin eksikliklerinden hareketle gelecekte geliştirilecek ölçekler için yapıcı eleştiriler sunulmaktadır.

Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008) çalışmasında sağlık sektöründe hasta tarafından algılanan toplam hizmet kalitesinin boyutlarını tanımlamayı ve bu boyutların hasta tatmini üzerindeki etkilerini çoklu regresyon analizi kullanarak incelemeyi amaçlamıştır. Bu amaçla hizmet kalitesi alanında detaylı bir yazın taraması ve pilot anket sonuçlarına dayanarak 86 soruluk bir anket geliştirmiştir. Anket son 6 ay içinde Hindistan'daki farklı özel ve devlet hastanelerinde yatarak tedavi gören 300 hastaya gönderilmiştir. 100 yanıt alınarak gerçekleştirilen analiz sonucunda 7 hizmet kalitesi boyutu ve hasta tatmini arasında pozitif ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen aracın sunulan sağlık kalitesi düzeyi hakkında geribildirim almak noktasında kullanılabileceği ifade edilmiştir (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 567,576).

Ramsaran Fowdar (2008) özel hastaların hizmet kalitesi algı ve beklentilerini SERVQUAL anketi ile ölçmekle işe başlamıştır. 750 anketin %34'ü yanıtlanmış; faktör ve güvenilirlik analizi sonucunda PRIVHEALTHQUAL adlı yeni bir hizmet kalitesi anketi ortaya çıkmıştır.

Rashid ve Jusoff (2009) sağlık alanında hizmet kalitesi kavramını tanımlamak üzere yola çıktıkları çalışma kapsamında tüketicilerin sağlık kalitesini nasıl değerlendirdiklerini daha iyi anlamak adına teknik ve işlevsel yönlerini ele almışlardır. Çalışmada ayrıca sağlık hizmet kalitesi boyutları ve sağlık hizmet kalitesi problemlerine de yer verilmiştir. Çalışma sonucunda sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerine kıyasla yüksek oranda risk içermesinden dolayı çok karmaşık bir yapı olduğu sonucuna varmıştır.

Raposo vd. (2009) ise Portekiz'de 4 adet birinci derece sağlık kuruluşunda hasta tatminini analiz ettiği çalışmada aynı zamanda sağlık kalitesi boyutlarından hangisinin hasta tatminini en fazla etkilediğini açıklamaya çalışmıştır. 2007 yılında 414 hastadan elde edilen verilere dayanarak Partial Least Squares (PLS) ile önerilen model değerlendirilmiştir. Hasta tatmini düzeyi 1-100 arasında 60.887 olarak elde edilmiştir. Hasta tatmin düzeyini en çok etkileyen hizmet kalitesi boyutları: hasta/doktor ilişkisi, tesis kalitesi ve idari çalışanlarla etkileşim olarak tespit

edilmiştir (Raposo vd., 2009: 85). Algılanan kaliteyi ölçmek için SERVQUAL'e dayanan bir ölçek ve hem teknik hem işlevsel kaliteyi kapsayan boyutlar seçilmiştir (Raposo vd., 2009: 91).

Aagja ve Garg ve Garg (2010) Hindistan'da hastaların bakış açısından kamu hastanelerindeki algılanan hizmet kalitesini ölçmek amacıyla bir ölçek geliştirmeyi hedefledikleri çalışma kapsamında standart ölçek geliştirme sürecini izlemişlerdir. Öncelikle yazın taraması gerçekleştirdikten sonra iki ardıştırmalı Delphi tekniğini kullanmışlardır. Uzmanlarla ve müşteriler ile gerçekleştirilen mülakatlar sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirdiklerini ifade eden yazarlar, beş boyutlu PubHosqual ölçeğini geliştirmişlerdir. Bu beş boyut: giriş işlemleri, tıbbi hizmet, toplam hizmet, taburcu süreci ve sosyal sorumluluk. Yazarlar kamu hastanelerinde hizmet kalitesi ölçümü için yapılan çalışmalarda SERVQUAL gibi genel ölçekler kullanıldığını ya da dengeli olmayan faktör yapılarının kullanıldığını, bu anlamda da alanda bir boşluk olduğunu ifade etmektedirler (Aagja ve Garg ve Garg, 2010: 60).

Chahal ve Kumari (2010) çalışmasına hizmet kalitesi, tatmin, bağlılık ve imajı ölçmek için uygun bir araç olmamasından yola çıkarak Brady ve Cronin (2001)'in "Hiyerarşik Hizmet Kalitesi Modeli"nin ana boyutlarının altında yer alan alt boyutlarda değişiklik yaparak daha kapsamlı yeni bir model önermiştir. Çalışma sonucunda Hindistan sağlık hizmetleri için hizmet kalitesi ölçeği (HCSQ) geliştirilmiştir. Bu anlamda iki model incelenmiştir. İlk modelde hizmet kalitesi boyutlarının imaj üzerindeki doğrudan etkileri ölçülmüştür. Söz konusu hizmet kalitesi boyutları fiziksel çevre kalitesi (çevresel koşullar, sosyal faktör ve somut varlıklar), etkileşim kalitesi (tutum ve davranış, uzmanlık ve süreç kalitesi) ve çıktı kalitesidir (bekleme süresi, hasta tatmini ve bağlılık). İkinci modelde ise fiziksel çevre ve etkileşim kalitesinin çıktı kalitesi üzerinden hizmet kalitesi üzerindeki dolaylı etkisi incelenmiştir. Kuzey Hindistan'da yer alan bir devlet hastanesinde dâhiliye, cerrahi, çocuk hastalıkları, ortopedi ve kadın doğum olmak üzere 5 dalda 400 yatan hastadan tabakalı örneklem ile veriler toplanmıştır. Çalışma sonucunda her iki model desteklenmiş ve fiziksel çevre, etkileşim kalitesi ve çıktı kalitesinin hizmet kalitesi üzerindeki etkisi ve bunların nihai etkilerinin imaj üzerinde önemli etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Chahal ve Kumari, 2010: 245). Doğrudan ve dolaylı etkilere ilişkin hipotezleri test etmek için yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır (Chahal ve Kumari, 2010: 230-231).

Miranda (2010) çalışmasında SERVQUAL'den hareketle uyarlanan HEALTHQUAL ölçeğinin hastalar ve yöneticilerin sağlık hizmet kalitesi algılamalarını değerlendirmekteki yararlılığını araştırmıştır. Bu çalışma yazını iki yönde geliştirmektedir. Öncelikle birincil sağlık hizmet kalitesi ölçümünde ortalama değerler yerine ağırlıklandırılmış faktör yüklerine dayanan genel bir çerçeve sunmaktadır. İkinci olarak Avrupa bağlamında sağlık merkezlerinde SERVQUAL'i eş zamanlı olarak hem hastalar hem yöneticiler açısından inceleyen ilk çalışma olduğu iddia edilmektedir (Miranda, 2010: 2138). Miranda vd. (2010) Lewis'in daha önce müşteri algıları ve yöneticiler arasındaki farklılıktan hareketle tanımladığı 6. Boşluğu ilk kez sağlıkta kullanmışlardır. Ayrıca ilk kez eş zamanlı olarak hem kullanıcılar hem de yönetici algıları için içine katılmıştır (Miranda ve ark. 2010: 2137). Faktör analizi ve çoklu regresyon kullanılarak hizmet kalitesi boyutları ile hasta tatmini arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Miranda, 2010: 2137). Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda HEALTHQUAL aracının sağlık yöneticileri tarafından işlevsel kalite ölçümünde kullanılabilmesi ifade edilmiştir (Miranda, 2010: 2146). Sonuçta yönetici ve hasta bakış açısında farklılık olduğu tespit edilmiştir. Özellikle, neredeyse tüm hizmet kalitesi boyutlarında yöneticiler algılanan kaliteyi daha fazla düzeyde tahmin ettikleri ortaya konmuştur. Bu çalışmada yer alan SERVQUAL'in sağlığa ilk uygulanan çalışma olduğu iddiası ise tartışmalıdır (Miranda, 2010: 2148).

Kennedy, Caselli ve Berry (2011), Mayo Clinic Arizona'da hizmeti geliştirmek ve uzun vadeli değer oluşturmak için veri yönelimli ve kapsamlı bir model geliştirerek diğer uygulayıcılar için yol gösterici olmayı hedeflemişlerdir. 100 yıldan fazla süredir hasta odaklı bakıma odaklanan ve “*Hasta ihtiyaçları ilk önce gelir.*” sloganı ile yüksek kalitede hizmet sunan hastanede 50 soruluk telefon anketi uygulamışlardır.

Chakravarty (2011) de çalışmasında tüketici beklentileri ile algıları arasındaki hizmet boşluğunu belirlemek için hastanenin polikliniklerinde gerçekleştirilen çalışmada SERVQUAL ölçeğinde yer alan 22 soru kullanılmış, hizmet kalite boşlukları tanımlanarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. 5 boyuttan “somut varlıklar” ve “tepkisellik” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı boşluk tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu boşluklara odaklanan iyileştirme çabalarının gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Chakravarty, 2011: 221).

Baghci (2012)'nin çalışması sağlık kalitesi algılamalarında kültürel farklılıklar olduğunu ortaya koyması açısından diğerlerinden farklıdır. Araştırmacı Afrika kökenli Amerikalılar, Asya kökenli Hindistanlılar, Latin Amerikalılar ve beyazlardan oluşan 8 odak grup ile çalışmasını gerçekleştirmiştir. İlk 45 dakikalık dilimde videoda gösterilen bir hizmet ile ilgili kaliteyi değerlendiren katılımcılar ikinci 45 dakikalık dilimde ise “sağlık kalitesi” kavramını tartışmışlardır. Çalışma sonucunda etnik azınlıklardan oluşan grupların beyazlardan daha bütüncül yaklaştığını ve bu nedenle “The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems” (CAHPS) gibi kaliteyi ölçmeye yönelik hazırlanan anketlerin bu durumda yeterli hassasiyette olmadığı sonucuna varılmıştır. Morales ve arkadaşları da mevcut çoğu tüketici anketinin çalışan, sigortalı, kültürlü, İngilizce bilen, iyi eğitilmiş ve orta-üst düzey sosyo ekonomik durumdaki hedef kitle için hazırlandığını ancak araştırmaların medeni durum, sosyo ekonomik durum ve kültürel geçmişin sağlık kalitesi algılamalarında etkili olduğunu gösterdiğini ifade etmektedir (Baghci, 2012: 175). Kalite algılamalarında ırka bağlı farklılıkların olduğu gösterilmiştir. Baghci (2012) daha önce bu konuda yapılan çalışmaların ikincil verilerle yapıldığından ve bu durumu açıklayamamalarından dolayı nitel analiz kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada aynı sonuca ulaşmışlardır. Bu çalışma ayrıca beyazlar ile etnik azınlıklar arası kültürel farklılıklarından etkisini göstermiştir. Mevcut CAHPS anketinin ise kültürel duyarlılığının ve yeterliliğinin olmadığı iddia edilmiştir (Baghci, 2012: 181).

Kumaraswamy (2012), Sharma ve Chahal ve Kumari (2003) ve Chahal ve Kumari ve Sharma (2004)'nin çalışmalarından hareketle iki özel ve iki kamu hastanesinde gerçekleştirdiği çalışmada Hindistan'da 200 hastaya SERVPERF anketi uygulamıştır. Çalışma sonucunda önemli hizmet kalitesi bileşenleri doktorların davranışları, destek personeli ve atmosfer ve işlemsel performans olarak tespit edilmiştir. Hizmet kalitesi algılamalarının hastanenin genel performans algılamalarında pozitif ve anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Özel ve kamu hastaneleri arasında ayırıcı hizmet kalitesi faktörleri atmosfer ve destek personeli olarak belirlenmiştir (Kumaraswamy, 2012: 141).

Miranda (2012), birinci derece sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ölçümü için SERVQUAL'e yapılan eleştirileri göz önünde bulundurarak modifiye edilmiş bir yaklaşım önermiştir. Bu çalışma ile SERVQUAL'den türetilen HEALTHQUAL

(Miranda, 2010) kullanılarak hem hastaların hem de sağlık merkezi yoneticilerinin hizmet kalitesi algilamalarını ölçmek için İspanya'da uygulama gerçekteştirilerek ilgili yazın iki anlamda genişletilmektedir. Öncelikle kavramsal temelleri SERVQUAL'e dayanan birincil sağlık hizmeti için genel bir çerçeve sunulmaktadır. Ayrıca ilk kez Avrupa'da eşzamanlı olarak kullanıcılara ve sağlık merkezi yoneticilerine algilamaları ile ilgili PLS uygulanmıştır (Miranda, 2012: 387).

Murti, Deshpande ve Sristava (2013) çalışmasında hizmet kalitesi, hasta tatmini ve sağlık hizmetleri ile ilişkili davranışsal niyet kavramları altında yatan faktörleri tanımlamayı ve bu kavramları ölçen kapsamlı bir araç geliştirerek bu kavramlar arasındaki ilişkiyi analiz etmeyi amaçlamışlardır. Bu analiz neticesinde de hizmet kalitesinin hasta tatmini ve sağlık hizmetleri ile ilişkili davranışsal niyet üzerindeki etkisini değerlendirmeyi; sonuç olarak da özel hastanelerin hizmet kalitelerini arttırmaları için ölçümler önermeyi hedeflemişlerdir. Hindistan'da gerçekteştirilen araştırmada önerilen ilişkileri incelemek için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda hizmet kalitesinin davranışsal niyet üzerinde doğrudan etkisi olduğu, ayrıca müşteri tatminin davranışsal niyetleri etkileme noktasında aracı rolü olduğu tespit edilmiştir (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 549).

Pantouvakis ve Mpogiatzidis (2013) gerçekteştirmiş olduğu araştırmada Yunan kamu sağlık sistemi bağlamında hastane bakım hizmetlerinde klinik liderlerin algılarını incelemek üzere bir anket gerçekteştirmiştir. Ayrıca içsel hizmet kalitesi karakteristikleri ve öğrenen örgüt boyutlarının iş tatmini üzerindeki etkisini tanımlamayı da amaçlamışlardır. 15 farklı hastanede bölüm şefi olarak görev yapan 123 doktordan oluşan amaçlı örneklem ile gerçekteştirilen anket sonuçları üzerinde açıklayıcı faktör analizi ve çoklu doğrusal regresyon uygulanmıştır. Araştırma sonuçları etkileşimsel içsel hizmet kalitesi karakteristiklerinin ve güçlendirme ve sürekli öğrenme şeklindeki öğrenen örgüt boyutlarının iş tatmini üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir (Pantouvakis ve Mpogiatzidis, 2013: 34).

Rocha vd. (2013) SERVQUAL ölçeğini Brezilya-Portekiz diline çevirmeyi ve kültürel olarak uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini incelemeyi hedeflemiştir. Kesitsel ve gözlemsel çalışmasında Brezilya'daki kamu üniversite hastanesinde gerçekteştirdiği çalışmada 116 operasyon geçiren hastaya anket uygulanmıştır. Sonuç



olarak kültürel olarak uyarlanmış ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (Rocha vd., 2013: 1).

Öğrenci polikliniğinde öğrencilerin hizmet kalitesinden tatmin olma durumunu inceleyen çalışmada Senic ve Marinkovic (2013); özellikle kişisel ilişkilerin, dakiklik ve somutluğun öğrenci tatmini üzerindeki etkisini incelemiş ve 152 anket sonucunda bu üç faktörün anlamlı etkilere sahip olduğu sonucuna varmıştır. En güçlü bileşenin kişisel ilişkiler olduğu tespitinden hareketle doktorların hastalarına daha fazla vakit ayırmaları gerektiği önerisinde bulunmaktadır (Senic ve Marinkovic, 2013: 312).

Polsa vd. (2013) çalışmasında az çalışılan konulardan biri olan sağlık hizmet kalitesi üzerinde kültürün etkisini araştırmıştır. Çin’de 96 hastaya anket uygulayarak verileri PLS ile analiz etmiş; diğer bağlamlardaki benzer araştırmalarla benzer şekilde çalışma hizmet kalitesi algısı ile güç mesafesi arasında güçlü bir ilişki tespit etmiştir (Polsa vd. , 2013: 55). Çalışma sonucunda algılanan hizmet kalitesini belirleyen en güçlü faktörün güç mesafesi olduğu bulunmuş; ancak bu çalışmada Hofstede (1980)’nin çalışmasından farklı olarak Çin’deki güç mesafesi düzeyi yüksek yerine orta olarak tespit edilmiş; farklı sektör ve farklı zamanın bu durumda etkili olabileceği ifade edilmiştir (Polsa vd. , 2013-63: 66).

Akter, D’Ambra ve Ray vd. (2013) çalışmalarında mobil sağlık alanında hizmet kalitesi ölçümü için geçerli bir ölçek geliştirmiştir. Bangladeş’te gerçekleştirilen uygulamada, odak grup toplantıları ve derinlemesine mülakatlar sonucunda gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda hizmet kalitesinin hiyerarşik, çok boyutlu ve yansıtıcı bir yapı olduğunu ortaya koymuşlardır (Akter, D’Ambra ve Ray vd., 2013: 181).

Mosadeghrad (2013) ise çalışmasında İran’ın İsfahan kentinde 384 hasta, 266 hizmet sunucu, 10 yönetici, 10 politikacı, 10 ödeme yapan kurum, 10 tedarikçi ve 10 akreditasyon panel üyesi ile bireysel ve odak grup görüşmeleri gerçekleştirmiştir. Çalışma kapsamında katılımcılara sağlık kalitesi tanımı ve yüksek kalite sağlık hizmetlerinin özellikleri sorulmuştur. Amaçlı örneklem ile 9 paydaş ile gerçekleştirilen mülakatlar kaydedilerek NVivo aracılığıyla içerik analizi gerçekleştirilmiştir (Mosadeghrad, 2013: 206-208). Sonuç olarak sağlık sektöründeki paydaşlar tarafından tanımlanan hizmet kalitesinde 8 kalite doğrusu tanımlanmıştır:

Doğru sonuçlara ulaşmak için, doğru hizmetin, doğru bir şekilde, doğru insana, doğru yerde ve doğru zamanda doğru insan tarafından doğru fiyata sunulması (Mosadeghrad, 2013: 214). Ayrıca her paydaş grubunun farklı açılara yoğunlaştığı da ulaşılan diğer bir sonuçtur (Mosadeghrad, 2013: 215).

Pai ve Chary (2013) hastane hizmet kalitesi boyutlarını araştırdıkları eleştirel tarama makalelerinde küresel çalışmalardaki hasta bakış açısını ele almışlardır. Ebsco, Emerald Insight ve ABI/Inform veri tabanları üzerinden 47 çalışma ile gerçekleştirdikleri çalışmada genellikle hizmet kalitesinin ölçme amaçlı anket geliştirmek amacıyla çalışıldığı sonucuna varılmıştır.

Akhade, Jaju ve Lakhe (2013) değişik ülkelerde sağlık sektöründe hizmet kalitesi konusunda gerçekleştirilmiş 10 araştırma üzerinden gerçekleştirdikleri eleştirel yazın taraması sonucunda, Hindistan bağlamında sağlıkta hizmet kalitesinin belirleyicilerinin belirlenmesi ve bir hizmet kalitesi modeli geliştirilmesi gerekliliğini ifade etmektedir.

Lee vd. (2013: 29) çalışmasında hasta deneyimini tedavinin üç aşaması (tedavi öncesi-tedavi sırası-tedavi sonrası) aracılığı ile ölçmek yoluyla sağlıkta kalite anlamında yeni bir yol önermiş ve Subjective Well Being (SWB) adlı küresel bir ölçü tanımlamıştır.

Voon ve ark. (2014) hastaneler için hizmet mükemmelliği kültürü boyutlarını tanımlamak ve ölçüm aracı geliştirmek amacıyla gerçekleştirdikleri deneysel anket araştırması sonucunda HospiSE adlı ölçeği geliştirmişlerdir. Bu anlamda yazın taraması ile birlikte odak grup görüşmeleri gerçekleştirildikten sonra 21 maddeden oluşan çok boyutlu yapılandırılmış bir anket geliştirilmiştir. Çalışan yönelimi, hasta yönelimi ve rakip hastaneler için hizmet mükemmelliği kültürü boyutlarını tanımlamak ve ölçüm aracı geliştirmek amacıyla gerçekleştirdikleri deneysel anket araştırmasında nitel ve nicel yaklaşımı birlikte benimsemişlerdir. Araştırma sonucunda oluşturulan anket Malezya'da bulunan özel ve kamu hastanelerindeki çalışanlara uygulanmıştır. Sonuç olarak elde edilen 1558 ankete güvenilirlik ve geçerlilik anlamında açıklayıcı ve doğrulamayı faktör analizi uygulanmıştır. 21 maddeden oluşan çok düzeyli ölçekte 3 boyut tespit edilmiştir: çalışan, hasta ve rakip yönelimi.

İncelenen bu çalışmalar haricinde yazında sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen önceki yıllara ait diğer çalışmalar da izleyen şekilde gruplandırılabilir (Ayhan, 2009: 64-66, Kayral, 2012: 63-74):

- SERVQUAL kullanan çalışmalar: Camilleri ve O'Callaghan (1998), Headley ve Miller (1993), Lam (1997), Pakdil ve Harwoord (2005).
- SERVQUAL'i uyarlayarak uygulayan çalışmalar: Mowen vd., (1993), Lu ve Liu (2000), Lim ve Tang (2000), Andaleeb (2000)
- Yeni ölçek: Tomes ve Ng (1995), Clemes vd. (2001), Carman (2000), Juwaheer ve Kassean (2006)
- Kritik Olaylar Yöntemi: Nyquist ve Booms (1987)
- Deneysel: Mowen, Licata ve McPhail (1993)

Pai ve Chary (2013: 323) yazın taramasının sonucunda çalışmaların genel olarak değerlendirildiğinde %49'unun SERVQUAL'in modifiye veya uyarlanması olduğu sonucuna varmıştır. Pai ve Chary (2013: 330) çalışmalarını amaçlarına göre ise 5 grupta sınıflandırmıştır:

- Kamu-özel hastane karşılaştırması: Angelopoulou vd. (1998), Arasli vd. (2008), Camilleri ve O'Callaghan (1998), Jabnoun ve Chakar (2003), Mostafa (2005), Taner ve Antony (2006).
- SERVQUAL'in hastane ortamında uygulanabilirliği: Babakas ve Mangold (1992), Fuentes (1999), Kilbourne vd. (2004), Lam (1997), Lee (2005).
- Hizmet kalitesi boyutlarının belirlenmesi ve hastanelerde hizmet kalitesi düzeyinin belirlenmesi: Lim ve Tang (2000), Sohail (2003), Tomes ve Ng (1995).
- Hastane hizmet kalitesi ölçeği geliştirilmesi: Aagja ve Garg ve Garg (2010), Shemwell ve Yavas (1999), Sower vd. (2001), Vandamme ve Leunis (1993).
- Hizmet kalitesi boyutları ile hasta tatmini ilişkisini araştıran çalışmalar: Amira (2008), Choi vd. (2005), Raposo vd. (2009).

Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 551-556) 'in sağlık sektöründe hizmet kalitesi yazın taramasında yer verdiği çalışmalar ise daha çok doğu ülkelerinde gerçekleştirilen çalışmalardır:

- Tayland (Hasin vd., 2001, Wu vd., 2007, Lin vd., 2007)
- Burkina Faso (Baltussen vd., 2002)

- Malezya (Sohail, 2003, Manaf ve Nooi, 2009)
- Hindistan (Rohini ve Mahadevappa, 2006, Rao vd., 2006, Das ve Hammer, 2006, Padma vd. 2009; Aagja ve Garg ve Garg, 2010; Sharma ve Narang, 2011)
- Pakistan (Shabbir vd., 2010)

### 2.7.2. Türkiye’de Gerçekleştirilen Çalışmalar

YÖK veri tabanında yapılan araştırma sonucunda sağlıkta hizmet kalitesi konusunda gerçekleştirilen ilk çalışmanın Cihangiroğlu (1996) tarafından yazılan “Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi’nde yatarak tedavi olan hastalara verilen sağlık bakım hizmet kalitesi ve hasta tatmininin incelenmesi” adlı yüksek lisans tezi olduğu tespit edilmiştir. Ancak Aliyev (2005) tarafından hazırlanan “Bakü Merkez Askeri Hastanesi'nde Yatarak Tedavi Gören Hastalara Sunulan Sağlık Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi” başlıklı doktora tezi ile birlikte iki tez GATA/Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde gerçekleştirilmiş olduğu için söz konusu tezlere erişilememiştir.

Gülmez (2005) sağlık hizmetinde kaliteye ve memnuniyet ölçümüne değindiği çalışmasında Cumhuriyet Üniversitesi’nde ayakta tedavi gören hastalara yönelik bir uygulama gerçekleştirmiştir. Gülmez (2005), hastaların hastaneden aldıkları sağlık hizmetleri ile başkalarına tavsiye etme ve yeniden bu hastanenin tercih edilmesi arasındaki ilişkileri test ettiği çalışmasında hipotezlerin çözümünde Ki-Kare testi uygulamıştır. Bu çalışmada 396 poliklinik hastasına yüz yüze anket yöntemi ile 5’li Likert ölçeğinde anket uygulanmıştır (Gülmez, 2005: 147-153).

Yağcı (2006) polikliniklerde gerçekleştirmiş olduğu çalışma ile hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinde hastane türleri açısından bir farklılık olup olmadığını incelemiştir. Bu çalışma kapsamında hastanelerde verilen poliklinik hizmetlerinde algılanan kalite unsurunun boyutlarını ortaya çıkarmakta ve bu boyutların hastane türlerine göre (devlet, özel ve üniversite) genel hasta memnuniyetleri ile olan ilişkileri incelenmektedir. Poliklinik hizmeti alan 225 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada hastaların hizmet kalitesi algıları, geliştirilen dört boyut (muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması-tetkik hizmetleri ve genel görünüm) ile ölçülmüştür. Çalışmada faktör analizi,

varyans analizi (ANOVA) ve regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Devlet hastanelerinde muayene öncesi hizmetler ve genel görünüm düzeyinin, özel hastanelerde belirlenen bütün boyutların, üniversite hastanelerinde ise hekimlik hizmetlerinin düzeyinin, kişisel ihtiyaçları karşılama ve tetkik hizmetlerinin ve fiziksel görünüm düzeyinin hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilemesi çalışmanın ulaştığı sonuçtur (Yağcı, 2006: 218). Ayrıca bu çalışmada Türkiye’de yapılan hastane hizmetlerinde kalite algıları ve hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalarda kullanılan ölçeklerin hizmetin alındığı süreci kapsamadığı tespit edilerek hastane hizmetlerinde kalite boyutları, genel hizmet kalitesi ölçekleriyle uyumlu ancak hizmetin alındığı süreci ve hizmetin niteliğini göz önüne alan bir ölçekle belirlenmeye çalışılmıştır (Yağcı, 2006: 222).

Öziç tarafından 2007 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme bölümünde hazırlanan yüksek lisans tezi kapsamında SERVQUAL ölçeği modifiye edilerek uygulanmıştır. Bu uyarılama sonucunda beş boyut bilgi ve nezaket, görüntü, hassasiyet ve güvenilirlik, bakım ve bireysel ilgi, gönüllülük şeklinde oluşturulmuştur. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi’nde gerçekleştirilen uygulamada söz konusu anket 113 kişiye (ameliyat sonrası yatan hastalar ya da ağır durumda cevap veremeyenlerin refakatçilerine) yüz yüze uygulanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,82 olarak elde edilmiştir.

Taş (2009) çalışmasında İstanbul ilinde özel bir göz hastanesinin poliklinik bölümünde hizmet almış 270 hastaya SERVQUAL anketini uygulayarak algılanan memnuniyet düzeyini ölçmeyi amaçlamıştır.

Ayhan (2009) ise anket uygulamasını özel hastanelerin poliklinik hizmetleri, klinik laboratuvar ve radyoloji laboratuvarı birimlerinde yöneticiler, temas personeli, destek personeli, hasta ve hasta yakınlarına uygulamıştır. Araştırma kapsamında geliştirilen modelde beş farklı iç aralık tanımlanmıştır. Bunlardan biri de müşterilerin algılarını ölçmeye yönelik olarak SERVQUAL’den hareketle hazırlanan 24 soruluk anket ile ölçülmüştür.

Eldem (2009) Eskişehir’deki bir sağlık kuruluşunun iç hastalıkları polikliniği hastalarının hizmet kalite algılamalarını SERVQUAL anketi ile belirlemiştir. İstatistiksel analiz yöntemi olarak AFA ve regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Rastlantısal örnekleme ile 350 hastaya öğrenciler tarafından gerçekleştirilen anket

sonucunda algılanan hizmet kalitesi en yüksek fiziki görünüm boyutunda, en düşük sorumluluk boyutunda tespit edilmiştir. Ayrıca AHP kullanılarak en önemli boyutun belirlenmesi yoluna gidilmiştir. En önemli boyutun güvenilirlik olduğu tespit edilmiştir.

Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin sunduğu hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığını belirlemek amacıyla yola çıkan Mirza (2010), SERVQUAL ölçeğini 2–25 Kasım 2009 tarihleri arasında tanı, teşhis, tedavi ve doğum amaçlı olarak hastanede bulunan hastalar arasından basit tesadüfî örneklem yöntemiyle 250 hasta, hasta yakını, refakatçi ve 94 çalışana yüzyüze görüşme yolu ile uygulamıştır. Doğum hastanesi olması nedeniyle kadın ağırlıklı bir örnekleme uygulanan anket sonucunda hem hastane çalışanları hem de hastalar açısından en önemli boyut “güvenilirlik” olarak ortaya konmuştur.

Özalbant (2010) gerçekleştirmiş olduğu araştırma ile ayakta ve yatarak tedavi gören hastalara sunulan sağlık hizmet kalitesi algılamalarını ölçmeye yönelik bir model geliştirmek amacıyla özel bir hastanede 230 hastaya SERVQUAL'den yola çıkarak oluşturduğu anketini uygulamıştır. Araştırmacı çocuk hastaların refakatçilerini de araştırmaya dâhil etmiştir. Bu araştırmada SERVQUAL'de yer alan beş boyuta bilgilendirme ve ücret boyutları da eklenerek yedi boyutlu bir yapı modellenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin sadece güvenilirliği alfa katsayısı ile değerlendirilmiş olup, ölçek geçerliliğine ilişkin istatistiksel analizler gerçekleştirilmemiştir. Araştırma sonuçları en yüksek hizmet kalitesinin güvenilirlik, en düşük hizmet kalitesinin ise ücret boyutunda olduğunu göstermektedir. Önem dereceleri açısından bakıldığında ise güven boyutunun en önemli boyut olarak algılandığını göstermektedir.

Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz vd. (2011: 9407) hizmet kalitesi değerlendirmesinde bulanık AHP kullanımına yönelik geliştirmiş oldukları yöntemi, Türkiye'de sağlık sektöründe bir vaka çalışması ile açıklamışlardır. Bu çalışmada sağlıkta hizmet kalitesinin ana faktörlerinin belirlenmesi ve bu faktörler kullanarak hastane performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hizmet kalitesi değerlendirmesi değerlendiren kişilerin bakış açılarına bağlı olduğu ve dilsel değişkenler olduğu için belirsiz ve bulanık bir çerçevede değerlendirilmektedir. Bu çalışmada beş uzman doktordan (dermatolog, genel cerrah, göz doktoru ve kadın

doğum doktoru) alınan veriler ile dört hastane hizmet kalitesi açısından değerlendirilmiştir.

Değer (2012), yüksek lisans tezinde Tan ve Pawitra (2001)'nin Kano Modeli ile SERVQUAL modelini bütünleştirip, Kalite Fonksiyon Yayılımına uyarladıkları ve turizm sektöründe yapmış oldukları çalışmayı, sağlık sektöründe bir devlet hastanesinde uygulamışlardır. SERVQUAL Modelini modifiye ederek 29 soruluk ile işletmenin beklenen ve algılanan hizmet puanları hesaplanmış, Kano Modeli çalışmaya dâhil edilerek müşteri isteklerinin hangi sıra ile karşılanması gerektiği bulunmuş, daha sonra da bu veriler kullanılarak Kalite Fonksiyon Yayılımı yöntemi ile Kalite Evine yerleştirilmiştir. Çalışma, İzmir ilinde faaliyet gösteren bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmiş ve basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak hastaneden hizmet alan/ daha önce hizmet almış olan 500 hasta ve hasta yakınına yüz yüze anket uygulanmıştır.

Haberal (2012)'ın Ankara'da 2011 yılında yatarak tedavisi yapılan ve aynı zamanda yanında refakatçisi bulunan hastalar üzerinde gerçekleştirdiği tez çalışmasında RAND Corporation tarafından geliştirilen hasta tatmin ölçeğinin üçüncü sürümü olan "Patient Satisfaction Questionnaire-PSQ-III" adlı anketin uzun şekli kullanılmıştır. Hasta ve refakatçilerine taburcu kararlarının alınmasından sonra uygulanan anket hastalara hasta odasında, refakatçılara hasta hakları ofisindeki uygun bir odada halkla ilişkiler görevlileri tarafından yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmıştır. Araştırma sonucunda hasta ve refakatçilerin hizmet boyutları ile ilgili değerlendirmelerinde sadece iletişim boyutunda %95 güven seviyesinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sonuç olarak Esatoğlu (1997)'nin araştırmasında ortaya çıkan faktör yapısıyla önemli benzerlikler taşıyan bir faktör yapısına ulaşılmıştır. Yapısal Eşitlik Modeli sonrasında, kişiler arası ilişkiler ve doktorların ayırdığı zaman faktörünün, finansman faktörünün ve teknik kalite faktörünün hastaların tatmin düzeyini anlamlı biçimde etkilediği bilgisi elde edilmiştir.

Kayral (2012)'ın hizmet pazarlaması yerine üretim yönetimi bakış açısıyla gerçekleştirdiği çalışma ile kamu, özel ve üniversite hastanelerinde uygulanan anketler sonucunda elde edilen veriler değerlendirilerek algılanan hizmet kalitesi ile ilgili bulgulara yer verilmiş ve hastane türleri arası farklılıklara yönelik sonuçları ortaya koymuştur.

Demirer ve Bülbül (2014) Türkiye’de kamu ve özel hastaneler arasındaki algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve hasta tercihi arasındaki ilişkiyi karşılaştırmalı olarak inceledikleri araştırma kapsamında SERVQUAL’in uygunluğunu da değerlendirmişlerdir.

İncelenen bu çalışmalar haricinde yazında sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen önceki yıllara ait diğer çalışmalar da izleyen şekilde gruplandırılabilir (Ayhan, 2009, Kayral, 2012: 70-75):

- SERVQUAL (Kuğuoğlu vd., 2006)
- Modifiye SERVQUAL (Devebakan ve Aksaraylı (2003), Dursun ve Çerçi (2004), Zerenler ve Öğüt (2006)
- Diğer ölçekler (Shemwell ve Yavas (1999), Yıldız ve Erdoğan (2004), Yağcı ve Duman (2006), Kara vd. (2003), Çaha (2007), Çaha ve Bayyurt (2009), Selcen vd. (2009)

## **2.8. SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ MODELLERİ VE BOYUTLARI**

Hizmet kalitesini attırarak alanlara odaklanmak için sağlık sektöründe hizmet kalitesi boyutlarının tanımlanması önemli bir konudur (Akhade, Jaju ve Lakhe, 2013: 126). Sağlıkta hizmet kalitesi konusunda gerçekleştirilen yazın taraması sonucunda, dünya çapında genel kabul gören boyutlar olmadığı sonucuna varılmıştır (Pai ve Chary, 2013: 332). Hizmet kalitesini ortaya koyan genel boyutlardan yola çıkarak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini oluşturan boyutlarla ilgili araştırmalar bulunmaktadır. Yıldız ve Demirörs (2014: 209) de çalışmalarının sonucunda sağlık kalite modellerinin kapsayıcı olmadığını ve bir uzlaşma sağlanmadığını ifade etmektedir. Yağcı (2006: 223) bu tür çalışmaların daha çok batıda gerçekleştirildiği ve ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki farklılıklar nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalite boyutlarının farklılaşabileceği fikrinden hareketle Türkiye’de hastane hizmetleri kalitesi konusunda öncelikli belirlenmesi gereken konulardan birisinin hizmet kalitesini oluşturan boyutların ortaya çıkarılması olduğunu ifade etmektedir.

Hizmet kalitesinin ilk kavramsallaştırmasında Grönroos (1982), teknik ve işlevsel kalite olmak üzere iki boyut tanımlamıştır. En güncel SERVQUAL’de çoğunluğu işlevsel kaliteyi ölçen beş boyut bulunmaktadır (Kayral, 2012: 87-88):



- Fiziksel varlıklar (tangibles): Hastanenin fiziksel olanakları, donanım ve çalışanların dış görünüşü
- Güvenilirlik (reliability): Hizmetin söz verildiği zaman ve şekilde tam olarak yerine getirilmesi
- Açıklık/Yanıt verme (responsiveness): Hastaya yardım etmede istekli olma ve hizmetin en kısa sürede yerine getirilmesi
- Güvence (assurance): Çalışanların yeterli bilgiye sahip olması ve hastada yeterli güveni oluşturması
- Empati (empathy): Personelin kendini hastanın yerine koyabilmesi ve onların ihtiyaçlarını anlaması

Sağlık alanında SERVQUAL’de önerilen on boyutu (Rashid ve Jusoff, 2009) ve beş boyutu (Wisniewski ve Wisniewski, 2005; Rohini ve Mahadevappa, 2006) aynen kullanan araştırmacılar bulunmaktadır (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 125). Bununla birlikte SERVQUAL ölçeğinin beş boyutunun farklı hizmet bağlamlarında aynen kullanılmasının zor olduğu (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 124) ve özel koşullar için uyarlanması gerekliliği de göz önünde bulundurulmalıdır (Raposo vd., 2009: 88).

Gerçekleştirilen yazın taramaları genellikle SERVQUAL’in 5 boyutu olmakla birlikte, ülkeye göre 2-10 boyut arasında değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel tesisler, donanım ve personelin görünüşünü ifade eden fiziksel varlıklar ve empati boyutu çoğu çalışmada yer almakla birlikte sektöre özel eklenen boyutlar da bulunmaktadır. Örneğin Janda vd. (2002) internet perakendecilik hizmeti için güvenlik boyutunu eklemişlerdir (Ladhari, 2008: 75).

Buradan hareketle bazı yazarlar da SERVQUAL boyutlarına ilave boyutlar eklemişlerdir. Örneğin Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 559) beş boyuta ilave üç boyut (taburcu, güvenlik ölçüleri ve ilaç kalite yönetimi) daha tanımlayarak sekiz boyutlu bir yapı ile sağlıkta hizmet kalitesi ölçme yoluna gitmiştir.

Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz vd. (2011: 9411) de altıncı boyut olarak yetenek, deneyim ve yenilikçiliği içine alan “profesyonellik” boyutunu eklemiştir. Lim ve Tang (2000) “ulaşılabilirlik/karşılabilirlik” boyutunu ilave ederken Tucker ve Adams (2001) “bakım ve çıktılar” boyutunu eklemiştir (Rashid ve Jusoff, 2009: 476). Lu ve Liu (2000) ise SERVQUAL’i Çin sağlık sistemine uyarlamışlar ve SERVQUAL’ın beş boyutunun sağlık hizmeti kalitesini ölçmede yeterli olmadığı belirterek beş boyuta ilave olarak “teknik kalite” ve “ilaç kalitesi yönetimi” boyutlarını eklemişlerdir (Ayhan, 2009: 66). Lee vd. (2000: 24)’nin eklediği iki boyut ise profesyonellik ve temel tıbbi hizmetlerdir.

Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008) çalışmasında hastalar açısından sağlık hizmetinin değişik boyutları hakkında gerçekleştirdiği geniş yazın taramasında müşterilerin alınan hizmet ile ilgili algılamalarının etkilendiği faktörleri deneyim, hastane personelinin bilgi ve yetkinliği, bağlılığı, müşterilere hizmet etme konusunda istekli oluşu, güvenilirlik, güven, empati ve kritik faktörleri ele alma biçimi şeklinde sıralamıştır (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 562).

Sağlık hizmeti tanımları incelendiğinde bazı tanımlamalarda boyutların ön plana çıkarıldığı görülmektedir. Örneğin Institute of Medicine (IOM) tarafından yapılan tanımlamada sağlık hizmetlerinin güvenli, dakik, hasta odaklı, etkili, etkin ve eşitlikçi olması gerektiği ifade edilmektedir (Barzi, 2009). Overtreit (1992) ise sağlıkta hizmet kalitesini hastalara istediklerini (hasta kalitesi) ve ihtiyaçlarını (profesyonel kalite) en az kaynak ile hata/gecikme/israf olmadan ve yüksek derece düzenlemeler içinde (yönetim kalitesi) vermek şeklinde tanımlamıştır (Kumaraswamy, 2012: 141).

Sağlıkta hizmet kalitesi konusunda gerçekleştirilen çalışmalarda yer alan modeller incelendiğinde iki tür yapı göze çarpmaktadır. Bazı modellerde sadece hizmet kalitesini etkileyen boyutlar yer alırken (Senic ve Marinkovic, 2013); bazılarında hizmet kalitesi, tatminin ve davranışsal niyetin öncülü olarak görülmektedir (Miranda, 2012). Yazında yer alan bilgiler ve incelenen makaleler doğrultusunda sağlıkta hizmet kalitesi ölçümünde ortaya konan boyutlar Tablo 3'te yer almaktadır.

Bununla birlikte Akter, D'Ambra ve Ray vd. (2013: 182) daha eski yayınlarda hizmet kalitesinin ikinci dereceden bir model olarak kavramsallaştırılırken (Grönroos, 1984; Parasuraman vd., 1988), yeni çalışmalarda çok boyutluluğu daha anlamlı bir şekilde ele almak üzere üçüncü dereceden bir yapı (Brady ve Cronin, 2001; Dabholkar vd., 1996; Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007) olarak ele alındığını ifade etmektedir (Hadwich vd., 2010: 121).

Tabloda yer alan boyutlar altında yer alan altboyutlar ve maddeler incelendiğinde, isimlendirmeleri farklı olmakla birlikte bazı boyutların hemen hemen aynı şeyi ifade ettikleri görülmektedir. Bu anlamda içerikleri itibariyle birbirlerine benzeyen boyutlar Tablo 4'de aynı satırda gösterilmiştir.

**Tablo 3. Sağlıkta Hizmet Kalitesi Boyutları**

Boyutlar	Donabedian (1980)	Lee vd. (2000)	Dagger, Sweeney ve Johnson (2007)	Teng(2007)	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman Bazri (2009)	Raposo vd. (2009)	Chahal ve Kumari (2010)	Aagja ve Garg (2010)	Chakravarty (2011)	Miranda (2012)	Murti, Deshpande ve Sristava (2013)	Polsa vd. (2013)	Senic ve Marinkovic (2013)	
Teknik			√											
Altyapı					√									
Somutluk		√		√					√		√	√	√	
Güvenilirlik		√		√					√		√	√		
Heveslilik		√		√					√		√	√		
Yetkinlik		√		√					√		√	√		
Empati		√		√					√		√	√		
Çevre			√											
Erişim														
Dakiklık							√						√	
Kişisel			√										√	
Tesisler						√				√				
Sağlık Çalış.										√				
Diğer Çalış.										√				
Etkinlik					√					√				
Yönetim			√		√									
Personel					√	√								
Tıbbi		√		√				√						
Hemşire						√								
Sağlık						√								
Fiziksel							√							
Etkileşim							√							
Çıktı	√						√							
Güvenlik						√								
Hasta					√									
Etkililik					√									
Eşitlik					√									
Yapı	√													
Süreç	√													
Yatış								√						
Taburcu								√			√			
Güvenlik					√						√			
Profesyonelli		√												
Sosyal Sor.					√			√						
Deneyim					√									
Toplam	3	7	4	5	7	5	4	3	4	5	4	8	5	3

Ladhari (2008: 75) de gerçekleştirdiği yazın taraması sonucunda tüm hizmet kalitesi ölçeklerinde boyut sayısı birden fazla olmakla birlikte hizmetin bağlamına ve ülke farklılığına göre boyut sayısının değişebileceğini vurgulamaktadır. Kültürel farklılıklar konusuna bir örnek olarak Alman pazarlama yazınında (Bruhn ve Stauss, 2002; Corsten, 1985, 2001; Maleri, 1994; Steffen, 2006) Donabedian (1966, 1980)'in hastanelerdeki bakım kalitesi kavramsallaştırılması (yapı-süreç-çıkıtı) temel alınarak üç temel boyut tanımlanmıştır: Potansiyel, süreç ve çıkıtı kalitesi. “Potansiyel kalite” terimi mevcut Anglo-Amerikan yazınında hizmet alanı ve atmosferi gibi bazı ifadeler yer almakla birlikte, öne çıkmamaktadır. Tuzovic (2008) ise potansiyel kalitenin sanal ve fiziksel hizmet kalitesinin birleşimi olduğunu ifade etmektedir.

Süreç kalitesi, doktor-hasta etkileşimini yansıtırken; çıkıtı kalitesi hizmet sürecinin çıkıtlarını tanımlamaktadır (Hadwich vd., 2010: 121). Donabedian (1992: 19) ayrıca sağlık kalitesinin yedi niteliğini etkenlik, etkililik, etkinlik, eniyilik, kabul edilebilirlik, yasallık ve eşitlik olarak ifade etmiştir (Aagja ve Garg, 2010: 63). Teng (2007: 479) Tayvan’da gerçekleştirdiği çalışma kapsamında tanımlanan hizmet kalitesi faktörlerinin Parasuraman vd. ve Lam tarafından önerilen boyutlarla eşleşmediğini tespit etmiştir.

Bazı araştırmacılar süreç kalitesi ölçümünü detaylandırmışlardır. Örneğin Smith ve Houston (1983) yatış işlemleri, taburcu işlemleri, yemek servisi, oda temizliği ve teknik hizmetler şeklindeki boyutlandırmasında bakım sürecinin başını ve sonunu vurgulamaktadır (Ladhari, 2008: 75). Lee vd. (2013: 29) ise çalışmasında hasta deneyimini tedavinin üç aşaması (tedavi öncesi-tedavi sırası-tedavi sonrası) aracılığı ile ölçmek gerektiğini savunmaktadır.

**Tablo 4. Boyutların Gruplandırılması**

İçerikleri itibariyle birbirlerine benzeyen boyutlar
Somutluk, Tesisler, Fiziksel, Çevre
Dakiklik, Heveslilik, Güvenilirlik, Etkinlik, Giriş İşlemleri, Taburcu, Yönetim, Etkililik, Eşitlik, Güvenlik, Hasta Odaklılık
Kişisel İlişkiler, Sağlık Çalışanları, Diğer Çalışanlar, Etkileşim, Personel, Heveslilik, Yetkinlik, Güvenilirlik, Empati
Teknik, Tıbbi Hizmet, Çıkıtı, Hemşire bakımı, İlaç kalite yönetimi, Sağlık bakımı, Güvenlik ölçüleri

Bazı araştırmacılar da hastane hizmetlerini sağlık hizmeti ve konaklama hizmetlerinin bir karması olarak görmüş ve boyutlarını belirlemiştir. Bu duruma bir örnek Grönroos'un çalışmasından yola çıkan Carman'ın (2000) hiyerarşik modelidir. Bu model kapsamında teknik boyut altında hemşire ve doktor boyutları yer alırken; konaklama boyutu altında yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik, hastane park alanı gibi alt boyutlara yer verilmiştir (Ladhari, 2008: 75). Chahal ve Kumari (2010: 248) elde ettiği bulgular ışığında hastaların hizmet kalitesi algılamalarını temel olarak fiziksel çevre ve etkileşim kalitesi olmak üzere iki boyutun etkilediğini ve bu iki boyutun daha sonra çıktı kalitesi ve hizmet kalitesini etkilediğini ifade etmektedir.

Bazı çalışmalarda ise ana boyutlar aynı kalmakla birlikte alt boyutlarda değişkenliğe gidilmiştir. Örneğin Chahal ve Kumari (2010: 233), Brady ve Cronin (2001)'in modelinde yer alan üç ana boyuta (etkileşim kalitesi, fiziksel çevre kalitesi ve çıktı kalitesi) kendi modelinde olduğu gibi yer vermekle birlikte alt boyutlarını değiştirmiştir. Brady ve Cronin (2001) fiziksel çevre kalitesi altında çevresel durum, tasarım ve sosyal faktör şeklinde üç alt faktör tanımlarken; Chahal ve Kumari (2010: 233) çevrenin yerleşim veya mimarisi anlamına gelen tasarım alt boyutunu çevresel durum içerisinde gruplandırmıştır. Brady ve Cronin (2001) donanım ve mobilya ile ilgili olan somut varlıkları çıktı kalitesinin bir alt boyutu olarak tanımlarken; Chahal ve Kumari (2010: 233) bu boyutu fiziksel çevre kalitesi içerisinde değerlendirmiştir. Brady ve Cronin (2001) hiyerarşik yaklaşımlarında insanlar arası etkileşim kalitesine hizmet kalitesinin önemli boyutlarından biri olarak yer vermişlerdir. Bu boyutun alt boyutları; tutum, davranış ve uzmanlık olarak sıralanmıştır. Chahal ve Kumari (2010: 233) ise tutum ve davranışı birleştirerek tek bir alt boyut haline getirmiştir. Uzmanlık alt boyutu aynen kalırken, Sardana (2003) tarafından kullanılması önerilen süreç kalitesini üçüncü alt boyut olarak eklemiştir. Chahal ve Kumari (2010: 233) modellerinde Brady ve Cronin (2001) tarafından ilk boyut olarak ele alınan çıktı kalitesini almışlardır. Ancak bu boyut altındaki bekleme süresi, somut varlıklar ve değerlik alt boyutları yerine bekleme süresi, hasta tatmini, bağlılık ve imajı alt boyut olarak ele almışlardır.

Jun vd. (1998)'ın çalışması da doktorların, yöneticilerin ve hastaların sağlık hizmet kalitesi konusundaki görüşleri arasındaki benzerlikleri bulmak üzerinedir. Jun vd. (1988) doktorlar, yöneticiler ve hastalarla gerçekteşirmiş oldukları odak grup

toplantıları neticesinde sağlık hizmet kalitesini tanımlayan 11 boyut ortaya koymuşlardır. Bunların sekiz tanesi SERVQUAL'in ilk halindeki fiziksel varlıklar (fiziksel çevre, temizlik), güvenilirlik, heveslilik, yeterlilik, nezaket, iletişim, erişilebilirlik müşteriye anlama olmakla birlikte sağlık hizmetlerine özel üç yeni boyut tanımlamışlardır. Bunlardan bakım (personel ve insan katılımı) ve hasta çıktıları (ağrıdan kurtulma, hayatın kurtarılması, tıbbi müdahale sonucunda hayal kırıklığı veya kızgınlık) Bowers vd. (1994)'nin çalışmasından alınırken; odak grup toplantıları sonucunda on birinci boyut olan işbirliği ilave edilmiştir (Aagja ve Garg, 2010: 63; Tırpancı, 2008: 100).

Bunların yanında sağlık sektörü içerisinde farklı ülkelerde farklı faktör yapıları gözlenmektedir. Örneğin; Burkina Faso'da uygulama gerçekleştiren Baltussen vd. (2002) sağlık personeli uygulamaları ve tutumları, kaynak ve hizmetlerin yeterliliği, sağlık hizmeti sunumu, finansal ve fiziksel erişilebilirlik boyutlarını önermiştir (Aagja ve Garg, 2010: 63). Aynı ülke içerisinde de farklı boyut yapıları gözlenebilmektedir. Örneğin Cunningham (1991), Kilbourne vd. (2004) ve Andaleeb (1998) çalışmalarını Amerika'da gerçekleştirmiş ve sırasıyla üç, dört ve beş faktörlü yapılar önermişlerdir (Aagja ve Garg, 2010: 63). Son yıllarda araştırmalar SERVQUAL'i uyarlamak yerine endüstriye özel alternatif ölçekler geliştirilmesine kaymıştır (Ladhari, 2008).

Boyutların alt boyutları açısından bakıldığında Donabedian'ın altı başlık altında 16 hizmet kalitesi gözcüsü tanımladığı görülmektedir (Ayhan, 2009: 65):

- Yiyecek sağlama, menü, yemek kalitesi
- Hastane ortamı, eşya, temizlik, genel sunum
- Profesyonel ve teknik kalite, hemşire bakımı, tıbbi bakım, kullanılan aletler
- Hasta hayatını kolaylaştıran rahatlıklar, konfor, gizlilik, ziyaret saatleri
- Hizmet kişiselleştirme, mahremiyet, verilen bilgi, kişisel ilgi
- Giriş, bekleme listesi, kalış uzunluğu

Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 127)'in ortaya koyduğu hiyerarşik modelde ise kişiler arası kalite boyutu altında davranış, iletişim ve ilişki alt boyutları; teknik kalite altında uzmanlık ve çıktı alt boyutları; çevre kalitesi altında atmosfer ve somutluk alt boyutları ile yönetsel kalite altında dakiklik, işlem (çekirdek hizmetin üretimi, koordinasyon, bütünleşme, örgüt) ve destek alt boyutları yer almaktadır.

Chahal ve Kumari (2010: 252-255) 'ın hiyerarşik modelinde ise fiziksel çevre kalitesi altında çevresel durum, somutluk ve sosyal faktör; etkileşim kalitesi altında davranış, uzmanlık ve süreç; çıktı kalitesi altında ise bekleme süresi, hasta tatmini, hasta bağlılığı ve imaj alt boyutları yer almaktadır.

**Tablo 5. Sağlık Hizmet Kalitesi Alanında Gerçekleştirilen Çalışmalarda Ortaya Konan Boyutlar**

Yazar	Yıl	Boyut Sayısı	Boyutlar	Alınan Kaynak
Hulka vd.	1970	3	Kişisel ilişki, uygunluk ve profesyonel yeterlik	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Brook ve Williams	1975	2	Teknik ve etkileşimsel bakım	Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 125)
Ware vd.	1978	4	Teknik bakım, etkileşimsel bakım çevre ve yönetsel boyut	Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 125)
Thompson	1983	7	Somutluk, iletişim, personel ve hasta arası ilişki, bekleme süresi, yatış ve taburcu prosedürleri, ziyaret prosedürleri, dini ihtiyaçlar	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Smith ve Houston	(1983)	6	Yatış işlemleri, taburcu işlemleri, hemşire ilgisi, yemek servisi, odanın temizliği ve teknik hizmetlerdir.	Gülmez (2005: 151)
Woodside vd.	1989	6	Hasta kabul, fatura ödeme, hemşirelik hizmetleri, yiyecek hizmetleri, oda hizmetleri ve teknik hizmetler	Kayral (2012: 59-60)
John	1989	4	Bakım, tedavi, erişim ve fiziksel çevre	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Baker	1990	3	Konsültasyon süresi, profesyonel bakım, ilişki derinliği	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Reidenbach vd.	1990		Empati, güven, tedavi kalitesi, bekleme zamanı, doktorun dış görünüşü, destek hizmetleri, işletmenin görünüşü	Gülmez (2005: 152)
Cunningham	1991	3	Klinik kalite, hasta temelli kalite ve ekonomik temelli kalite	Kayral (2012: 59-60)
Maxwell	1992	6	Etkililik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişilebilirlik, hakkaniyet, uygunluk	Kayral (2012: 59-60)

Yazar	Yıl	Boyut Sayısı	Boyutlar	Alınan Kaynak
Tomes ve Ng	1995	8	Empati, hastalığı anlama, karşılıklı saygıya dayalı ilişkiler, yemek, fiziksel çevre, dini ihtiyaçlar, itibar	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Joss ve Kogan	1995	3	Teknik, sistemik (sürece ilişkin) ve jenerik (kişiler arası ilişkiler)	Mosadeghrad (2013: 205)
Zifko-Baliga ve Krampf	1997	5	Profesyonel uzmanlık, hasta inançlarının geçerliliği, etkileşimli iletişim, imaj ve çelişik performans	Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008: 564)
Ovretveit	1998	3	Müşteri kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesi	Mosadeghrad (2013: 204) Kayral (2012: 59-60)
Camilleri ve O'Callaghan	1998	7	Profesyonel ve teknik bakım, hizmetin bireyselleştirilmesi, fiyat, çevre, hasta, hastanın duyguları, ulaşılabilirlik, yemek	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Andaleeb	1998	5	İletişim, maliyet, tesis, yetkinlik ve davranış	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Jun ve ark.	1998	11	Somutluk, nezaket, güvenilirlik, iletişim, yeterlik, müşteriye anlama, erişim, yanıt vermeye heveslilik, bakım, hasta çıktıları ve işbirliği	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Oswald vd.	1998	4	Hizmet ortamında sunulan imkânlar, standartlara uygunluk, zamanlılık ile insan faktörü ve davranışsal özellikler	Kayral (2012: 59-60)
Bryant vd.	1998	4	Sosyoekonomik değişkenler, sistem değişkenleri, etkili değişkenler ve aracı değişkenler	Raposo vd. (2009: 89)
Gross ve Nirel	1998	3	Ulaşılabilirlik, yapı ve hastane atmosferi	Gülmez (2005: 152)
Carman	2000	2	Teknik ve konaklama	Kayral (2012: 59-60) Gülmez (2005: 151)
Overtveit	2000	3	Müşteri, profesyonel, yönetim	Gülmez 2005-152
Hasin vd.	2001	5	İletişim, maliyet, nezaket, yetkinlik ve temizlik	Rashid ve Jusoff (2009: 476) Kayral (2012: 60)
Walters ve Jones	2001: 325	6	Performans, ekonomi, güvenilirlik, estetik ve güvenlik ve uygunluk	Rashid ve Jusoff (2009: 476)
Jabnoun ve Chaker	2003	10	Somutluk, ulaşılabilirlik, anlama, nezaket, güvenilirlik, güvenlik, kredibilite, yanıt vermeye heveslilik, iletişim ve yeterlilik	Rashid ve Jusoff (2009: 476)



Yazar	Yıl	Boyut Sayısı	Boyutlar	Alınan Kaynak
Leatherman ve Sutherland	2003	6	Erişim, dakiklik, hasta odaklılık, etkililik, eşitlik, kapasite	Lee vd. (2013: 27)
Choi vd.	2004	4	Poliklinik hizmet sürecinin kolaylığı, doktorlar dışındaki personel, doktorlar ve gözle görülür imkânlar	Kayral (2012: 60)
Choi vd.	2005	4	Doktor ilgisi, personel ilgisi, bakım sürecinin uygunluğu ve somut varlıklar.	Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 125)
Zineldin	2006	5	Teknik, işlevsel, altyapı, etkileşim, atmosfer	Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 125)
Juwaheer ve Kassean	2006	6	Kabul süreci, sağlık çalışanlarının (doktorlar) nitelikleri, hemşirelerin nitelikleri, hastane çevresi, hastalara sağlanan konfor ve olanaklar, taburcu planlaması ve koordinasyonu.	Kayral (2012: 70)
Shemwell ve Yavas	1999	3	Arama, güven, deneyim	Kayral (2012: 70)

### 2.8.1. Hastane Bölümleri Temelinde Boyutlar

Yapılan diğer bir ayırmada poliklinik hizmetleri ve yatan hastalar için ayrı boyutlar belirlenmesi yönündedir. Carey ve Seibert (1993) yatan hasta ve ayaktan tedavi gören hastalar için ayrı boyutlar tanımlamışlardır. Doktor bakımı, hemşire bakımı, tıbbi sonuç, nezaket, beslenme hizmetleri, konfor ve temizlik, kabul/faturalama ve dini bakım, yatan hastalar için belirlenen boyutlar iken; doktor bakımı, hemşire bakımı, tıbbi sonuç, kuruluş özellikleri, bekleme zamanı, tetkik hizmetleri ve kayıt süreci ayaktan tedavi olan hastalar için belirlenen kalite boyutlarıdır (Yanık, 2000: 50).

Reidenbach ve Sandifer (1990) tarafından gerçekleştirilen çalışma poliklinik, acil ve yatan hastaların hizmet kalitesi algılamalarının farklı olduğunun tespit edilmesi açısından önemlidir. Söz konusu çalışmada hasta değerlendirme sürecinin karmaşıklığının artışı ile birlikte, boyutların sayısının da arttığı ifade edilmektedir. Bu anlamda acil ve yatan hastaların değerlendirme sürecinin poliklinik hastalarından daha zor olduğu iddia edilmektedir (Kayral, 2012: 60).

Sağlık sektöründe hizmet kalitesi alanında yapılan ilk çalışmalardan biri olan Smith ve Houston (1983) tarafından yatan hastalar için yapılan çalışmada ise hizmet kalitesi kavramı altı boyut altında incelenmiştir: Yatış işlemleri, taburcu işlemleri, hemşire ilgisi, yemek servisi, odanın temizliği ve teknik hizmetler (Gülmez, 2005: 151).

### **2.8.2. Kurum Temelinde Boyutlar**

Kurumsal olarak gerçekleştirilen hizmet kalitesi ölçümlerinde de farklı boyutlara vurgu yapıldığı görülmektedir. Örneğin Mayo Clinic hizmet kültürü bileşenleri: hasta merkezlik, dakiklik, güvenilir ve kişiselleştirilmiş hizmet, yenilikçilik, takım çalışması, sistem yönelimlilik, çalışanların mükemmel hizmet sunumunda oynadıkları kritik rolün farkında olmaları şeklinde sıralanmaktadır (Voon, 2014: 264).

Eyalet genelinde uygulanan bir anket olan “The Massachusetts Health Quality Partnership” (1988) anketinde ise boyutlar hasta önceliklerine saygı, fiziksel konfor, aile ve arkadaşlarla ilgilenme, süreklilik ve geçiş, bakım koordinasyonu, bilgi, eğitim ve duygusal destek (Aagja ve Garg, 2010: 63) şeklinde sıralanmaktadır.

### **2.8.3. Türkiye’de Gerçekleştirilen Çalışmalardaki Boyut Yapısı**

Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalara bakıldığında farklı boyut yapıları göze çarpmaktadır. Tokay (2000: 94) hasta kabul, acil servis, çevre düzenleme ve barınma, hemşirelik bakımı, tıbbi hizmet, tıbbi hizmet/diğer personel, taburcu ve faturalamadan oluşan 8 boyutlu bir yapı önerirken; Yanık (2000) hemşire davranışı, doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik, ulaşılabilirlik, yemeklerin kendisi, bilgilendirme, fiziksel koşullar, yemeklerin sunumu, kabul ve gürültü, ziyaretçi politikası şeklinde 10 boyut tanımlamıştır.

Kara vd. (2005) ile Taner ve Antony (2006)’nin çalışmalarında yer verilen boyutlar SERVQUAL ağırlıklıdır. Kara ve ark. (2005)’nin çalışmasında fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güvenlik, nezaket ve empatiden oluşan 6 boyut yer

alırken (Pai ve Chary, 2013: 317); Taner ve Antony (2006)'nin çalışmasında fiziksel varlıklar, güvenilirlik, heveslilik, yeterlik, inanılabilirlik, güvenlik, erişilebilirlik, iletişim, maliyet ve anlama şeklinde 10 boyut yer almaktadır (Pai ve Chary, 2013: 321).

Varinli ve Çakır (2004) doktorlar, hemşireler, süreç, personel ve fiyattan oluşan beş boyuta yer verirken (Yağcı, 2006: 222); Yağcı ve Duman (2006: 226) poliklinik hizmet kalitesi ölçümünde muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması-tetkik hizmetleri ve genel görünüm şeklinde dört boyutlu bir yapı tasarlamıştır.

Ayhan (2009: 120)'ın çalışması ulusal anlamda hiyerarşik olarak gerçekleştirilen tek model olarak göze çarpmaktadır. Araştırma kapsamında birinci düzeyde fiziksel olmayan özellikler ve fiziksel özellikler şeklinde bir ayırım gerçekleştirilmiştir. Fiziksel olmayan özellikler altında empati, karşılıklı saygı ilişkisi, itibar, hastalığı anlama ve dinsel ihtiyaçlar olmak üzere beş boyut yer alırken; fiziksel özellikler altında yemek ve fiziksel çevreden oluşan iki boyut yer almaktadır.

Haberal (2012) ise çalışmasında insan ilişkileri ve doktorun ayırdığı zaman, finansman (ödeme), teknik kalite, hizmet ortamı, genel tatmin ve erişim şeklinde 6 boyut tanımlamıştır.

#### **2.8.4. Farklı Kültürlerdeki Boyut Yapısı**

Yazında gerçekleştirilen çalışmalar, uygulamaların gerçekleştirdikleri ülkeler göz önüne alındığında da boyut yapısında birtakım farklılıklar gözlemlenmektedir. Örneğin Andaleeb (2000), Bangladeş'in sağlık sistemi ve kültürüne bağlı olarak sağlık hizmet boyutlarını; tepkisellik, güvence, iletişim, disiplin ve bahşiş şeklinde belirlemiştir (Ayhan, 2009: 68; Kayral, 2012: 68). Nitekim benzer bir kültürel yapıya sahip Hindistan'da uygulamasını gerçekleştiren Akter, D'Ambra ve Ray ve ark. (2008) da "bahşiş" boyutunu eklemiştir (Pai ve Chary, 2013: 324).

Yeni Zelanda'da araştırmalarını gerçekleştiren Clemes vd (2001); güvenirlik, somut varlıklar, güven, empati, yiyecek, giriş, çıktı, kabul, işten çıkarma, tepkisellik Şeklinde yedi boyut tanımlamışlardır. Ayrıca güvenirlik ve somut varlıklar, boyutlarının SERVQUAL boyutları ile aynı adlandırılmasına rağmen içerik anlamında farklı olduğu da ifade edilmektedir (Kayral, 2012: 69).

Juwaheer ve Kassean (2006: 95-96). Mauritius'ta gerçekleştirdikleri çalışmada altı ana boyuta yer vermektedir: Kabul süreci, sağlık çalışanlarının (doktorlar) nitelikleri, hemşirelerin nitelikleri, hastane çevresi, hastalara sağlanan konfor ve olanaklar ile taburcu planlaması ve koordinasyonu (Kayral, 2012: 70). İrlanda'da gerçekleştirdikleri uygulamada Gross ve Nirel (1998)'in ortaya koyduğu üç boyut ise sırasıyla ulaşılabilirlik, yapı ve hastane atmosferi Őeklinindedir (Gülmez, 2005: 152).

### **2.8.5. Boyutların Sınıflandırılması**

Yazındaki boyutlar değerlendirildiğinde boyutların birbiriyle büyük lde örtüştüğü ve teknik, işlevsel, evre ve yönetimsel boyutların önemine vurgu yapıldığı görülmektedir (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 126).

Yanık (2000: 2) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda hasta tatmininin hastaya ilişkin özellikler (hastanın durumu, hizmet beklentileri ve sosyo demografik özellikleri), hizmet sunanlara ilişkin özellikler ve kurumsal zellikler Şeklinde sınıflandırılabilceğini ifade etmektedir.

Hadwich vd. (2010: 121) ise yazın taramasına dayanarak onbir kalite göstergesini  kalite boyutu altında toplamıştır:

1. Potansiyel kalite: ulaşılabilirlik ve yeterlilik
2. Süreç kalitesi: Kullanıcı dostu olma, bilgi, güvenlik, güven, bireyselleştirme, sistem bütünleştirme
3. ıktı kalitesi: Performans derecesi, güvenilirlik ve cevap verme kabiliyeti

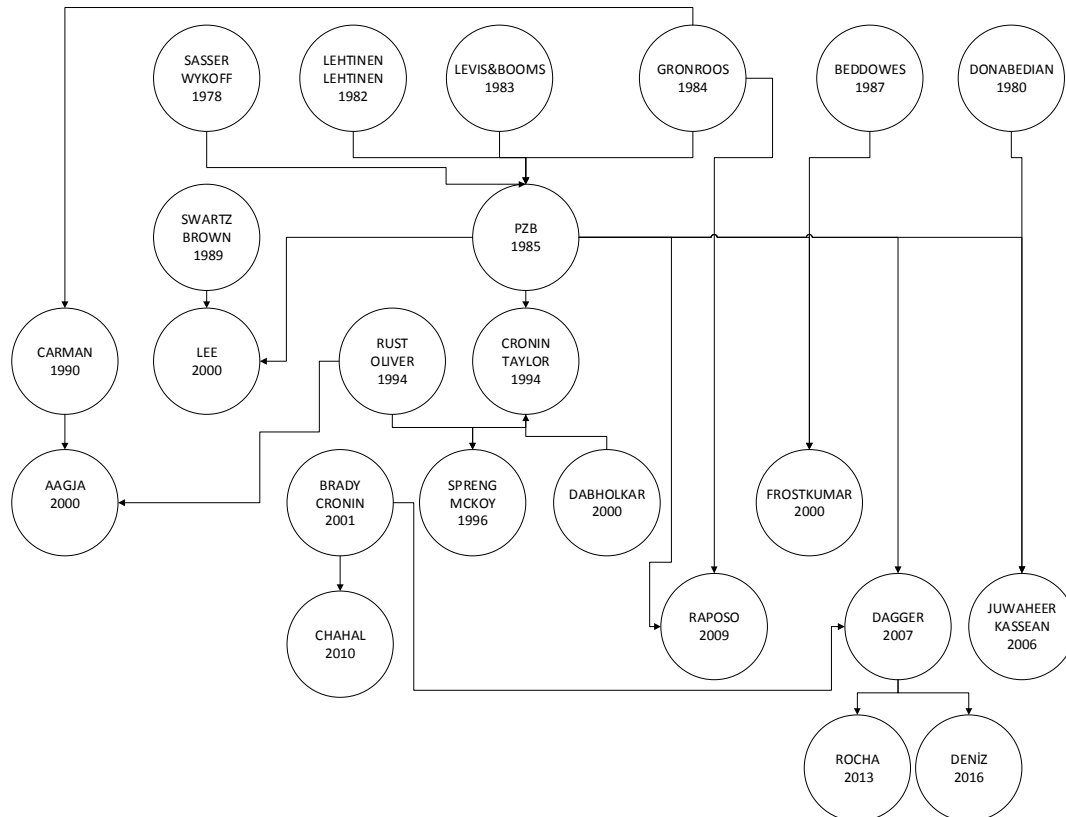
Diğer çalışmalardan farklı olan boyutlar incelendiğinde hasta eğitimi (Palmer, 1997: 306), seçme hakkı sağlama (Çoruh, 1994: 116), sosyal kabul edilebilirlik (Brannan, 1998: 2); alışan farklılığı (Sower vd., 2001: 50) ve ilk izlenim (Sower

vd., 2001: 50) göze çarpmaktadır (Değer, 2012: 35). Barzi (2009: 50) ise hastanın sağlık sisteminin tüketicisi olduğundan ve sağlık sistemindeki faaliyetlerin hastalar tarafından kabul edilebilir olması gereğinden hareketle hasta odaklılığı sağlık kalitesinin diğer bir boyutu olarak ele almaktadır. McDougall ve Levesque (1994) ise yönetsel boyutu öneren araştırmacıdır (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 125).

## 2.8.6. Sağlık Hizmet Kalitesi Modellerinin Diğer Hizmet Kalitesi Modelleri ile İlişkisi

Sağlık hizmet kalitesi konusunda gerçekleştirilen yazın taraması neticesinde, Şekil 14’de yer alan hizmet kalitesi modelleri arasındaki ilişkiler, sağlıkta hizmet kalitesine ilişkin modelleri de kapsayacak şekilde geliştirilmiştir (Bkz. Şekil.15).

**Şekil. 15. Sağlıkta Hizmet Kalitesi Modellerinin Birbirleriyle İlişkisi**



### 3. BÖLÜM

## YATAN HASTA SAĞLIK HİZMET KALİTE ALGILAMALARININ ÖLÇÜLMESİ İÇİN ÖLÇEK GELİŞTİRİLMESİ VE BİR DEVLET HASTANESİNDE UYGULAMA

### 3.1. Araştırmanın Dayanağı

Hizmet kalitesini sayısal olarak ölçme amacıyla en çok kullanılan araç olan SERVQUAL'in avantajları; geçerliliği ve güvenilirliğinin kanıtlanması, kolay uygulanması ve standart analiz süreçlerine sahip olması şeklinde ifade edilmektedir (Rashid ve Jusoff, 2009: 475). Ancak değişik sektör ve ülkelerde geniş bir uygulama alanı bulmasına rağmen, SERVQUAL'in kavramsal temelleri ve deneysel uygulamaları eleştiri konusu olmuştur (Pai ve Chary, 2013: 330). Bu eleştiriler, bu çalışmanın dayanağını oluşturma açısından önemlidir. Söz konusu eleştiriler izleyen başlıklar halinde sınıflandırılmıştır:

**Amacı:** SERVQUAL modelinin amacı, Bennington ve Cummane (1998: 399-400) tarafından eleştirilmektedir. Yazarlar amacın iyileştirme programlarına rehberlik etmek ve kaynak kullanımını en iyilemek olması gerektiğini ifade etmektedirler. Ayrıca SERVQUAL'in ölçtüğü kavram konusunda da sorunlu olduğunu ifade eden yazarlar, modelde kalite yerine değer ölçülmesi gerektiğini savunmaktadırlar (İkiz, 2010: 26).

**Temeli:** SERVQUAL'in temelinde yatan model de sorgulanmaktadır. Bazı araştırmacılar (Dabholkar vd.,1996; Brady ve Cronin, 2001; Wilkins vd., 2007) hizmet kalitesinin değişik kalite alt boyutlarının bir birikimi olduğunu, bu nedenle de hizmet kalitesinin çok boyutlu bir yapı olduğunu onaylamaktadır (Ladhari, 2008: 68). Mirvea (2012: 390) da hizmet kalitesi yapısının muğlak bir şekilde kavramsallaştırıldığını ifade etmektedir.

**Boyut sayısı:** SERVQUAL ölçeğinin boyutlarının geçerliliği çok sayıda araştırmacı tarafından incelenmiştir. Bazı çalışmalarda (Carman, 1990; Parasuraman vd., 1991; Babakus ve Boller, 1992; Headley ve Miller, 1993; Engellve vd., 2000) SERVQUAL maddelerinin Parasuraman vd.(1988)'nin çalışmasından farklı boyutlarda en yüksek

faktör yüklemesinin olması, yakınsak geçerliliğinin zayıf olduğunu göstermektedir (Ladhari, 2008: 67). Mirvea (2012: 390) da boyut yapısının dengeli olmayışı konusundaki eleştirisini dile getirmektedir.

Bu anlamda bazı çalışmalarda bir boyuttan dokuz boyuta kadar farklı boyut sayılarının önerildiği görülmektedir: Bir boyut (Cronin ve Taylor, 1992; Lam, 1997); iki boyut (Babakus ve Boller, 1992; Gounaris, 2005); üç boyut (Chi Cui vd., 2003; Arasli vd., 2005; Najjar ve Bishu, 2006); dört boyut (Kilbourne vd., 2004); altı boyut (Carman, 1990; Headley ve Miller, 1993); yedi boyut (Walbridge ve Delene, 1993); ve dokuz boyut (Carman, 1990).

Ayrıca bazı çalışmalarda (Chi Cui vd., 2003; Badri vd., 2005) gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonucunda beş boyutlu modelle zayıf bir uyum raporlanmıştır (Ladhari, 2008: 67). Ortaya konulan eleştirilerden en önemlisi SERVQUAL'in beş boyutunun genelleştirmede eksik olduğu (Carman, 1990), dolayısıyla bazı hizmet sektörlerini temsil etmede yetersiz olduğu (Babakus ve Boller, 1992) şeklindedir (Kayral, 2012: 85). Lu ve Liu (2000)'nun Çin'de gerçekleştirdikleri çalışmalarında SERVQUAL'in beş boyutunun sağlık hizmeti kalitesini ölçmede yeterli olmadığı belirtilmiştir (Ayhan, 2009: 66).

Bazı bağlamlarda hizmet kalitesi basit tek boyutlu bir yapı olmasına rağmen, diğerlerinde karmaşık çok boyutlu bir yapı olabilir (Babakus and Boller, 1992'den aktaran Ladhari, 2008: 68). Carman (1990) yöntembilimi sorgulamış ve SERVQUAL'in değişik hizmetler için belli boyutlar eklenerek genişletilmesi gerektiği sonucuna varmıştır (Mirvea, 2012: 389). Örneğin Lim ve Tang (2000) ulaşılabilirlik/karşılabilirlik boyutunu eklemiştir (Pai ve Chary, 2013: 330). Urban (2013: 201) ise boyutların amaca göre sınırsız olduğunu ve zamanla da değişebileceğini savunmaktadır. Wisniewski ve Wisniewski (2005) ile Rohini ve Mahadevappa (2006) orijinal beş boyut yapısının korunması gerektiğini savunurken; Headley ve Miller (1993) altı boyut; Lytle ve Mokwa (1992) yedi boyut, Carman (1990) dokuz boyut, Licata vd. (1995) ise on iki boyutlu SERVQUAL önermişlerdir (Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007: 125). Demirer ve Bülbül (2014: 95) kamu hastaneleri için SERVQUAL boyutlarının iki (güvenilirlik-somutluk ve yanıt verebilirlik-güvence-empati) ve özel hastaneler için üç boyut (güvenilirlik- güvence, somutluk, empati) altında toplandığını ortaya koymuştur. Eldem (2009: 77) tarafından gerçekleştirilen uygulama sonuçları da faktör analizi sonucunda elde

edilen grupların SERVQUAL modelinde yer alan grup yapısına uygun olmadığını göstermektedir.

**Beklenti-algı farkı:** SERVQUAL'in beklenti-algı skorlarının farkından oluşan değerleri kullanarak madde ölçümünden kaynaklanan bazı problemler yazında eleştiri konusu olmuştur (Mirvea, 2012: 390). Bu problemler izleyen maddeler halinde sınıflandırılmıştır:

**Beklenti kavramı:** Öncelikle “müşteri beklentileri” kavramındaki muğlaklık eleştiri konusu olmuştur (Ladhari, 2008: 65; Lupo, 2013: 7097). Beklenti kavramı, zayıf bir şekilde tanımlandığı ve çoklu yorumlara açık olduğu noktasında eleştirilmektedir (Teas, 1993, 1994). Yazında müşterilerin “arzulanan” ve “yeterli görülen” beklentiler olmak üzere iki farklı beklenti çeşidini dikkate aldıklarını gösteren araştırmalar (Nadiri ve Hussain, 2005) da yer almaktadır (Kayral, 2012: 85). Yoon ve Ekinci (2003) ise bu beklenti türlerine ilave olarak “tahmin edilen” ve “layık olunan” beklenti çeşitlerini kullanarak dört farklı beklenti çeşidi ile bir başka araştırma ortaya koymuşlardır. Caruana vd. (2000) ise müşterilerin farklı beklenti çeşitleri arasında ayırım yapamadıklarını ortaya koymuştur (Kayral, 2012: 86).

Müşterilerin düşük beklenti içinde olmayacakları öngörülmekte, müşterilerin beklentiden fazla performans belirtmeleri durumunda ise hizmetin maliyetinin artabileceği ifade edilmektedir (Robinson, 1999: 27'dan aktaran İkiz, 2010: 26). Urban (2013: 202) da müşterilerin her zaman aldıklarından fazlasını isteyeceği yönünde eleştiride bulunmaktadır.

**Beklenti-Algı farkı:** SERVQUAL'in eleştirildiği bir diğer özelliği performans algısı ile beklenti arasındaki farkın alınmasıdır (Cronin ve Taylor, 1994: 126'den aktaran İkiz, 2010: 25). Fark ölçümlerinin daha Zengin ve Erdal teşhis bilgisi sağladığı (Parasuraman vd., 1994) ifade edilmekle birlikte bunun zaman harcayıcı olduğu ve tüm katılımcılarda aynı soruları tekrar cevaplayacak sabır olmadığı ifade edilmiştir (Cronin ve Taylor, 1992; Van Dyke vd., 1997'dan aktaran Lam, 2000: 5).

Ayrıca fark alma işleminin psikoloji kuramlarında bir karşılığının olmadığı (Ekinci ve Riley, 1998) ve hatta psikolojik bir yapının ölçülmesi noktasında kötü bir seçenek olduğu öne sürülmektedir (Van Dyke vd., 1999). Müşterilerin hizmet kalitesini algı-beklenti değerleri farkına dayalı olarak değerlendirdiğine dair çok az



kanıt olduğu ifade edilmektedir (Ladhari, 2008: 67). Cronin ve Taylor (1992, 1994) da boşluk kuramının çok az deneysel ve kuramsal kanıt tarafından desteklenmiş olduğunu ve “beklentiler” ölçümünün uygun olmadığını ileri sürmektedir. Sağlık hizmeti alan hastaların aldıkları hizmetten önce, hizmetlerle ilgili beklentilerinin olmaması ya da ne bekleyeceklerini bilmemeleri, aynı görüşle uyum göstermektedir (Fitzpatrick ve Hopkins, 1983’den aktaran Kayral, 2012: 85).

Brown, Churchill ve Peter (1993: 138) bir fark derecesi üzerinden yapılan güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasının istatistiksel açıdan uygun olmadığını iddia etmektedirler. Lam (2000: 33) da ölçek geçerliliğini göstermek için en çok kullanılan Cronbach alfa (1951) değerinin, fark değerlerini kullanan SERVQUAL türü ölçekler için uygun olmadığını ifade etmektedir. Buradan yola çıkarak ölçeğin fark almaya gereksinim duyulmayacak şekilde değiştirilmesini önermişlerdir. Bu anlamda hem beklenti hem de performans için iki ayrı soru yöneltilmesi yerine, yanıtların “beklentinin çok altında” ve “beklentinin çok üstünde” şeklinde alınmasının klasik SERVQUAL uygulamasından daha güvenilir sonuçlar oluşturacağı ve geçerlilik problemini de ortadan kaldıracığı öne sürülmektedir. Böylelikle sorulan soru sayısı da yarıya düşmüş olacaktır (İkiz, 2010: 25). Öziç (2007: 76) de anketin uzun olmasının verdiği sıkıntıya değinen bir diğer araştırmacıdır.

Carman (1990) ile Babakus ve Boller (1992) ise algı ve beklenti maddelerinin tek bir ölçekte birleştirilmesi gerektiği konusunda hemfikirdir (Mirvea, 2012: 389). Lam (2000: 5) da sadece performans ölçen ölçeklerin yakınsama ve tahmin geçerliliklerinin daha iyi olduğunu iddia etmektedir. Hizmet kalitesinin sadece kalite algıları ile ölçülebileceği ifade edilmektedir (Cronin ve Taylor, 1992’den aktaran Ladhari 2008 67).

Ayrıca bileşen değerlerinden ayrılamayacağı için fark değerinin işlemselleştirilmesinin de geçerliliği sorgulanmaktadır (Brown vd., 1993’den aktaran Ladhari, 2008: 67). Cronin ve Taylor’a (1992,1994) göre, sadece performansın ölçüldüğü SERVPERF, beklenti ve algı farkının ölçüldüğü SERVQUAL’e göre daha büyük tahmin gücüne sahiptir. Bir diğer deyişle yüksek algılanan performans, yüksek hizmet kalitesi anlamını taşımaktadır (Jain ve Gupta, 2004: 28’dan aktaran Kayral, 2012: 85). Babakus ve Boller (1992) da beklenen ve algılanan bileşenlerin tek bir ölçekte birleştirilmesi gerektiğini savunmaktadır (Mirvea, 2010: 2139). Hizmet kalitesi ölçümünde beklenti-algı farkının (SERVQUAL) ve sadece performans

ölçümünün (SERVPERF) karşılaştırıldığı bir çok araştırma yapılmıştır (Brady vd., 2002, Babakus ve Boller, 1992; Boulding vd. 1993; Cronin ve Taylor, 1994 ve Oliver, 1993). Yapılan araştırmalarda, hizmet kalitesinin ölçümünde SERVPERF'in SERVQUAL'den üstün olduğu görüşünü destekleyici sonuçlar ortaya konmuştur (Kayral, 2012: 86, Mirvea, 2010: 2140). Bununla birlikte Parasuraman vd. (1994)'nın gerçekleştirmiş olduğu çalışmada tam tersi bir sonuç elde edildiği de görülmektedir (Miranda, 2010: 2139).

Ayrıca sadece müşteri algılamalarının ölçülmesi pratik ve kolay uygulanabilir olduğundan daha çok destek görmüştür (Babakus ve Boller, 1992). Bir diğer deyişle hizmet kalite ölçümlerinde beklenti-algı farkı değil, sadece sunulan hizmetin performansının değerlendirilmesi ön plana çıkmıştır (Mirvea, 2010: 2140; Kayral, 2012: 86).

Parasuraman ve arkadaşlarının SERVQUAL'in 1994 yılında gerçekleştirdikleri sürümünde fark skoruna getirilen eleştirilerden hareketle 3, 2 ve 1 sütunlu formatlar geliştirdikleri; 3 soruyu revize ettikleri ve 7'li yerine 9'lu Likert ölçeği kullandıkları da bilinmektedir (İkiz, 2010: 21).

**Uygulama:** Carman (1990) ve Clow ve Vorhies (1993) müşteri beklentilerine ilişkin bilginin elde edilmesine yönelik uygulama problemleri üzerinde duran araştırmacılarıdır. Clow ve Vorhies (1993) iyi bir tecrübe sonrası müşterilerin beklentilerini azalttığını, kötü bir tecrübe sonrasında ise beklentilerini arttırdığını öne sürmektedir (Robinson, 1999: 27 'den aktaran İkiz, 2010: 26).

Carman (1990), önce hizmetin tecrübe edilmesi ve ondan sonra beklenti ve performans puanlamasının yaptırılması şeklindeki normal SERVQUAL uygulamasının müşterinin beklentilerinin, edindiği tecrübeden etkilenmesi söz konusu olacağı için sakıncalı olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca pek çok hizmet uygulamasında, müşteriler hizmet alımı öncesinde beklentilerini bildirmeyi tercih etmemektedirler (İkiz, 2010: 27,28).

Bu problemin çözümü için öncelikle performans-beklenti farkı yerine, yanıt ölçeği için beklentimin çok altında, beklentimin çok üstünde yaklaşımı kullanılması önerilmiştir. İkincisi ise tecrübe miktarının hizmetten duyulacak beklentileri etkileyeceği görüşünden hareketle, tecrübeli müşterilerden alınan beklenti seviyesinin ortalamasının, tüm müşterilerin beklentileri için bir norm olarak kabul

edilmesidir. Bu normların düzenli aralıklarda yapılacak veri toplama işlemleriyle güncellenebileceği ifade edilmektedir (Robinson, 1999: 28'den aktaran İkiz, 2010: 27,28). Lewis ve Mitchell (1990) ise beklenti ve algı bölümlerinin arka arkaya doldurması yerine ilgili soruların paralel bir şekilde doldurulmasının daha doğru olacağını ifade etmektedirler (İkiz, 2010: 27). Franceschini ve Rossetto (1998) ise beklenti ve algı ölçümlerinin farklı zamanlarda gerçekleştirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Lupo, 2013: 7097). Teng (2007: 477) de anket sorularının yanına “beklenen” ve “mevcut” şeklinde iki sütun ekleyerek tek ankette her soruya iki cevap alma yoluna gitmiştir.

Berry ve Parasuraman, 1997 yılında perakendecilik sektöründe gerçekleştirdikleri araştırma kapsamında doğrudan performans algısını ölçen ve beklenti ile performans algısını birlikte ölçen iki ayrı çalışma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmanın sonucunda beklentilerin ölçülmesinin anketi daha karmaşık, uzun ve pahalı hale getirdiği kabul edilmiştir. Bunun yanında beklenti-algı farklarının ölçümü yoluyla örgütlerin hizmet kalitesini iyileştirebileceği alanların belirlenmesi açısından daha fazla fayda sağlayacağı da iddia edilmektedir (İkiz, 2010: 23).

**Ağırlıklandırma:** SERVQUAL teknik kaliteden ziyade işlevsel kaliteyi ölçmektedir (Mirvea, 2010: 2139). Bu anlamda Kang ve James (2004), modelin hiçbir teknik konuyu değerlendirmeye almamasını eleştirmektedir (İkiz, 2010: 2). Ayrıca SERVQUAL'in hizmet sunum sürecine odaklanması da eleştirilmektedir (Grönroos, 1990; Richard ve Allaway, 1993; Brady ve Cronin, 2001'den aktaran Kayral, 2012: 63).

SERVQUAL içerisinde yer alan beş boyutun birbiri ile bağımlı olmaları nedeniyle önem sıralamasının regresyon analizi ile belirlenmesi de eleştiri konusu olmuştur. Önem, performans ve etkileşim etkilerinin ayrıştırılmasının mümkün olmaması nedeniyle, modellerin karşılaştırılması esnasında önem değişkeni ile ağırlıklandırılan ölçütlerin kullanılmaması gerektiği savunulmaktadır (Cronin ve Taylor, 1994: 129). Bu eleştiriler ışığında SERVQUAL uygulaması içinde müşterilerin önem puanlaması yapmalarını sağlayan bir bölüm eklenmiştir (PZB, 1991: 424'den aktaran İkiz, 2010: 25) Ancak anket yanıtlayıcısı açısından bakıldığında bu puanlamanın yapılması sıkıntılı görülmektedir. 100 puanın dağıtılması konusunda eğitim düzeyi ve bilgi seviyesi önemlidir.

**Anketin yapısı:** SERVQUAL'in uygulanmasıyla ilgili de bazı kritik faktörler bulunmaktadır. Sözel değerlendirme ölçeklerinin kullanımı ile ilgili bazı sıkıntılar bulunmaktadır: Anket yanıtlayıcıları yargılarını ifade ederken merkezi sözel sınıfları tercih etme eğilimindedirler. Ayrıca belirlenen sözel değişkenlerin şekli ve türü ile son olarak kardinal veriden metrik veriye dönüşüm de bu sıkıntılar arasında sayılmaktadır (Lupo, 2013: 7097).

Mirvea (2012: 390) olumlu ve olumsuz ifadelerin bir arada yer almasına ilişkin eleştiriye yer vermiştir. SERVQUAL modelinin ilk sürümünde örneği görülebilecek olan olumsuz ifadelerin anketlerde yer almasının karmaşaya yol açabileceği konusu Babakus ve Boiler (1992) ile Lewis ve Mitchell (1990) tarafından da tartışılmıştır. Modelin 1991'deki yenilemesi sırasında Parasuraman, Berry ve Zeithaml, bu konudaki düzeltmeyi gerçekleştirmiştir (İkiz, 2010: 27-28).

Kesikli 7'li ölçek kullanılmasının puanlamadaki değişkenliğin küçük bir kısmının kaybedilmesine neden olacağından hareketle Lewis ve Mitchell (1990) iki kutuplu semantik fark grafik ölçeğini önermişlerdir. İki uca konulabilecek sembollerle yanıtlayan kişiye görsel kılavuzluk sağlayabilecek bu ölçek Lewis ve Mitchell tarafından test edilmemiştir. Robinson (1999: 29), önerilen bu yöntemin, performansa ve beklentilere ilişkin oldukça doğru bir ölçüm sağlayabileceğini, ancak katılımcının işaretlemelerinden aslında var olmayan bir hassasiyeti var gibi gösterebileceğini ifade etmektedir (İkiz, 2010: 27).

**Genelleştirilebilirlik:** Hizmet kalitesi ölçümünde en çok tercih edilen ölçek olan SERVQUAL bu güne kadar sağlık (Carman, 1990; Headley ve Miller, 1993; Lam, 1997; Kilbourne vd., 2004); bankacılık (Lam, 2002; Zhou vd., 2002); hızlı yiyecek (Lee ve Ulgado, 1997); telekomünikasyon (Van der Wal vd., 2002); perakende zincirleri (Parasuraman vd., 1994); bilgi sistemleri (Jiang vd., 2000) ve kütüphanecilik hizmetleri (Cook ve Thompson, 2001) gibi değişik sektörlerde kullanılmıştır (Ladhari, 2008: 66).

PZB sonuç olarak elde edilen beş boyutun tüm hizmet sektörleri için geçerli olduğunu öne sürmektedirler (Ladhari, 2008: 81). Headley ve Miller (1993) da SERVQUAL modelinin sağlık sektöründe güvenilir olarak uyarlanabileceğini göstermiştir (Kayral, 2012: 65). Lam (1997), Hong Kong'ta gerçekleştirdiği

uygulama sonucunda SERVQUAL modelinin sağlık bakım kalitesini ölçmede güvenilir olduğunu göstermiştir. (Lam 1997: 145–152; Kayral, 2012: 66). Mirza (2010) SERVQUAL ölçeğini aynen kullanan bir araştırmacı iken; Chakravarty (2011), Öziç (2007) ve Teng (2007) uyarlama yoluna gitmiştir. Carrilat, Jaramillo ve Mulki vd. (2007: 472) ise gerçekleştirdikleri analiz sonucunda otel ve banka gibi orta düzey bireyselleştirme seviyesindeki endüstrilerde SERVQUAL'in yordayıcı geçerliliğinin arttığını tespit etmişlerdir.

Son 15 yıldır yazında en az 30 tane endüstriye özel hizmet kalitesi ölçeği geliştirildiği görölmektedir. Saleh ve Ryan (1991), Vandamme ve Leunis (1993), Jabnoun ve Khalifa 2005), Akbaba (2006), Caro ve Garcia (2007) bunlardan bazılarıdır (Ladhari, 2008: 65). Bununla birlikte Ladhari (2008: 79) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda SERVQUAL'in birçok açıdan eleştirilmesine rağmen bu taramada yer alan sadece INDSERV'ün deneysel olarak SERVQUAL'den üstün olduğu gösterildiğini ortaya koymuştur. Diğer bir ilginç nokta da alternatif ölçeklerle SERVQUAL arasında birçok benzerliğin söz konusu olmasıdır.

SERVQUAL'e yapılan en önemli eleştirinin değişik sektörlerde uygulanabilirliği olduğunu ifade etmektedir. Bu eleştiriler sonucunda SERVQUAL'in genel bir ölçü aracı olarak kullanılıp kullanılmayacağı sorgulanmış ve hizmet sektörlerine özel alternatif hizmet kalitesi ölçeklerinin geliştirilebilirliği tartışılmaya başlamıştır (Babakus ve Boller, 1992; Van Dyke vd., 1997; Jabnoun ve Khalifa, 2005; Akbaba, 2006; Caro ve Garcia, 2007). Yazında son yirmi yılda otuz farklı sektör için hizmet kalitesi ölçeği geliştirildiği görölmektedir (Ladhari, 2008: 68). Bu anlamda uygun kavramsal ve yöntemsel modifikasyonlar önerilmiştir (Mirvea, 2012: 390). Carman (1990) ise SERVQUAL'e değişik hizmet sektörleri arası önemli olan belirli boyutlar eklenmesi gerektiğini ifade etmektedir (Mirvea, 2010: 2139). Ayrıca SERVQUAL'in basit bir uyarlamasının da değişik hizmet sektörlerinde uygulanması için yetersiz olacağı ifade edilmiştir (Carman, 1990; Babakus ve Boller, 1992; Brown vd., 1993; Van Dyke vd., 1997). SERVQUAL farklı sektörlerde uygulandığında faktör yapısının kontrol edilmesi gerekmektedir (Aagja ve Garg, 2010: 62). Babakus ve Boller (1992) bazı yerlerde hizmet kalitesinin basit tek boyutlu bir yapı olduğunu, diğer taraftan bazı yerlerde karmaşık ve çok boyutlu olduğunu ifade ederek tek bir genel ölçekten ziyade endüstriye özel ölçülerin

daha uygun olacağını ifade etmektedir. Dabholkar vd. (1996: 14) de aynı bakış açısıyla çalışmasında, hizmet kalitesi alanında yapılacak gelecek çalışmalarda endüstriye özel hizmet kalitesi ölçekleri geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

Bu tartışmaların sonucu olarak son yıllarda çalışmalar SERVQUAL'in uyarlanmasından, endüstriye özel hizmet kalitesi ölçekleri geliştirilmesine kaymıştır (Ladhari, 2008: 68). Her hizmet sektörü biriciktir. Hizmet sağlayıcıları az sayıda bileşenin ortak olacağı düşüncesinden hareketle alternatif ölçekleri uygularken dikkatli olmalıdır. Shemwell ve Yavaş (1999) da gerçekleştirmiş oldukları faktör analizi sonucunda dört ayrı poliklinik hizmet kalitesi boyutu olduğunu belirlemiş ve sonuçların SERVQUAL ölçeğinde yer alan beş boyutun hastane hizmetlerine ilişkin kalite ölçümünde diğer sektörlerde olduğu gibi ortaya çıkmayacağı yönündeki eleştirilerle örtüştüğünü ortaya koymaktadır (Yağcı, 2006: 226). Yağcı (2006: 233) bu noktadan hareketle gerçekleştirmiş olduğu çalışma sonucunda hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beş boyutu olan güvenilirlik, tepkisellik, inandırıcılık, duygudaşlık ve elle tutulurluk özelliklerinin hastane hizmetleri özelinde farklı biçimlerde ortaya çıktıklarının belirlendiğini bildirmektedir. Öziç (2007: 46) SERVQUAL'i modifiye ettiğini ama uyarlamadığını; Türkiye sağlık sektörü özelinde bu tür çalışmalar gerekliliğini vurgulamaktadır.

Ayrıca SERVQUAL ölçeği, hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın bir şekilde kullanılmasına rağmen farklı hizmet sektörlerine uygulanmasında bir takım sakıncalar doğmakta ve bu nedenle sektörün özelliğine göre farklı ölçeklerin geliştirilmesi gerekli olmaktadır (Carman, 1990: 33'den aktaran Kayral, 2012: 41). Akhade, Jaju ve Lakhe (2013: 127) de sağlık bağlamı için özel olarak tasarlanmış araçlar yerine SERVQUAL'in kullanıldığını ifade etmektedir. Sağlık sektörü diğer hizmet sektörlerinden farklıdır. Kötü hizmet, hastanın ölümü ile sonuçlanabilir. Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 124) SERVQUAL'in sağlık alanında uygulanmasının karışık sonuçlar verdiğini; Wisniewski ve Wisniewski (2005) ile Rohini ve Mahadevappa (2006)'nın orijinal beş faktör yapısını savunurken Headley ve Miller (1993)'in altı boyutlu, Lytle ve Mokwa (1992) ile Sandifer-Smallwood (1990)'ın yedi boyutlu, Carman (1990)'ın dokuz boyutlu ve Licata vd. (1995)'in ise 12 boyutlu yapılar kullanmasından hareketle ortaya koymuştur. Shemwell ve Yavaş, hizmet kalitesini değişik hizmet alanlarında ölçmek için geliştirilen SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerinin hastane ortamına uyarlanamadıklarını ve dolayısıyla yapı

geçerliliklerinin düşük olduğunu iddia etmektedirler (Kayral, 2012: 70). Öziç (2007: 65)'in araştırmasının sonunda yer alan açık uçlu sorulara verilen cevapların en çok yemek konusunda gelmesi SERVQUAL'in yetersizliğinin bir göstergesidir.

**Güncellik:** Kullanılmaya başlandığı günden bugüne geçen zamana rağmen 1989'da yapılan değişiklik haricinde SERVQUAL'in aynı kalması da aracın güncelliği konusunda eleştiri konusu olmuştur (Ladhari, 2008: 65).

**Kültürel Uyum:** Amerika kökenli bir ölçek olan SERVQUAL, değişik ülkelerde de uygulanmıştır. Çin (Lam, 2002; Zhou vd., 2002); Avustralya (Baldwin ve Sohal, 2003); Kıbrıs (Arasli vd., 2005); Japonya (Kettinger vd., 1995; Lam, 1997); Kore (Kettinger vd., 1995); Güney Afrika (Pitt vd., 1995; Van der Wal vd., 2002) ve İngiltere (Pitt vd., 1995; Kilbourne vd., 2004) bunlardan bazılarıdır (Ladhari, 2008: 66).

Bu ölçeklerin değişik bağlamlara uygulanırken ekonomik ve kültürel faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir (Ladhari, 2008: 81). Bazı araştırmacılar “güç mesafesi” ve “bireycilik/toplulukçuluk” özelliklerinin farklı olmasından hareketle kültüre özel hizmet kalitesi ölçekleri geliştirilmesi gerektiğini savunmuşlardır (Winsted, 1997; Zhou vd., 2002; Raajpoot, 2004; Karatepe vd., 2005'den aktaran Ladhari, 2008: 79). Örneğin Laroche vd. (2004)'nin yaptığı ve Amerika, Kanada ve Japonya arasında diş hekimliği hizmet kalitesi algılamaları ve müşteri tatmini araştırmasında Japonya'da kalite algılarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Polsa vd., 2013: 56). Carrilat, Jaramillo ve Mulki vd. (2007: 472) ise gerçekleştirdikleri analiz sonucunda daha az bireyselci kültürlerde ve İngilizce konuşulmayan ülkelerde SERVQUAL'in yordayıcı geçerliliğinin arttığını tespit etmişlerdir. Polska vd. (2013: 66) hizmet kalitesinin kültürle ilişkisi üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada güç mesafesi ve bireycilik/toplulukçuluğun hizmet kalitesi ile ilgili kültürel değerler olduğu sonucuna varmıştır. Düşük güç mesafesi olan toplumlarda hastalar, kendilerini hizmet sunanlarla eşit görmek istemekte; hizmet sunanlar da güce dayalı bir saygı beklememektedir. Örneğin İskandinav kanunlarına göre hastalar alternatif tedavi önerebilmektedirler ve doktorlar da bunu dikkate almalıdırlar. Yüksek güç mesafesi olan durumlarda ise sağlık hizmeti verenler hastalara hizmet verirken otoritelerini kullanmaktadırlar. Bireycilik/toplulukçuluk açısından bakıldığında ise Çin ve Hindistan gibi toplulukçu ülkelerde hastanelerin hastaları ziyaret eden akraba ve arkadaşlar için imkânlar

sunması gerekirken; bireyci toplumlarda ise tam tersine böyle imkânlar sunulmasının gerekli olmadığı görülmektedir. Buradan hareketle hastanelerde somut mekânların değişik kültürlerle uygun olmasına dikkat edilmelidir (Polsa vd., 2013: 68). Örneğin Sohail (2003)'in araştırma sonuçlarına göre kamu hastaneleri tarafından düşük ücretli sağlık hizmeti alma imkânı olduğu için Malezyalıların düşük sağlık bakım beklentileri olduğu tespit edilmiştir (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 552) Lu ve Liu (2000) da çalışmalarında SERVQUAL'de yer alan bazı ifadeleri Çin hastanelerine uygun olmadığı için silmiş ve yeni ifadeler eklemiştir (Ayhan, 2009: 66). Yazın taramasında genellikle kullanılan SERVQUAL anketlerinde temizlik ile ilgili soruların yer almadığı görülmektedir. Bazı kültürler için temizlik, hijyen faktör olarak değerlendirilebilmektedir.

**Çeviri farklılıkları:** Öncelikle SERVQUAL kullanan çeşitli yazarların ölçeğin boyutlarını farklı şekillerde çevirdiği görülmektedir. Tablo 6'da SERVQUAL boyutlarının farklı yazarlar tarafından farklı çevirileri bu duruma örnek olarak verilebilir. Ayrıca bazı ifadeler bire bir çevrilmeye çalışıldığı için soruların anlaşılabilirliği problemlile hale gelmiştir. Bu duruma bir örnek Mirza (2010)'nın anketinde 21. Soruda yer alan “*Mükemmel hastaneler müşterilerin çıkarları ile candan ilgilenirler*” ifadesidir. SERVQUAL anketinde yer alan 5. Soru “*Mükemmel hastane bir işi ne zaman yapacağını taahhüt ediyorsa bu işi o zaman gerçekleştirir*” ve 8. Sorular “*Mükemmel hastane hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirir*” ifadeleri ise Türkçe'ye çevrildiklerinde aynı anlamı taşımaktadır. Bu durumdan hareketle Öziç (2007)'in çalışmasında da 8. Sorunun iptal edildiği görülmektedir.

**Tablo 6. Farklı Yazarlar Tarafından SERVQUAL Boyutlarının Çevirisi**

SERVQUAL Boyutları	Yağcı (2006)	Gürbüz ve Ergülen (2006)	Durukan ve Kapucuoğlu İkiz (2007)	Eldem (2009)	Kayral (2012)
<b>Tangibles</b>	Elle tutulurluk	Dokunulur olma	Fiziksel unsurlar	Fiziki görünüm	Elle tutulabilirlik
<b>Reliability</b>	Güvenilirlik	Güvenilirlik	Güvenirlik	Güvenilirlik	Güvence güvenilirlik
<b>Responsiveness</b>	Tepkisellik	Yanıt verme	Heveslilik	Sorumluluk	Anında hizmet verme/ heveslilik yanıt verebilirlik
<b>Assurance</b>	İnandırıcılık	Güven	İnanılabilirlik	Güvence	Güvenilirlik güven telkin etme/yetenlik
<b>Empathy</b>	Duygudaşlık	Empati (Duygu Paylaşımı)	Empati	Duyarlılık	Empati



### 3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Hizmet Kalite Standartları” uygulamaları ile birlikte sağlıkta kalite uygulamaları bir zorunluluk haline gelmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından tüm hastanelere hizmet kalitesi anketi uygulama zorunluluğu getirilmiştir. “Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi”nde söz konusu anketlerin uygulama esasları Tablo 7’de belirtilmiştir. Bu anketler için Bakanlık tarafından önerilen bir örnek anket olmakla beraber (Bkz. Ek-1), kurumlar kendilerine özel anket geliştirebilecekleri yönünde teşvik edilmektedir.

**Tablo 7. HKS Anketleri Uygulama Planı**

HASTANE						
	Uygulama Periyodu	Uygulama Zamanı	Uygulama Alanı	Ay içinde Anket Uygulanacak Asgari Kişi Sayısı 0-200 yatak	Ay içinde Anket Uygulanacak Asgari Kişi Sayısı 201-500 yatak	Ay içinde Anket Uygulanacak Asgari Kişi Sayısı 501 yatak ve üzeri
Ayakta Hasta Memnuniyet Anketi	Her ay	Kişinin istekleri bittiğinde	Tüm Hastanelerde	15	35	50
Yatakta Hasta Memnuniyet Anketi	Her ay	Hasta taburcu edildiği gün	İstisna teşkil etmeyen tüm hastanelerde	15	20	25
Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi	Her ay	Ayaktan hasta taburcu edilirken ya da hasta gözlemlenirken (hekim anket yapılabilir görüşü verdiği takdirde)	İstisna teşkil etmeyen tüm hastanelerde	15	20	25
Çalışan Memnuniyet Anketi	Her dönem bir kez	1. dönem Mart ayında, 2. dönem ise Eylül ayında	Tüm Hastanelerde	<b>Açıklama:</b> Anket uygulama zamanlarında hekim, sağlık hizmetleri sınıfı, diğer (genel idare hizmetleri, teknik personel hizmet alımı personeli) personel gruplarının asgari %50'sine anket		

Kaynak: HKS Klavuzu

Bununla birlikte ülkemizde sağlıkta hizmet kalitesi ölçme uygulamalarına bakıldığında; hastanelerin Bakanlık tarafından verilen anketi; araştırmacıların ise ağırlıklı olarak SERVQUAL ölçeğini kullandıkları görülmektedir. Oysaki ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları ve öncelikleri birbirinden farklıdır (HKS Klavuzu: 4). Baş (2006: 191-192) da her iki dilin ait olduğu toplumlar arasındaki kültürel ve ekonomik farklılıkların ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerini azaltacağı nedeniyle çeviri anket kullanımını kesinlikle tavsiye etmemektedir. Grönroos, hizmet kalitesi ölçümünde yazında en çok yer alan SERVQUAL ölçeğinin yanlış kullanıldığını ifade

etmektedir. Kullanılacağı çerçeveye göre ölçeğin yeniden değerlendirilmesi, gerektiğinde yeni boyutlar eklenmesi veya boyutların çıkarılması gereğine vurgu yapan Grönroos (2007: 86), algılanan kaliteyi ölçmenin yeni yollarının bulunması gerektiğini belirtmektedir (Grönroos, 2007: 88). SERVQUAL ölçeğini geliştiren araştırmacılar Parasuraman vd. (1988: 31) de ölçeğin uyarlanabileceğini ifade etmişlerdir. Örneğin Miranda (2010) tarafından ortaya konan HEALTHQUAL ölçeği Ruiz vd. (1995)'in uyarlamasının ikinci bir uyarlamasıdır (Miranda, 2010: 2140).

Bölüm 3.1'de yer alan eleştiriler neticesinde Pai ve Chary (2013) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda araştırmacıları sağlık kalitesini ölçmek üzere SERVQUAL'i uyarlamaktan ziyade, sağlık sektörü bağlamında boyutları değerlendirmeye ve yeni araçlar geliştirmeye çağırılmaktadır. Butler vd. (1996) de hastane ortamında hizmet kalitesi göstergelerinin mevcut hizmet kalitesi ölçeklerinden hareketle türetilmesinin yetersiz olacağını ifade etmektedir. Bu amaçla SERVQUAL'in işlevsel kalitenin ölçümünde bir başlangıç noktası olarak kullanılabileceği ancak özel durumlar için ilave boyutlar eklenebileceği ifade edilmiştir. Easterby-Smith vd. (2002: 134) yazında daha önce uygulanan anketlerin varlığı olması durumunda bu anketlerden maddeler veya bölümler alınabileceğini savunmaktadır. Sağlık bağlamında da birçok anket tabanlı araştırma gerçekleştirilmiştir. Söz konusu araştırmaların başlangıç aşamasında faydalı olacağı ifade edilmektedir (Pai ve Chary, 2013: 330).

Yazında hizmet kalitesinin bağlama özel olarak ölçülmesi gerektiği vurgulanırken; genellikle genel ölçeklerin geliştirildiği ifade edilmektedir (Akter, D'Ambra ve Ray vd., 2013: 181). Chahal ve Kumari (2010: 231) da hizmet kalitesi ölçmenin çok karmaşık bir olgu olduğunu, bu nedenle de sektöre özel olması gerektiğini savunmaktadır.

Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 571)'nin tespiti ise son zamanlarda gelişmekte olan ülkelerde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet üzerinde çok az çalışma gerçekleştiğini yönündedir. Aagja ve Garg (2010: 64) da sağlık hizmet kalitesi ölçümü için geliştirilen ölçeklerin genellikle gelişmiş ülkelerde yapıldığı için gelişmekte olan ülkeler için genelleştirilemeyeceğini savunmaktadır. Nitekim çeşitli kültürler, kendi sosyokültürel davranış modellerini ve değerlerini geliştirdiklerinden dolayı tavırlara ve davranışlara ilişkin olgular da çok farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Vavra (1999: 463-464) ideal olanın her

kültürde aynı soruların sorulduğu “etik yaklaşım” yerine “emik yaklaşım” içerisinde her bir kültüre özgü ölçümler ve ölçekler geliştirmenin gerekli olduğunu ifade etmektedir.

Yağcı (2006: 233) Türkiye bağlamında gerçekleştirmiş olduğu çalışmada hastane türleri arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda hastaların en iyi hizmeti özel hastanelerden aldıklarını, üniversite hastanelerinin ise özel hastaneleri takip ettiklerini tespit etmiştir. Devlet hastaneleri ise bu sıralamada en sonda yer almaktadır. Bu durum devlet hastanelerinde kalite çalışmalarının gerekliliğinin bir göstergesidir. Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan istatistiki tablolar incelendiğinde 2015 yılında devlet hastanelerindeki muayene sayısı 300 milyonun üzerinde iken; özel ve üniversite hastanelerinin toplam sayısı ancak 100 milyonu bulmaktadır (<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>). Genel sağlık istatistiklerine bakıldığında 2004 yılında %50'nin altında olan memnuniyet düzeylerinin, 2013 yılında %75'e çıktığı; 2014 ve 2015 yılında ise bir miktar gerileme yaşandığı görülmektedir (<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>).

Hastane bünyesinde gerçekleştirilen kalite çalışmaları yatan hasta, poliklinik ve acil servis şeklinde ayrılmaktadır. Yatan hasta servislerinde, sağlık ve otelcilik hizmetleri bir arada olduğu için daha geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır. Üstelik hastanedeki geçirdikleri sürenin artması ile birlikte kalite değerlendirmeleri daha fazla anlam kazanmaktadır. 2016 yılının ilk 6 aylık genel hizmet bilgileri incelendiğinde de kurumların %59'unun devlet hastanesi olduğu ve yatan hastaların %55'inin devlet hastanelerinde yattığı görülmektedir (<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>).

Bu çalışma kapsamında öncelikle gerek yurtdışında gerekse ülkemizde sağlık hizmet kalitesi ölçümüne yönelik yaklaşımlar ve uygulamaların incelenerek Türkiye şartlarında geçerli ve yararlı olabilecek bir kavramsal çerçeve oluşturulması planlanmıştır. Sağlık hizmet kalitesi değerlendirilmesinde yerli ve yabancı yazındaki çalışmalarda genellikle Amerikan ekolünü temsil eden SERVQUAL ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı ve genellikle tek düzeyli boyut yapısının tercih edildiği görülmektedir. Bu çalışmada İskandinav ve Amerikan bakış açısı ile Türkiye bağlamı birlikte ele alınarak yatan hastaların hizmet kalitesi algılamalarını ölçmek üzere kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçeğin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu

süreçte yatan hastaların sağlık hizmeti alma süreci bir bütün olarak ele alınmış ve uygulanabilir bir yaklaşım geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın ana amacı yatan hasta hizmet kalitesini değerlendirmeye yarayan bir ölçek geliştirmek olmakla birlikte ölçeğin uygulandığı hastaların deneyimlerine bağlı olarak algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve uygulama yapılan hastanede verilen hizmetlerin aksayan yönlerinin belirlenmesi, hizmet kalitesi boyutlarının tespit edilmesi ve bunların önem derecelerinin saptanması, kontrol değişkenleri olan hastaların eğitim düzeyleri, gelir durumları ile hastaneye ilk geliş durumları ve hastaneyi tercih etme nedenlerini göz önüne alarak hizmet kalitesi boyutları ve algılanan hizmet kalitesinin değerlendirmesinin yapılması da amaçlanmıştır.

### **3.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları**

Araştırma sürecinde gerek ölçekte yer alacak soruların türetilmesi aşamasında, gerekse ölçeğin uygulanması noktasında görüşülen, doktor, uzman ve hastaların doğru değerlendirme yaptıkları varsayılmıştır. Araştırmaya konu olan hastanenin Türkiye devlet hastanelerini temsil ettiği, çalışmanın bir diğer varsayımıdır. Ayrıca ankete katılan yatan hastaların ölçme aracını doğru bir şekilde yanıtladıkları kabul edilmektedir.

Çalışmanın birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle bilimin her zaman dünyayı sadeleştirilerek açıklamaya çalışması (Kalof, Dan ve Dietz, 2008) kapsamında var olan gerçeğin sadece bir bölümünün modellenmesi çalışmanın ilk kısıtıdır. Sosyal bilimlerin en büyük problemi, araştırma nesnesi olan insanın tepkisel olmasıdır (Kalof, Dan ve Dietz, 2008). İnsan niyetlerinin anket, telefon kayıtları, kamera kayıtları, mülakat vb. tekniklerle tam olarak tespit edilmesi mümkün değildir. Sosyal bilim alanında çalışma nesnesi insan olduğu için çeşitli deneyler yapmanın mümkün olmaması “pratik kısıt” ve “etik kısıt” tır (Kalof, Dan ve Dietz, 2008).

Sosyal bilimlerde verilerin zamana ve yere bağlı olarak yani bağlama bağlı olarak değişebilmesi de çalışma sonuçlarının değerlendirme aşamasında bir sınırlılıktır (Kalof, Dan ve Dietz, 2008). Verilerin kesitsel olarak toplanmasından dolayı nedensellik ilişkisi hakkında çıkarımlarda bulunulamaması da (Önder ve

Basim 2008: 520) bir kısıt olarak değerlendirilebilir. Bu araştırmada da sadece tek bir zamanda anket uygulandığı için kesitsel veri ile çalışılmıştır. Her ne kadar gelecek çalışmalarda boylamsal veriler ile çalışılması tavsiye edilse de (Voon, 2014; Chahal ve Kumari, 2010; Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007) zellikle yatan hastaların algılanan hizmet kalitesi ölçümü için uygulamada mümkün bir uygulama değildir. Araştırma sadece bir ülkede (Türkiye), bir hizmet sektöründe (sağlık) ve bir devlet hastanesinde uygulanmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Yöntemi**

Ford vd. (1997) yaptıkları çalışmada sağlık işletmelerinde hasta memnuniyeti ölçümü için yazında kullanılan yöntemlerin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirdikleri çalışmalarında yöntemleri nitel yöntemler (yönetici gözlemleri, geri bildirim programları, ekip çalışmaları ve kalite çemberleri, odak grup çalışmaları) ve nicel yöntemler (tavsiye kartları, posta yoluyla anket, yüz yüze anket, telefon yoluyla anket ve hayali müşteri yoluyla gözlem) olmak üzere iki grupta incelemektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmaların genelinde, hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntemin, anket yöntemi olduğu görülmektedir (Taş, 2009: 254).

Bu araştırma yatan hastaların hizmet kalite algılarını ölçebilecek bir anket geliştirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle keşifsel nitelikteki çalışma için problem cümleleri veya hipotezler geliştirilmemiştir (Erdemir, 2007: 139). Creswell (2009) de keşfedici çalışmalarda hipotez geliştirilmediğini ifade etmektedir (Richardson, 2012: 74). Ölçek geliştirmeyle ilgili olarak bu konudaki temel kaynaklardan ve bu çalışmayla benzerlik taşıyan konularda yapılan ölçek geliştirme çalışmalarından yararlanılmıştır.

Araştırma; alıcı kitlesi açısından toplumsal dünya hakkındaki esas bilgileri ilerletmek ve kuramsal bilgiler oluşturmak/test etmek için tasarlanması açısından “temel araştırma” olarak nitelendirilebilir. Ayrıca sosyal bilimler alanında yapılan araştırmaların çoğunda olduğu gibi zamanda bir noktada gözlem yapıldığı için çalışma “kesitsel araştırma” sınıfında incelenmektedir (Neuman, 2006/2007: 36-38’dan aktaran Koç, 2008: 111). Araştırmaya konu olan değişkenler arasındaki

nedensel ilişkiler incelendiği için “açıklayıcı” bir araştırmadır (Altunışık ve diğerleri, 2007: 61-6238’den aktaran Koç, 2008: 111).

### 3.5. Araştırma Tasarımı

Temel olarak araştırma tasarımları üç bölümde incelenmektedir. Bunlardan ilki yapılandırmacı paradigmaya sahip, çoklu ve sosyal olarak inşa edilen gerçeklerin varlığını kabul eden; araştırmacı ile katılımcılar arası ilişkiye dikkat çeken “nitel araştırma” tasarımıdır. “Nitel araştırma” tasarımlar, pozitivist/post-pozitivist paradigmaya sahip tek bir gerçeğe ve araştırmacının nesnelliğine vurgu yapan deneysel tasarımlardır. Üçüncü tür tasarımlar ise verinin çeşitlendirilmesine (triangulation) izin veren “karma tasarım”lardır (Richardson, 2012: 72).

Yazında hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan yaklaşımlar *özelliklere dayalı* ve *nitel yaklaşımlar* olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Özelliklere dayalı yaklaşımlar içerisinde en çok bilineni SERVQUAL’dır (Grönroos, 2007: 83). SERVPERF, INTSERVQUAL vb. teknikler yine bu kapsamda değerlendirilmektedir. Kritik olay tekniği de nitel yaklaşım olarak ifade edilmektedir. Bu çalışma kapsamında temel olarak özelliklere dayalı bir yaklaşım izlenmesi planlanmaktadır.

Yazın incelendiğinde hizmet kalitesi ölçümlerinin *müşteri* veya *çalışan (iç müşteri)* algısına göre yapıldığı ifade edilmektedir. Yazında çalışan algılarının, müşteri algılarının bir öncülü olduğuna yer verilerek genellikle müşteri algıları üzerine yoğunlaşmaktadır (Voon ve ark. 2014: 275). Bu çalışma kapsamında müşteri algılarına yönelik bir ölçme yapılması planlanmaktadır.

Ölçek geliştirme noktasında ne yazık ki tüm maddelerin dikkatli bir şekilde geliştirilmediği; çoğu için “geliştirme” kelimesinden ziyade “montaj” kelimesini kullanmanın daha doğru olacağı iddia edilmektedir (DeVellis, 2003: 10). Oysaki kötü bir ölçüm aracını kullanmanın maliyeti, yararlarından daha fazla olacaktır (DeVellis, 2003: 12).

Schwab (1980) tarafından önerilen ölçek geliştirme süreci madde havuzu oluşturulması, ölçek geliştirilmesi ve ölçek değerlendirilmesinden oluşmaktadır.

Parasuraman vd. (1988), Ding (2007) ve Aagja ve Garg (2010) bu süreci izlemiştir (Aagja ve Garg, 2010: 64). Hadwich vd. (2010: 112) ise ölçek geliştirmek için Rossiter tarafından önerilen COARSE prosedürünü uygulamıştır. Lam (2000: 42) tarafından gerçekleştirilen ölçek geliştirme çalışması ise dört aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama boyutları temsil eden maddelerin belirlenmesini ifade eden içerik geçerliliği aşamasıdır. İkinci aşama pilot çalışma, üçüncü aşama açıklayıcı faktör analizi ve son aşama ise doğrulayıcı faktör analizi şeklindedir. Bu araştırma kapsamında ise DeVellis (2003: 60-96) tarafından ortaya konulan ve sekiz adımdan oluşan “Ölçek Geliştirme Kılavuzu” dikkate alınmıştır. Yağcı (2006: 224) da DeVellis’in ölçek geliştirme sürecini uygulayan araştırmacılardandır. Söz konusu ölçek geliştirme süreci Şekil 16’da görselleştirilmiştir.

### **3.5.1. Ölçülecek Yapının Belirlenmesi**

Kavram/yapı bir grup ilişkili değişken tarafından dolaylı olarak ölçülen, gözlenemeyen bir olgudur (Hair vd., 2008: 147). Pazarlama araştırmalarında müşterilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir gibi nesnel özelliklerinin yanında duygular, kişilik, bir ürüne karşı tutum, marka bağlılığı gibi öznel özellikleri ile de ilgilenilmektedir (Hair vd., 2008: 148). Bu adım kapsamında ölçülmek istenen yapının açık bir şekilde belirlenmesi için kuramdan faydalanılmıştır. Bu anlamda 1. ve 2. Bölüm’de yer alan kuramsal bilgiler detaylı bir şekilde analiz edilmiştir.

Hizmet kalitesi yazınının temel çalışmalarından biri olan Grönroos’un “Algılanan Hizmet Kalitesi (Perceived Service Quality-PSQ)” modeli, bu çalışma için de başlangıç noktası olmuştur. Ancak yazarın da belirttiği üzere (2007: 90) bu model, her ne kadar imaj faktörü dinamik bir boyut kazandırsa da, statik bir modeldir. Genel olarak da hizmet kalitesi modellerinin statik olduğu ifade edilmektedir. 1990’lar ile birlikte dinamik model arayışlarının başladığı, bu noktada da anahtar kavramın “etkileşim” olduğu ifade edilmektedir (Grönroos, 2007: 91).

Yağcı (2006: 227)’nin çalışmasında da hastanın hekime ulaşmadan önce aldığı randevu ve kayıt işlemleri, bekleme süresi ve hekimlik hizmetlerinden önce verilen hemşirelik hizmetleri muayene öncesi hizmetler (MÖH) altında incelenmiştir. Bu düşünce yapısı sürecin göz önünde bulundurulduğunu göstermektedir.

## Şekil 16: Ölçek Geliştirme Süreci



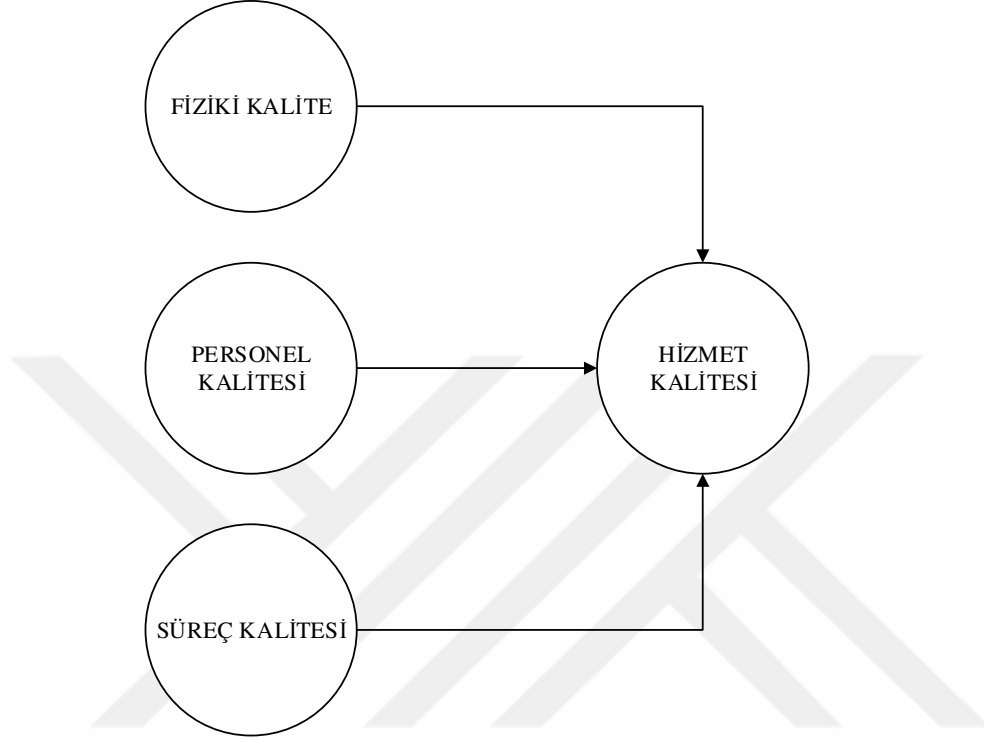
Kaynak: DeVellis (2003)

Araştırma “Yatan hastaların hizmet kalite algılarını etkileyen faktörler nelerdir?” sorusundan yola çıkılarak modellenmiştir. Şekil 17’de yer alan söz konusu modelde yer alan bağımsız değişkenler fiziki özellikler, personel ile ilgili özellikler ve süreç ile ilgili özelliklerdir. Hizmet kalitesi ise modelde yer



alan bağımlı değişkendir. Model hiyerarşik bir şekilde modellenmiştir. Bu anlamda Senic ve Marinkovic (2013)'in çalışması ile benzerlik taşımaktadır.

**Şekil 17: Araştırma Modeli**



### 3.5.2. Madde Havuzunun Oluşturulması

Hinkin (1995: 969) ölçekte yer alacak soruların geliştirilmesinde tümdengelim ve tümevarım olmak üzere iki yöntemin tercih edilebileceğini belirtmektedir (Erdemir, 2008: 140). Tümdengelim yöntemi ölçeğin geliştirileceği alanda yeterli kuramsal birikimin bulunması durumunda tercih edilirken; aksi durumda tümevarım yönteminin kullanılması önerilmektedir. Madde havuzu oluşturulması, tümdengelim yönteminin esası gereği önceki çalışmalardan hareketle maddelerin belirlenmesidir. Madde havuzu oluşturulması keşifsel bir çalışmadır ve hizmet kalitesi yapısının tanımlanması, hizmet kalitesi boyutlarının belirlenmesi ve hizmet kalitesi boyutlarını tanımlayan madde/ifadelerin belirlenmesidir (Aagja ve Garg, 2010: 64). DeVellis (2003: 65) başlangıç madde havuzunda kaç madde olacağına ilişkin belirli bir sayı bulunmadığını ifade etmektedir. Bu aşamada maddeler arasındaki korelasyonların doğası hakkında bilgi sahibi olunmadığı için,

madde sayısının fazlalığının kötü içsel tutarlılığa karşı bir sigorta olduğuna yer verilmektedir. Bu anlamda genel olarak da madde havuzu ne kadar fazla olursa o kadar iyidir. DeVellis (2003: 66) bu anlamda 10 maddelik bir anket için madde havuzunda 40 soru yer almasının iyi olacağını; bu kadar soru bulunmadığı durumda en azından soru sayısının %50 fazlası kadar soru olması gerektiğini savunmaktadır. Ladhari (2008: 76) sağlıkta hizmet kalitesi alanında gerçekleştirdiği yazın taraması sonucunda ölçek madde sayısının 14 ile 75 madde arasında değiştiğini tespit etmiştir. Pai ve Chary (2013: 324) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda son aşamada elde edilen ölçekte yer alan madde sayısının 14 (Shemwell ve Yavaş,1999) ile 86 (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman vd., 2008) arasında değiştiğini tespit etmiştir. Bu anlamda sağlıkta hizmet kalitesi konusunda geliştirilmesi planlanan ölçeğin madde havuzu aşamasında en az 56 soru olması gerektiği sonucuna ulaşılabilir.

Aagja ve Garg (2010: 64) da Dabholkar vd.(1996) ve Sureshchander vd. (2002)'in yapmış olduğu gibi madde havuzu oluşturmak için başlangıç noktası olarak SERVQUAL'den faydalanmışlardır.

Yazında geliştirilen ölçekler incelendiğinde öncelikle yazın taramasından hareketle ölçek maddelerinin türetildiği, sonrasında odak grup veya uzman görüşlerinden yararlanmak yoluyla ölçeğin ilk halinin geliştirildiği görülmektedir. Pilot uygulama ile anket uygulayıcılarından gelen geribildirimler de dikkate alınarak ölçüm aracı son haline getirilmektedir (Voon, 2014). Ladhari (2008: 76) sağlıkta hizmet kalitesi alanında gerçekleştirdiği yazın taraması sonucunda çoğu araştırmacının yazın taraması sonucunda bir başlangıç havuzu oluşturarak yola çıktıklarını; daha sonra bu havuzdaki maddelerin odak gruplar (Mentzer vd., 1999; Sower vd., 2001; Vaughan ve Shiu, 2001; Aldlaigan ve Buttle, 2002; Khan, 2003; Wilkins vd., 2007); ve/ veya hizmet sağlayıcı veya kullanıcılarla yapılan kişisel mülakatlar (Aldlaigan ve Buttle, 2002; Janda vd., 2002; Getty ve Getty, 2003; Karatepe vd., 2005; Caro ve Garcia, 2007) sonucu rafine edildiğini tespit etmiştir. Teng (2007: 483) ise yatan hastaların tamamen iyileşmedikleri için odak gruplara katılma isteklerinin düşük olacağından hareketle odak grup oluşturmadığını ifade etmiştir. Bazı durumlarda da SERVQUAL madde havuzu oluşturmak için bir başlangıç noktası olarak (Dabholkar vd., 1996; Frochot ve Hughes, 2000;

Sureshchandar vd., 2002) veya yeni araçlar için temel yapı olarak kullanılmıştır (Engelland vd., 2000, Khan, 2003; Markovic, 2006).

Bu çalışma kapsamında da benzer bir süreç izlenmiştir. Bu bağlamda yazından hareketle madde havuzu oluşturulması çalışması gerçekleştirilmiştir. Her insan hayatı boyunca az veya çok sağlık hizmeti almak için hastanelere gitmektedir. Bu hizmetin alımı esnasında farkında olmadan katılımcı gözlem yapılmaktadır. Bu gözlemler neticesinde elde edilen olumlu/olumsuz bilgiler diğer insanlarla paylaşılmaktadır.

Ölçek geliştirme sürecinin madde havuzu oluşturma aşamasında öncelikle alan yazında yer alan anketler incelenmiştir. Yazındaki anketlerde tespit edilen sorunlardan ilki İngilizce'den Türkçe'ye çeviri sırasında yaşanan problemlerdir. Özellikle SERVQUAL ölçeğinin birebir çevirisinde sıkıntılı ifadeler yer almaktadır. Örneğin Mirza (2010) tarafından gerçekleştirilen çeviride 21. Soruda yer alan "*Mükemmel hastaneler müşterilerin çıkarları ile candan ilgilenirler*" ifadesi buna örnek olarak gösterilebilir. SERVQUAL anketlerinin sağlık hizmetlerinde kullanılmasında karşılaşılan diğer bir sorun, temizlik ile ilgili soruların yer almamasıdır. SERVQUAL anketinde yer alan 5. Soruda yer alan "*Mükemmel hastane bir işi ne zaman yapacağını taahhüt ediyorsa bu işi o zaman gerçekleştirir.*" ve 8. Soruda yer alan "*Mükemmel hastane hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirir*" ifadeleri Türkçe'ye çevrildiklerinde aynı anlamı taşımaktadır. Bu durumu farkederek Öziç (2007) tarafından da 8. Soru iptal edilmiştir. Yazında yer alan ölçeklerde tespit edilen diğer bir sorun bazı sorularda iki özelliğin aynı anda sorulmuş olmasıdır. Örneğin Tokay (2000)'ın ölçeğinde 30. Soruda temizlik ve düzen; 32. Soruda ise aydınlanma ve ısınma aynı soruda sorulmuştur.

Anket sorularının yazımının bilimden çok sanat olduğu da ifade edilmektedir. Dilbilgisi ve yazım kurallarına uyulmasının yanısıra soruların iyi bir şekilde ifade edilmesi gerekmektedir (Baş, 2006: 71). Soru ifadeleri yazılırken soruların amacı karşılamasına, bir konuda yalnız bir soru sorulmasına, ifadelerin kısa, basit ve tutarlı olmasına; yönlendirici ifadeler kullanılmamasına dikkat edilmiştir (Baş, 2006: 71-76). İzleyen bölümde anket öncesi sorular, anket soruları ve anket sonrası sorular dayanakları ile birlikte gösterilmektedir. Ölçekte yer verilmeyen sorular ile yeni eklenen sorular da ayrıca belirtilmiştir. Ankette yer alan soruların olumlu olmasının dayanakları ile boyut yapısına ilişkin bilgilere de bu bölümde yer verilmiştir.

## **Anket Öncesi Sorular**

**Yattığınız Servis:** Pai ve Chary (2013: 332) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda hastane içerisindeki bölümler arasında hizmet kalitesini karşılaştıran çalışmalara rastlanmadığını ifade etmektedir. Araştırmacıların çalışmalarında hastalık türüne yer vermediklerini ve gelecek çalışmalarda değişik hastalıklara sahip hastaların hizmet kalitesini karşılaştırılmasını önermişlerdir. Tokay (2000), Öziç (2007) ve Yaşa (2012) da ölçeklerinde yatılan servise bir bölüm ayırmışlardır.

**Yatış Şekliniz:** Yatan hastalar normal süreçte poliklinik muayenesi sonucu yatışlarına karar verilebildiği gibi, acil servis veya başka hastaneden sevk yoluyla da yatışları gerçekleştirilebilmektedir. Üniversite hastaneleri için diğer bir seçenek de öğretim üyeleri tarafından gerçekleştirilen özel muayenedir. Tokay (2000)'ın çalışmasında da yatış şekline yer verilmiştir.

**Odanızın Türü:** “Özel oda” veya “normal oda” seçeneklerinin yer aldığı soru ile yatan hastaların kaldığı odanın türüne göre hizmet kalitesi algılarının değişip değişmeyeceğinin analiz edilmesi planlanmaktadır.

**Odanızda Kalan Hasta Sayısı:** Bir önceki soruda normal odada kaldıklarını ifade eden hastaların odalarında kalan hasta sayısı da ayrıca sorulmuştur. Özellikle devlet hastanelerinde normal odalarda hasta sayıları fazla sayıda olabilmektedir. Bu durumun da hastaların hizmet kalitesi algılarını etkileyebilecekleri düşünülmüştür. Yaşa (2012) ve Tokay (2000) da çalışmalarında odada kalan hasta sayısına yer vermişlerdir.

**Hastanede kaç gündür kalıyorsunuz?** Grönroos (2007: 101), Yüce (2011) ve Lee vd. (2013: 28)'nin diğer bir tespiti de, çoğu çalışmada tedavi sonucunda ölçüm yapıldığı; en çok acı çekilen tedavi öncesi ve tedavi süresince hastaların deneyimlerinin ihmal edildiği yönündedir. Pai ve Chary (2013: 332) de yazın taramasında hiçbir çalışmada kısa ve uzun dönemli hastaların kalite algılarının karşılaştırılmadığına yer vermektedir. Lee vd. (2013: 29) çalışmasında hasta deneyimini tedavinin üç aşaması (tedavi öncesi-tedavi sırası-tedavi sonrası) aracılığı ile ölçmek yoluyla sağlıkta kalite anlamında yeni bir yol önermiştir. 2016 yılının ilk 6 aylık verileri incelendiğinde devlet hastanelerinde ortalama kalış süresinin 4,32 gün olduğu görülmektedir. Özel hastanelerde hastalar ortalama 2.5 gün kalırken;

üniversite hastanelerinde bu sayı 5.2 güne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015, <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>).

**Bu hastanede ilk kez mi yatıyorsunuz?** Oliver (1980: 462) ise müşterinin hizmet tecrübesi arttıkça, önceki tecrübesinde oluşturduğu hizmet kalitesi algısının müşterinin hizmet kalitesi algısı üzerinde etkisini gösterdiğini ifade etmektedir (İkiz, 2010: 29). Hair vd. (2008: 26) ve Grönroos (2007: 113) da hizmet kalitesi açısından ilk müşteri/tekrarlı müşteri ayırımına yer vermişlerdir. Senic ve Marinkovic (2013) ölçeğinde hastaların kaçınıcı gelişi olduğuna yer verirken; tüm HKS anketlerinde; Yaşa (2012) ve Taş (2009)'ın çalışmalarında bu bağlamda sorular bulunmaktadır.

**Hastanede yatış sebebiniz:** Bu soru ile hastaların ameliyat nedeniyle mi, tetkik/televi amacıyla mı hastanede kaldıkları sorgulanmaktadır.

**Tablo 8. Ölçekte Yer Alan Maddelerin Dayanakları**

No	Soru İfadesi	Doğrudan/Dolaylı Olarak Yer Verilen/Esinlenen Kaynaklardan Bazıları
1	Randevu alırken sıkıntı yaşamadım.	Yaşa (2012), Taş (2009), Miranda (2012)
2	Hastaneye ulaşım konusunda sıkıntı yaşamadım.	Yaşa (2012), Taş (2009), Miranda (2012)
3	Doktorumu kendim seçtim.	HKS Ayaktan
4	Hastane içerisinde yönlendirme tabelaları yeterli.	Yaşa (2012), Yüce (2011), Tokay (2000), Serbest (2006), Taş (2009) Raposo vd. (2009)
5	Aradığım yeri rahatlıkla buldum.	Taş (2009)
6	Muayene işlemlerinde sıkıntı yaşamadım.	Senic ve Marinkovic (2013)
7	Doğru teşhis aldığımı düşünüyorum.	Serbest <sup>1</sup> (2006)
8	Yatış işlemlerinde sıkıntı yaşamadım.	Tokay <sup>2</sup> (2000)
9	Hasta hakları konusunda bilgilendirildim.	Grönroos (2007: 75), Yaşa (2012)
10	Yatış süresince gerçekleştirilecek işlemler ile ilgili olarak bilgilendirildim.	Gülmez <sup>3</sup> (2005: 166)
11	Hastaneyi genel olarak temiz buldum.	HKS tümü, Serbest (2006), Tokay (2000)
12	Odamı genel olarak temiz buldum.	HKS yatan, Yaşa (2012), Tokay (2000)
13	Yatak çarşafılarımı temiz buldum.	Yaşa (2012), Tokay (2000)
14	Odamın sıcaklığını uygun buldum.	HKS Yatan, Tokay (2000), Yaşa (2012), Yüce (2012)
15	Rahatsız edici bir gürültü yok.	HKS yatan, Yaşa (2012) Tokay (2000)

<sup>1</sup> Teşhis ve tedavi tek soruda sorulmuştur. Bu anket sorularının hazırlanması açısından problemlidir. Bu nedenle doğru teşhis 7. Soruda sorulurken; 68. Soruda doğru tedavi hakkındaki görüşlere yer verilmiştir.

<sup>2</sup> Yatış sürecinin kolay ve hızlı olması ile personelin nazik ve yardımsever oluşuna ilişkin iki soru tek bir soruda birleştirilmiştir.

<sup>3</sup> Hastaların, neyi beklediklerini bildiklerinde kendilerini psikolojik olarak daha rahat hissettikleri ve hizmetten daha tatminkâr olacakları ifade edilmektedir. Belirsizliğin azalması stresi azaltacak, hasta tatminini çoğaltarak hizmet vereni tavsiye etme istekliliğini de arttıracaktır.

No	Soru İfadesi	Doğrudan/Dolaylı Olarak Yer Verilen/Esinlenen Kaynaklardan Bazıları
16	Havalandırma yeterli.	Yaşa (2012) Yüce 2012 Tokay (2000)
17	Aydınlatma yeterli.	Kumaraswamy (2012), Yaşa (2012) ve Tokay <sup>4</sup> (2000)
18	Yatağım rahat.	Grönroos (2007: 11), Tokay (2000)
19	Odadaki buzdolabı, televizyon gibi eşyalar çalışıyor.	HKS Yatan
20	Odadaki eşyalar yeni <sup>5</sup> .	Yaşa (2012), Serbest (2006), Kumaraswamy (2012), Tokay (2000), Taşkiran Mohammad (2007), Öziç (2007), Mirza (2010), Eldem (2009), Yüce (2011).
21	Otopark yeterli.	Tokay (2000), Kayral (2012)
22	Genel olarak yemekler iyi.	Öziç (2007), Mosadegrad (2013), Ayhan <sup>6</sup> (2009)
23	Yemekler sıcak.	HKS Yatan, Yaşa (2012)
24	Yemekler lezzetli.	HKS Yatan, Yaşa (2012), Tokay (2000)
25	Yemek çeşitleri iyi.	Tokay (2000)
26	Yemekler doyurucu.	Tokay (2000)
27	Yemekler dağıtım zamanlarına uygun şekilde dağıtılıyor.	Tokay (2000)
28	Yemekler temizlik şartlarına uygun.	Tokay (2000), Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)
29	Doktorlar hastalığım ve tedavisi konusunda yeterli bilgi verdi.	Grönroos (2007: 75), HKS tümü, Kumaraswamy (2012), Tokay (2000), Serbest (2006), Yaşa (2012)
30	Doktorlar soru sormama izin verdi.	Senic ve Marinkovic (2013)
31	Doktorlar sorularıma cevap verdi.	Mosadegrad (2013)
32	Doktorlar bana yeterli zaman ayırdı <sup>7</sup> .	HKS Yatan, HKS Ayaktan, Yaşa (2012)
33	Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdi.	HKS yatan, Yaşa (2012), Serbest 2006, Tokay (2000), Gözlem <sup>8</sup>
34	Doktorumun benimle olan ilişki <sup>9</sup> si iyiydi.	Mosadegrad <sup>10</sup> (2012) Grönroos (2007: 23-81)
35	Hemşire <sup>11</sup> lerin benimle olan ilişkisi iyiydi.	Mosadegrad (2012)
36	Doktor bana kibar ve saygılı davrandı.	SERVQUAL, HKS Ayaktan ve HKS
37	Hemşireler bana kibar ve saygılı davrandı.	Acil: Tüm personeli kapsayan genel

<sup>4</sup> Tokay (2000) aydınlanma ve ısınmayı aynı soruda sormuştur.

<sup>5</sup> SERVQUAL'de yer alan bazı soruların hastalar tarafından daha kolay anlaşılabilmesi amacıyla sade bir şekilde sorulması amaçlanmıştır. Örneği bu ifade "Modern Görünümlü (Son Model) Malzeme" şeklinde çevrilen soru yerine kullanılmıştır.

<sup>6</sup> Bu araştırma kapsamında "Yemekler güzel sunulmalı" Yemeğin düzeni güzel olmalı", "Yemekler servis edildiğinde hala sıcak olmalı", "Her yemekten sonra tabaklar temizlenmeli", "Sipariş ettiğim yemek bana verilmeli", "Menüde yemek seçimi olmalı", "Yemek servis edildiğinde, porsiyonun büyüklüğü hakkında bana sorulmalı" şeklinde çok detaylı sorular yer almaktadır.

<sup>7</sup> SERVQUAL'de yer alan "Hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmak" (Taşkiran Mohammad, 2007; Öziç,2007; Mirza, 2010; Eldem, 2009) yerine sorulmuştur. Kennedy, Caselli ve Berry (2011: 388) de sağlık hizmet sağlayıcılarının özelliklerinden birinin yeterli vakit ayırma olduğunu ifade etmektedir.

<sup>8</sup> Araştırmacının bir yakının beyin filminin çekilmesi için gidildiğinde, saçlarının kazıtılması gerekliliği bilgisinin önceden verilmemesi nedeniyle çekimin gerçekleşmemesi, hastaların bilgilendirilmeleri konusundaki eksikliğin göstergesidir. Üstelik sonrasında başka bir doktor tarafından saçın kazınmasına gerek kalmadan filmin çekilmesi, hastaların kalite değerlendirmelerinde teknik kalite konusundaki yetersizliğini de göstermektedir.

<sup>9</sup> Grönroos (2007: 23-81) ilişki konusunun önemine binaen kitabında uzun bir şekilde yer vermiştir.

<sup>10</sup> Mosadegrad (2012) çalışmasında ilişkiye genel olarak yer verirken, bu araştırma kapsamında doktor ve hemşire olarak ayrılmıştır.

<sup>11</sup> Carman (2000), hemşirelik hizmetlerinin, hastalar tarafından hekimlik hizmetlerinden daha önemli olarak algılandığı belirlemiştir (Kayral, 2012: 66). Carman'ın 1990 ve 2000 yılında gerçekleştirdiği çalışmalarda, hemşirelerin en önemli boyut olduğu sonucuna varılmıştır (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 564). Bu nedenle hemşire ve doktor ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

No	Soru İfadesi	Doğrudan/Dolaylı Olarak Yer Verilen/Esinlenen Kaynaklardan Bazıları
38	Temizlik personeli bana kibar ve saygılı davrandı.	soru HKS Yatan: Genel soru yerine doktor, hemşire ve temizlik personeli için ayrı ayrı sorulmuştur.
39	Yemek dağıtım personeli bana kibar ve saygılı davrandı.	Tokay (2000): Bunlara ilave olarak teşhis birimleri (EKG, röntgen), yönetim ve destek personelini eklemiştir. Gülmez (2005): Personeli doktor, hemşire, hasta kayıt, sekreter ve sağlık teknisyeni olarak ayırmıştır. Senic ve Marinkovic (2013): Personeli sadece doktor ve hemşire diye ayırmıştır. Gülmez (2005: 157) poliklinik sekreterini de eklemiştir. Yağcı (2006) poliklinik sekreterine ilave olarak laboratuvar görevlilerini eklemiştir. ESOGÜ Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeği: Öğretim üyesi, asistan doktor, hemşire, hasta bakıcı, temizlik personeli, sekreter, misafir servisi ve güvenlik servisi personeli şeklinde abir ayırım söz konusudur.
40	Kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterildi.	HKS tümü, Yaşa (2012) ve Serbest (2006)
41	Doktorum beni yeterli derecede ziyaret ediyor.	Tokay (2000), Yaşa (2012)
42	Hemşireler beni yeterli derecede ziyaret ediyor.	Tokay (2000)
43	Hemşire sayısı yeterli.	Yaşa (2012)
44	Hemşirelerin değişmesi aldığım sağlık hizmetini değiştirmiyor.	Grönroos (2007: 55), Lam (2000: 9) Graban <sup>12</sup> (2011: 61), Pai <sup>13</sup> (2013: 310)
45	Doktoruma güveniyorum.	Yücel (2011), Serbest (2006)
46	Hastaneye güveniyorum.	Grönroos <sup>14</sup> (2007: 40), HKS tümü, Taşkiran Mohammad (2007), Öziç (2007), Mirza (2010), Eldem (2009), Yüce (2011), Serbest (2006)
47	Doktorun bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	Genel sorular: Grönroos (2007: 8), Taşkiran Mohammad (2007), Öziç (2007), Mirza (2010), Eldem (2009), Yüce (2011)
48	Hemşirelerin bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	Doktor/hemşire ayrı: Serbest (2006), Kumaraswamy (2012), Tokay (2000), Temizlik personeli: Yaşa (2012)
49	Doktor ve hemşireler uyumlu çalışıyor.	Carman (2000)'dan aktaran Kayral (2012: 66), Voon (2014)
50	Doktorum isteklerimi hızlı bir şekilde anlıyor.	Serbest (2006), Tokay (2000)

<sup>12</sup> Farklı günlerde farklı hemşireler tarafından tedavi alan hastanın işlerin farklı şekilde yapıldığına dair şikâyetinde buldukları tespit edilmiştir.

<sup>13</sup> Pai (2013: 310) sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikleri sınıflandırırken sağlık hizmetlerinin çalışan ve yetenekler açısından yoğun olduğunu ve farklı iki doktorun performanslarının farklı olabileceğini belirtmektedir.

<sup>14</sup> Grönroos güveni sisteme, personele ve sürece güven şeklinde üç başlık altında incelemektedir.

No	Soru İfadesi	Doğrudan/Dolaylı Olarak Yer Verilen/Esinlenen Kaynaklardan Bazıları
51	Hemşireler isteklerimi hızlı bir şekilde anlıyor.	Serbest (2006), Tokay (2000)
52	Acil durumlarda doktoruma kolayca ulaşabildim.	Serbest (2006), Yüce (2011): genel Yaşa (2012) ve Tokay (2000): doktor-hemşire ayrı
53	Acil durumlarda hemşirelere kolayca ulaşabildim.	
54	Hastanenin birimleri arasında yeterli işbirliği var.	Grönroos (2007: 28-43), Baghchi (2012), Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008), Rashid ve Jusoff (2009: 477), Gözlem <sup>15</sup>
55	Hastane içerisinde taşınma esnasında (MR, ameliyat, röntgen) sıkıntı yaşamadım.	Gözlem <sup>16</sup>
56	Personelin giyimi temiz ve şıktı.	Taşkıran Mohammad(2007), Öziç (2007), Mirza (2010), Eldem (2009), Yüce (2011), Serbest (2006)
57	Hastane personeli yardımseverdi.	Taş (2009)
58	Hizmetler ilk seferinde doğru verildi. (Kan almada damar patlatma vb.)	Taşkıran Mohammad (2007), Öziç (2007), Mirza (2010), Eldem (2009), Yüce (2011), Serbest (2006), Yaşa (2012)
59	Hizmetlerin ne zaman verileceği önceden bildirildi. <sup>17</sup> (Doktorun ve hemşirelerin geliş sıklığı, MR çekimi vb.)	Mowen vd. (1993: 26–34)'den aktaran Kayral (2012: 65).
60	Hizmetler bildirilen zamanda verildi.	Taşkıran Mohammad (2007), Mirza (2010)
61	Tüm hastalara eşit muamele yapılıyor <sup>18</sup> .	Taşkıran Mohammad(2007), Öziç (2007), Yüce (2011), Eldem (2009), Tokay (2000), Mirza (2010), Eldem <sup>19</sup> (2009)
62	Gece vakti kendimi güvende hissediyorum.	Yaşa (2012), Yüce (2011)
63	Kafeterya hizmetlerinden memnunum.	Yaşa (2012)
64	İşlemler sırasında beklemedim.	HKS Ayaktan: Kayıt ve Tahlil/Teknik bekleme Yaşa (2012): yatış işlemleri bekleme Öziç (2007), Serbest (2006), Eldem (2009), HKS Acil: Muayene bekleme
65	Diğer hastalarla ilgili sıkıntı yaşamadım.	Lehtinen ve Lehtinen, Gözlem <sup>20</sup>
66	Dini vecibelerimi yerine getirmek konusunda sıkıntı yaşamadım.	Ayhan (2009)
67	Sağlığımın her şeyden önemli görüldüğünü düşünüyorum <sup>21</sup> .	Taşkıran Mohammad (2007), Öziç (2007), Mirza (2010), Eldem (2009), Serbest (2006)
68	Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.	Serbest (2006), Değer <sup>22</sup> (2012)

<sup>15</sup> Araştırmacının bir rahatsızlığı sırasında acil servise başvurduğunda, kendisine önce serum takıp, sonra idrar tahlili istemeleri; sonrasında da serumla birlikte lavobaya gitmek zorunda kalışı sürecin ve işbirliğinin önemini göstermiştir. Araştırmacının bir yakını için işleme cihazı raporu almak için hastanenin içerisinde yaşadığı gidiş-gelişler de sürecin önemini gösteren diğer bir kritik olaydır.

<sup>16</sup> Araştırmacı, geçirdiği trafik kazası sonrasında MR çekim merkezine taşınması esnasında sıkıntı yaşamıştır. Araştırma daha sonra aynı sıkıntıyı bir yakınının geçirmiş olduğu ameliyat sonrasında odasına taşınması esnasında da gözlemlemiştir.

<sup>17</sup> Mowen vd. (1993: 26–34) gerçekleştirdikleri araştırma sonrasında ne kadar bekleyeceği söylenen ve bekleme süresi hakkında gerçekçi bilgi aldığına inanan hastaların tatmin düzeylerinin ve hizmet kalitesi algılarının daha yüksek çıktığını tespit etmiştir (Kayral, 2012: 65).

<sup>18</sup> SERVQUAL'de yer alan tek tek ilgi göstermeye ilişkin soru yerine tercih edilmiştir.

<sup>19</sup> Eldem (2009) bu soruyu çalışan ve yönetim şeklinde iki ayrı ifadeye ayırarak sormuştur.

<sup>20</sup> Araştırmacının bir yakınının hastalığı nedeniyle hastanede yatışı sırasında, odada kalan diğer çocuğun geçirdiği ciddi rahatsızlık sonucu gece vakti diğer çocuğun gözlerinin önünde acil müdahale edilerek hayata döndürülme çabalarının gözlerinin önünde gerçekleşmesi, sağlık hizmeti alan yatan hastaların odaları ve oda arkadaşlarının önemini göstergesidir.

<sup>21</sup> SERVQUAL'de yer alan "Hasta menfaatlerini herşeyden üstün tutma" ifadesi bu şekilde uyarlanmıştır.



No	Soru İfadesi	Doğrudan/Dolaylı Olarak Yer Verilen/Esinlenen Kaynaklardan Bazıları
69	Hastaneye yattığım günden bu güne kendimi daha iyi hissediyorum.	Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 127)
70	Oda refakatçiler açısından uygun.	Yaşa <sup>23</sup> (2012)
71	Ziyaret saatleri uygun.	Yaşa (2012), Tokay (2000), Teng (2007)
72	Ziyaretçilerden rahatsız değilim.	Gözlem <sup>24</sup>
73	Hastaneyi başka insanlara tavsiye ederim.	HKS Yaşa (2012), Tokay (2000) , Serbest (2006), Taş (2009), Gülmez (2005: 161), Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007), NPS <sup>25</sup>
74	Hastaneyi başka insanlara şikâyet ederim.	Grönroos (2007: 128)
75	Hastanede yattığınız süre içerisinde herhangi bir konuda hastane yetkililerine şikâyetle bulundunuz mu? Evet <input type="checkbox"/> (76. Soruya geçiniz) Hayır <input type="checkbox"/> (82. Soruya geçiniz)	
76	Kime şikâyet ettiniz?	Yüce (2011)
77	Şikâyet konusu:	
78	Şikâyet edilecek yetkiliye kolaylıkla ulaştım.	Grönroos (2007: 75), Serbest (2006)
79	Yetkili benimle ilgilendi.	Taşkıran Mohammad(2007), Öziç (2007), Yaşa (2012), Mirza (2010), Eldem (2009), Yüce (2011)
80	Problemin çözüldü.	Yüce (2011), Miranda (2012), Raposo vd. (2009)
81	Genel olarak verilen sağlık hizmet kalitesini yeterli buluyorum.	Teng (2007), HKS tüm anketler, Yaşa (2012), Teng (2007: 477)
82	Hastaneyi tekrar tercih ederim.	Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007), Taş (2009), Grönroos (2007: 59), HKS Ayaktan, HKS Acil, Yaşa (2012), Tokay (2000)
a	Mecbur olduğum için tercih ederim.	Grönroos (2007: 59)
b	Kaliteli hizmet aldığım için tercih ederim.	Grönroos (2007: 59)
83	Hastanede verilen hizmetin kalitesini iyileştirmek için eklemek istediğiniz başka bir konu var mı?	HKS, Öziç (2007), ESOĞÜ Yatan Hasta Anketi <sup>26</sup>

Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

## Anket Sonrası Sorular

Gerçekleştirilen yazın taramasında Tablo 9'da yer alan demografik soruların sorulduğu tespit edilmiştir. Pai ve Chary (2013: 332) de sağlıkta hizmet kalitesi yazınında gerçekleştirilecek çalışmalarda okuma yazma bilenlerle bilmeyenlerin ve kadınlar ile erkeklerin karşılaştırılması önerisinde bulunmaktadır. Öziç (2007: 74)

<sup>22</sup>Her ne kadar Değer (2012) geliştirdiği ölçekte bu sorunun yeni bir soru olduğunu iddia etse de, gerçekleştirilen yazın taraması sonucunda aynı sorunun daha önce Serbest (2006) tarafından da sorulduğu tespit edilmiştir.

<sup>23</sup> Yaşa (2012) çalışmasında refakatçiler ile ilgili personelin davranışı ve refakatçilerin kendini güvende hissetmesi gibi daha detay bilgilere yer vermiştir.

<sup>24</sup> Araştırmacının gözlemleri yatan hastalardan bazılarının gelen ziyaretçilerden rahatsız olduklarını göstermiştir.

<sup>25</sup> Reicheld (2003) tarafından Harvard Business Review dergisinde yayınlanan bir makale ile kullanımı önerilen Net Promoter Index (NPI) (Pollack ve Alexandrov, 2013: 118) sorusudur.

<sup>26</sup> Bu ankette açık uçlu soru yerine hastaların hastanede olmasını istedikleri ihtiyaçlar erkek hastalar için berber, kadın hastalar için kuaför, internet bağlantısı (odalar ve servis koridoru), dış hatlara telefon bağlantısı, oda telefon, tüm odalara TV, özel refakatçi, odalara paravan, bina içinde 24 saat açık kantin şeklinde sıralanarak evet/hayır şeklinde sorulmuştur.

tarafından gerçekleştirilen araştırma sonuçları yaşlı hastaların bireysel ilgiye önem verirken genç hastaların modern görünümlü donanımları önemseydiğini göstermektedir.

**Tablo 9. Yazında Yer Alan Demografik Soru Örnekleri**

Demografik Sorular	Grönroos (2007)	HKS Yatan Hasta Anketi	Taşkıran Moammad (2007)	Öziç (2007)	Yaşa (2012)	Yüce(2011)	Serbest (2006)	Eldem (2009)	Tokay (2000)	Mirza (2010)
Öğrenim Durumu	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Cinsiyet		√	√	√	√		√	√	√	√
Sosyal güvence		√			√				√	
Doğum yılınız/ Yaş		√	√	√	√		√	√	√	√
Meslek		√	√	√	√			√	√	
Medeni Durum		√		√	√			√	√	
Çocuk Sayısı					√					
Öğrenim Görülen Toplam Yıl					√					
Aylık Gelir					√		√	√	√	√
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı					√					
Çalıştığı sektör								√		
Geldiği yer (ilçe/başka il)								√		

Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 9'un sonunda eğik olarak yazılan ifadelerle ölçeğin ölçmeği amaçladığı konu ile doğrudan etkisi olmadığı, detay olduğu ve yanıtlayıcıları rahatsız hissettirebileceği gerekçesiyle yer verilmemiştir. Örneğin Öznalbant (2010: 87) araştırması kapsamında hastaların gelir durumunu hem para aralıkları hem de orta-iyi ve kötü olarak sormuştur. Sonuçlar katılımcıların genel olarak gelir durumunu belirtmekten kaçındıklarını ve belli bir değer belirtmekten ziyade orta şekilde ifade ettikleri görülmüştür. Özel bir hastanede bu şekilde sonuçlar alınması, devlet hastaneleri için bu sorunun çok belirleyici olmayacağını düşündürmektedir. Bunun yerine sosyal güvenceleri üzerinden bir çıkarımın yapılması mümkündür. Öncelikle

söz konusu demografik soruların yanıtlayıcıların kendilerini daha rahat hissetmeleri adına Hair vd. (2008: 189)'nin önerisi doğrultusunda anketin sonuna konmasına karar verilmiştir.

Söz konusu araştırmalardan birinde Çatı ve Yılmaz (2002) memnuniyet düzeylerinin bayanların erkeklerden ve daha kısa süreli kalan hastaların, uzun süreli kalan hastalardan daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Yağcı, 2006: 222). Devedbakan ve Aksaraylı (2003) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise, hastaların yaşlı hastaların gençlere göre, düşük eğitilmiş hastaların yüksek eğitilmiş hastalara göre ve yüksek gelirli hastaların düşük gelirli hastalara göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri bulunmuştur (Kayral, 2012: 71).

Anketin sonunda yer alan demografik sorulara ek olarak bazı sorulara daha yer verilmiştir. Bunlardan biri hastaların hastaneyi tercih etme nedenlerine ilişkindir. Tokay (2000)'ın anketinde tercih nedeni ile ilgili doktor, yakının çalışması, sevk ve rasgele seçeneklerinin yer aldığı görülmektedir. Eldem (2009) ise tavsiye nedeniyle tercihe yer vermiştir. Grönroos (2007: 35-98)'de yer alan bilgiler ışığında bu seçeneklere maddi uygunluk, eve yakınlık, zaman açısından uygunluk ve teknoloji eklenmiştir.

Ayrıca refakatçilerinin olup olmadığına ilişkin bir soruda eklenmiştir. “*Şu anda ağrınız var mı?*” sorusu Teng (2007: 481) tarafından yer verilen bir sorudur. Yazında Bryant vd. (1998) tarafından sağlık durumunun aracı değişken olarak tanımlandığına ilişkin bilgiler de mevcuttur (Raposo vd., 2009: 89).

Eklenen diğer bir soru Grönroos (2007: 82)'un hizmet kalitesi ile ilgili başucu niteliğindeki kitabında yer alan insanların duygu durumlarına (kızgın, mutlu, depresif, heyecanlı, korkmuş, üzgün, normal) göre hizmet kalitesi algılarının değişebileceği bilgisinden hareketle “*Şu an kendinizi nasıl hissediyorsunuz?*” sorusu eklenmiştir.

Grönroos (2007: 37)'un bir diğer tespiti de hizmet sunum içerisindeki iletişimde hizmet alıcıların aktif veya pasif olabilecekleri, dolayısıyla ilişkiden beklentilerinin farklı olabileceği yönündedir. Buradan hareketle “İnsanlarla ilişki kurmayı sever misiniz?” sorusunun eklenmesi uygun görülmüştür.

Serbest (2006) ve Grönroos (2007: 74)'un düşünceleri doğrultusunda imajın etkisini ölçmek adına “*Bu hastane hakkında kötü şeyler duydunuz mu?*” ve “*Bu hastane hakkında iyi şeyler duydunuz mu?*” şeklinde iki soru eklenmiştir.

### **Ölçekte Yer Bulmayan İfadeler**

Madde havuzunda yer almasına rağmen bazı ifadelere hazırlanan ilk ölçekte yer verilmemiştir. Örneğin Voon (2014) tarafından hazırlanan ölçekte diğer hastaneler “rakipler” olarak nitelendirilerek bazı sorular sorulmuştur. “*Hastane rakiplerinin faaliyetlerine hızlı tepki verir.*”, “*Hastane, hastalara rakiplerinden daha iyi hizmet vermeyi amaçlar*”, “*Hastane, her zaman rakiplerinden daha iyi hizmet sunmaya çalışır.*” ve “*Hastane, hastalara hizmet sunarken yaratıcı ve yenilikçidir.*” ifadeleri bu sorulardan bazılarıdır.

Madde havuzunda yer alan bazı sorular da fazla detay içermektedir. Bu detaylardan bazılarında Tablo 8’de bulunan dipnotlarda ve Tablo 9’da eğik olarak yer verilmiştir. Örneğin, Teng (2007: 478) “*yemek ve içmek konusundaki yasaklar hakkında yeterli bilgilendirme*” konusunda bir madde ilave etmiştir.

Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008) ölçeğine taburcu işlemlerine ilişkin bir soru da eklemiştir. Ancak bu çalışma kapsamında geliştirilen ölçeğin yatmakta olan hastalara yapılması söz konusu olduğu için taburcu işlemlerine ilişkin maddeler ilave edilmemiştir. Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008)’nin ölçeğinde yer aldığı halde, çalışmaya dâhil edilmeyen diğer sorular da hastaların değerlendirme imkânının olmadığı düşünülen sorulardır. “*İhtiyaç duyulan ilaçların eczanede uygunluk düzeyi*” ve “*İhtiyaç duyulan kan grubunun hastanenin kan bankasında bulunma kolaylığı*” bu sorulara örnek olarak verilebilir. Chahal ve Kumari (2010) tarafından önerilen “*tuvalet temizliği*”, “*24 saat elektrik kullanılabilirlik*”, “*çarşafların her gün değiştirilmesi*”, “*su hizmetinin sürekliliği*”, “*oksijen hizmetinin uygunluğu*” ve “*çöplerin uygun bir şekilde toplanması*” şeklindeki sorular da bu anlamda yer verilmeyen sorulardır.

Miranda (2012)’nin ölçeğinde yer alan “*bürokrasi düzeyi*” ve “*hastanenin çizelgesi*” gibi hasta tarafından değerlendirilmesinin zor olduğu düşünülen sorular ölçeğe dâhil edilmemiştir. Yüce (2011)’nin yer verdiği “*Hastanenin tıbbi araç ve gereçlerinin yeterli olması*” ve “*Tetkik ve tahlil işlemlerinde hatasız çalışma oranı*”

gibi maddelerin de hastaların değerlendiremeyecekleri ölçüde teknik kaliteye ilişkin olduğu düşünülmektedir. Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 559)'nin ölçeğinde yer alan güvenlik ölçüleri altında tanımlı yangın söndürme ve klima, uygun atık yönetimi, ilaçların alerjik reaksiyonları ve ilaç kalite yönetimi altında yer alan son kullanma tarihi geçen ilaçlar ve ilaçların uygunluğu gibi konuların da hasta tarafından yapılan kalite değerlendirmeleri için uygun olmadığı düşünülmektedir. Senic ve Marinkovic (2013)'in ölçeğinde yer alan “*Doktorlar sağlıklı bir hayat sürmek için hastalara faydalı bilgiler verirler.*” ve “*Doktorlar belirli hastalıklardan korunmak için önleyici tavsiyelerde bulunur.*” ifadeleri de ölçekte yer bulmayan ifadelerdir. Lee vd. (2000: 24) tarafından önerilen temel tıbbi hizmetler içinde “*doktorların dergilerde yazı yazması*”, Türkiye'deki devlet hastanelerinde görev yapan doktorlar için geçerli bir madde değildir. Bu ancak üniversite hastanelerinde gerçekleştirilebilecek bir uygulamada söz konusu olabilir. Kumaraswamy (2012: 148)'nin yer verdiği “*önerilerin uygulanma derecesi*” ise, şikâyet ve öneri değerlendirme sistemlerinin gelişmediği kurumlar açısından uygun değildir. Yaşa (2012)'nın yer verdiği “*organ bağıışı konusunda bilgilendirme*” ve “*kullanılan aletlerin güvenilir olması*”; Değer (2012)'in yer verdiği “*Bilgi akışı düzgün ve doğru işler.*” ifadesi; HKS Acil Anketi ve Serbest (2006)'da yer alan “*Çalışanlar tarafından iyi yönlendirilme*” ifadeleri de bu araştırma kapsamında önerilen ölçüğe dâhil edilmemiştir. Anketin poliklinik hastaları değil de yatan hastalara uygulanması söz konusu olduğu için HKS Ayaktan ve Acil anketleri ile Yaşa (2012)'de yer alan “*Bekleme alanı rahatlığı*”na da yer verilmemiştir. SERVQUAL'de yer alan “*Görsel cazibeli (göze hitap eden) fiziki tesis*” (Taşkiran Mohammad, 2007; Öziç, 2007; Mirza, 2010; Eldem, 2009; Yaşa, 2012), “*Hizmetle alakalı malzemenin güzel görünüşte olması (göze hitap etmesi)*” (Taşkiran Mohammad, 2007; Öziç, 2007) ve “*Fiziki görüntününün (düzen, bakım, cihaz, malzeme) sunulan hizmetle ilgili olması*” (Mirza, 2010; Eldem, 2009; Tokay, 2000) sorularına yanıtlayıcıların anlayış düzeyleri göz önünde bulundurularak yer verilmemiştir.

### **Eklene Yeni Sorular**

Yazında çeşitli araştırmacılar tarafından ilave sorular önerildiği görülmektedir. Raposo vd. (2009: 98) da hastaların sağlık hizmetlerinden beklenti ve algılarının derinlemesine anlaşılması için yeni değişkenler eklenmesini tavsiye

etmektedir. Örneğin Teng (2007: 481) ölçeğine ağrı ve hijyen ile ilgili sorular eklemiştir. Bu ankette başka anketlerde yer almayan bazı değişkenler de Grönroos'un (2007) kitabından hareketle analiz edilmiştir. Bunlar hastaneyi tercih nedenleri ve hastanın duygu durumuna ilişkin sorulardır.

### **İfadelerin Olumlu Olması**

Anket sorularının hazırlanmasında dikkat edilen bir nokta tüm ifadelerin olumlu olmasıdır. Miranda (2012: 391) da ön-test aşamasında olumsuz ve olumlu ifadelerin bir arada olmalarının karışıklığa neden olduğunu uygulamalı olarak ortaya koymuştur. Ayrıca faktör analizi öncesinde olumsuz ifadelerin olumlu hale dönüştürülmesi ihtiyacı da bulunmaktadır (Chahal ve Kumari, 2010: 235).

Churchill (1979), geliştirilen ölçeklerde olumsuz ve olumlu ifadelerin bir arada olması gerektiğini ifade etmektedir. DeVellis (1991: 59) de kabul, doğrulama veya aynı fikirde olma yanlılığından kaçınmak için olumlu ve olumsuz ifadelerin bir arada olmasını önermektedir. Ancak yine DeVellis (1990) bunun bir maliyeti olduğunu ve cevaplama süresinin artacağını, özellikle uzun anketlerde bu durumun tamamlama hatalarına neden olacağını ve testin geçerliliğini azaltacağını ifade etmektedir. Bunun bir sonucu olarak da SERVQUAL türü ölçeklerde sadece olumlu ifadelerin yer almasını önermektedir (Lam, 2000: 35).

Babakus ve Boller (1992) ise gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda tüm olumsuz ifadelerin bir faktöre, tüm olumlu ifadelerin ise diğer faktöre yüklendiğini tespit etmişlerdir. Ayrıca ön-test aşamasında olumlu ve olumsuz ifadelerin karışık bir şekilde yer almasının yanıtlayıcılar açısından karışıklığa yol açtığını ifade ederek, bir ölçekte sadece olumlu ifadelerin yer alması gerektiğini ortaya koymuşlardır (Pai ve Chary, 2013: 323). Parasuraman vd. (1991: 422) de SERVQUAL'in ilk halinde yer alan olumsuz ifadeye sahip altı soruyu, verilen yanıtların değişkenliğinin fazla olması, şirket yöneticilerinin olumsuz ifadeleri olumlu ifadelerle göre daha anlamsız bulması ve olumsuz ifadeli ölçütlerin bulunduğu boyutların güvenilirliğinin düşük çıkmasından dolayı olacak olumlu hale getirmişlerdir (İkiz, 2010: 20).

## Boyutsal Yapı

Sağlıkta hizmet kalitesi yazınındaki çalışmalar incelendiğinde 2 (Butler ve ark. 1999) ila 14 (Zifko-Baliga ve Krampf, 1997) arası boyut sayısının olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar içerisinde en çok SERVQUAL ve uyarlamaları yer aldığı için en çok 5 boyutlu yapıların olduğu görülmektedir. Boyut sayısı aynı olabilmekle birlikte, boyutların adlandırılmasında farklılıklar da gözlenebilmektedir. Örneğin somut varlıklar (tangibles) boyutunun, fiziksel çevre ve etraf (surroundings) gibi isimler aldığı gözlenmektedir (Pai ve Chary, 2013: 324). Bazı çalışmalarda da boyutlar altında yer alan ifadelerin uygunsuzluğu göze çarpmaktadır. Örneğin Chakravarty (2011: 223)'nin çalışmasında SERVQUAL'in beş boyutu temel alınmakla birlikte somut varlıklar boyutu altında “*kabul edilebilir bekleme süresi*” ne ve empati boyutu altında “*uygun çalışma süreleri*” ne yer verilmiştir. Ayhan (2009)'ın çalışmasında ise empati boyutu altında “*Bu hastane 24 saat ulaşılabilir*”, “*Bu hastane, hastalar için uygun muayene saatlerine sahiptir.*” ve “*Bu hastanenin konumu kolay bulunabilir*” ifadelerine yer verilmiştir.

Bu çalışmada kapsamında önerilen hastane hizmetleri kalite boyutlarının, genel hizmet kalitesi ölçekleriyle uyumlu olmakla birlikte, hizmetin alındığı süreci ve hizmetin niteliğini de göz önüne alması hedeflenmiştir (Kayral, 2012: 73). Yazından hareketle oluşturulan madde havuzundaki sorular Tablo 10'da yer alan üç ana boyut (personel, tesis ve süreç) ve bu boyutlar arasında yer alan alt boyutlar altında sınıflandırılmıştır. Gülmez (2005: 161)'in çalışmasında hastaneyi başkalarına tavsiye etmeyeceklerini söyleyen hastaların bu durumun nedeni olarak ilgi ve alakanın olmayışı, bürokratik işlemlerin fazla oluşu ve sonuçların alınmasının uzun sürmesini ifade etmeleri sürece ayrı bir boyut olarak yer verilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Süreç, girdilerin çıktılara dönüşümünü ifade ettiğinden dolayı, bu dönüşüm sırasında yapılacak faaliyetlerin mükemmelliği, çıktının mükemmelliğini etkileyecektir (Seyran, 2004: 92).

### 3.5.3. Ölçüm Biçiminin Belirlenmesi

Soru formunun oluşturulmasının anket araştırmalarının en önemli kısmı olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte kusursuz bir soru formunun

geliştirilmesinin de mümkün olmadığı öne sürülmektedir (Baş, 2006: 57). Ölçüm biçimi belirlenirken ilk aşama anket yanıtlayıcılarının belirlenmesidir. Leebov ve Scott (1994: 4) bu konuda müşterilerin sağlık kurumlarını kaliteye dayalı olarak seçmelerindeki en etkili faktörün hizmetin kendisi olduğunu ve bu nedenle de teknik bilgiler konusunda uzmanlıkları yetersiz de olsa müşterilerin en iyisini bildiğini savunmaktadır. Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008: 562) hizmet kalitesi alanında gerçekleştirilen çalışmaların genelinin müşteri algısına dayalı olduğunu ifade etmektedir. Sağlıkta hizmet kalitesi yazını incelendiğinde de yanıtlayıcıların en çok hastalar olduğu, çok az çalışmada hasta yakınlarının da dâhil edildiği görülmektedir (Pai ve Chary, 2013: 324). Bu anlamda bu çalışma kapsamında geliştirilen ölçeğin sağlık hizmetini alan hastalara uygulanması planlanmaktadır.

**Tablo 10. Hizmet Kalitesi Modeline İlişkin Boyutlar**

<b>Fiziki Özellikler</b>	Temizlik
	Ergonomi
	Malzeme
	Tesis
	Yemek
<b>Personele İlişkin Özellikler</b>	Bilgi Verme
	İlişki
	Tutum
	Güvenilirlik
	Bilgi Seviyesi
	Ulaşılabilirlik
<b>Sürece İlişkin Özellikler</b>	Şikâyet Süreci
	Yatış Öncesi İşlemler
	Yatış Süresince İşlemler
	Ziyaretçi

Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Tutum değerlendirmelerinde Thurstone (1929); Guttman (1950); Osgood vd. (1957) tarafından önerilen ölçekler bulunmakla birlikte; Likert (1932) tipi ölçekler iş yükünün azlığı, az sayıda maddede daha yüksek güvenilirlik değerleri vermesi gibi nedenlerden ötürü en çok kullanılan ölçek türüdür. Nelson (1989) da bireylerin ifadelerine katılma veya katılmama derecelerinin ölçüldüğü ölçeklendirmenin tutum değerlendirmelerinde en sık kullanıldığını ifade ederek hizmet kalitesinin



değerlendirilmesinde de kullanılabilmesini ortaya koymaktadır (Lam, 2000: 36). Malhotra (2006: 88) araştırmacı açısından ölçeğin oluşturulması ve idaresi, araştırmaya katılan açısından ise ölçeğin anlaşılmasının kolaylığını Likert ölçeğinin üstünlükleri arasında ifade etmektedir (Koç, 2008: 117). DeVellis (2003: 70) yanıt formatlarından biri olan Likert tipi ölçeklerin düşünce, inanç ve tutumları ölçerken sıklıkla kullanıldığını ifade etmiştir.

Likert ölçekleri 3-10 arasında değişen ölçeklerde uygulanabilmektedir. Lissitz ve Green (1975), 7'li Likert'in ideal olduğunu savunmaktadır (Lam, 2000: 36). Elbeck (1987) ve Steiber (1989) sağlık anketleri için 7'li likert önerirken; Lam (1997) 5'li likertin yanıtlayıcıların hayal kırıklığı seviyesini azalttığını ve yanıtlama oranı ile yanıt kalitesini arttırdığını ortaya koymuştur (Pai ve Chary, 2013: 331). Grönroos (2007: 145) ise 5'li Likert ölçeği kullanımı sonucunda raporlama aşamasında 4 ile 5. grubun birleştirilme eğiliminin olduğu ve bu durumun bilgi kaybına neden olabileceğini öne sürmektedir. Öte yandan Preston ve Colman (2000) 4'lü Likertte Cronbach alfa katsayısının 0.82 iken; 7'li Likertte 0.85, onlu Likertte ise yine 0.85 olduğunu tespit etmiştir (Pai ve Chary, 2013: 331). Güvenilirlik ve geçerlilik açısından Likert tipi ölçekler için en iyi sayıyı bulmayı amaçlayan Jacoby (1971: 498), geçerlilik ve güvenilirliğin Likert sayısından bağımsız olduğunu ortaya koymuştur. Buradan hareketle araştırmacıların 2'li veya 3'lü Likert kullandıklarında işbirliği ve geri dönüş oranının artacağı ifade edilmektedir (Jacoby,1971: 498).

Pai ve Chary (2013: 325) de sağlıkta hizmet kalitesi alanında yapılan tüm çalışmalarda 4 ila 10'lu arasında değişen Likert ölçeği kullanıldığını tespit etmiştir. Bu çalışmalar içerisinde en çok %51 oranında 7'li likert kullanılırken, ikinci sırayı %39 ile 5'li Likert almaktadır. Sağlıkta hizmet kalitesi yazını incelendiğinde 5'li (Chahal ve Kumari 2010: 235; Teng, 2007; Kumaraswamy, 2012: 142; Gülmez, 2005) ve 7'li (Lam, 2000; Yağcı, 2006; Dagger, Sweeney ve Johnson vd., 2007) Likert'in kullanıldığı görülmektedir. Türkiye'de sağlıkta hizmet kalitesi alanında gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde ise 5'li Likert kullanımının yaygınlığı göze çarpmaktadır. Taşkıran Mohammad (2007), Öziç (2007), Yaşa (2012), Eldem (2009) ve Kayral (2012)'in çalışmaları 5'li likert kullanan çalışmalara örnek gösterilebilir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan anketlerde ise 3'lü Likert kullanıldığı görülmektedir. Karatepe ve Avcı (2002: 23) ise gerçekleştirdikleri çalışma ile 7'li Likert ölçeğinin Türk cevaplayıcılar açısından anlama ve cevaplama gücüne

neden olduğunu ortaya koymuştur (Kayral, 2012: 89). Çin’de araştırmalarını gerçekleştiren Lu ve Liu (2000) ile Singapur’da araştırmalarını gerçekleştiren Lim ve Tang (2000) da 5’li Likert ölçeğini kullanmıştır. Bu durum doğu kültürlerinde yaygın olarak 5’li Likert kullanıldığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Kullanılan ölçek türleri kültürler arası da değişkenlik göstermektedir. Rao vd. (2006) okuryazarlık oranının düşük olduğu ülkelerde üç tür ölçek kullanıldığını göstermektedir: chapati (Hint ekmeği) ölçeği, gülen yüz ölçeği, para ölçeği (Pai ve Chary, 2013: 326). Hair (2008: 159) yüz ifadelerinin insanların duygusal verilerinin toplanmasında yaygın olarak kullanıldığını ifade etmektedir. Vavra (1999: 207) da yaşlılar için anketin doğru sonuçlanması adına gülen yüz ölçeğinin daha kullanışlı olduğunu ifade etmektedir.

Tavşancıl (2005: 140-141) Likert tutum ölçeklerinin varsayımlarını ölçekteki her bir maddenin tutum boyutuyla monotonik<sup>27</sup> bir ilişki içinde olması, madde cevapları doğrultusunun ölçülen tutumla monotonik bir ilişki içinde olması ve ölçek kapsamında olan maddelerin ilgilenilen tutumu ölçmesi şeklinde sıralamaktadır (Mirza, 2010: 62). Açık uçlu sorular ise araştırmacıya beklenmeyeni öğrenme fırsatı verdiği için önemlidir (Baş, 2006: 61). Bu anlamda araştırmanın son sorusu açık uçlu olarak hazırlanmıştır.

Sağlıkta hizmet kalitesi yazını incelendiğinde çalışmaların %60’ında algılanan-beklenen farkı ölçülürken; %34’ünde sadece algının değerlendirildiği görülmektedir (Pai ve Chary, 2013: 326). Beklenti-algı farkının ölçüldüğü bazı anketlerde iki ayrı anket uygulanırken; bazılarında tek ankette algı ve beklentinin iki ayrı sütun halinde bir ifade için aynı anda değerlendirildiği görülmektedir (Pai ve Chary, 2013: 326). Uygulama açısından bakıldığında da ayrı anketlerin bazılarının aynı anda; bazılarında beklentilerin tedavi öncesinde, algıları tedavi sonrasında sorulduğu görülmektedir (Pai ve Chary, 2013: 326). Ladhari (2008: 81) hizmet deneyimlendikten sonra beklenti ve algıların eşzamanlı olarak ölçmenin uygun olmayacağını; beklentilerin hizmet alınmadan önce, algıların ise hizmet alındıktan sonra ölçülmesi gerektiğini ifade etmektedir.

---

<sup>27</sup> Olumlu maddelerde “Tamamen Katılıyorum” tepkisi cevaplayıcının aşırı olumlu tutum içinde olduğunu ve maddeden en yüksek madde puanını alacağını, “Kesinlikle Katılmıyorum” tepkisi ise cevaplayıcının aşırı olumsuz tutum içinde olduğunu ve en düşük madde puanını alacağını gösterir.

Hizmet kalitesi ölçümlerinin SERVQUAL’de önerildiği üzere algılanan ile beklenen hizmet algısını karşılaştırarak aralarındaki farkı ölçmeye dayalı olması, yazında tartışmalı olan bir konudur. İdeal hizmete ilişkin beklentiler, hizmet deneyimleme esnasında veya sonrasında ölçüldüğü için deneyimden etkilenebilmektedir. Bu nedenle sonuçların yanlı olma olasılığı vardır. Ayrıca algıların temelinde beklentiler gizli olduğu için beklentilerin iki kez ölçüldüğü ifade edilmektedir (Grönroos, 2007: 87-88). Liljander (1999) de çalışması sonucunda algılanan hizmet kalitesini ölçmenin yeterli olduğu, beklenen hizmet kalitesi ile karşılaştırmaya gerek olmadığı sonucuna varmıştır. Peter (1993) ise fark skorlarını kullanmanın güvenilirlik, ayırt edici geçerlilik ve varyans kısıtlamaları açısından problemlere neden olduğunu ve bu nedenle hizmet kalitesi ölçümünde kullanılmaması gerektiğini savunmaktadır (Pai ve Chary, 2013: 326). Benzer tartışmaların sonucunda sadece hizmet performansının ölçümüne dayanan SERVPERF (Cronin ve Taylor, 1992) geliştirilmiştir. SERVPERF de özelliklere dayalı yaklaşımların içerisinde algılanan hizmet kalitesi ölçümünde en iyi ve en geçerli ölçüm aracı olarak ifade edilmektedir (Grönroos, 2007: 88). Grönroos (2007: 99) genellikle basit olarak müşteri deneyimlerinin ölçülmesinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Cronin ve Taylor (1992)’ın yanısıra Lam ve Woo (1997), Teas (1993) ve Van Dyke vd., (1997) de beklenti ve algıların iki ayrı grup halinde sorulması yerine sadece performans skorlarının kullanılarak yakınsak ve yordayıcı geçerliliğin artırılmasını önermektedir (Lam, 2000: 32). Soru sayısının yarıya inmesi ile birlikte anket zamanının yarıya inmesi sonucunda güvenilirliğin artacağı iddia edilmektedir (Lam, 2000: 34-35).

SERVQUAL’den yola çıkarak sağlıkta hizmet kalitesini ölçmek için yola çıkan araştırmacılardan Chakravarty (2011: 223), Taşkiran Mohammad (2007) ve Eldem (2009) gibi araştırmacılar beklenti-algı farkını elde etmeye çalışırken; Öziç (2007) gibi bazı araştırmacılar sadece algının ölçülmesine odaklanmaktadır. Bu çalışma kapsamında anketin uygulanacağı yatan hastaların durumu dikkate alınarak sadece algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine karar verilmiştir.

Ankette yer alan soruların sıralaması da tasarım açısından önemli bir konudur. Soruların sırasının elde edilecek soruları önemli ölçüde etkileyeceği iddia edilmektedir. Bu anlamda araştırmacılar giriş bölümünün önemini vurgulamakta ve bu aşamada açık uçlu, cevaplanması güç, endişe verici ve doğrudan kendileri ile ilgili

soru sormamaları yönünde uyarılmaktadır. Giriş bölümündeki soruların araştırma konusu ile doğrudan ilgili ve kolay cevaplanabilir türden olması istenmektedir. Bu aşamada amaçlanan sorulara devam etmesini sağlamaktır. Gelir düzeyleri gibi hassas soruların anketin son bölümünde yer alması önerilirken; ölçekte yer alan ilgili ifadelerin biraraya getirilmesinin cevaplayıcıların odaklanması açısından faydalı olacağı vurgulanmaktadır. Anket içerisinde yer alan soruların mantıklı bir sıra izlemesine de özen gösterilmelidir (Baş, 2006: 62-64).

#### **3.5.4. Uzmanlar Tarafından Gözden Geçirilen Başlangıç Madde Havuzunun Oluşturulması**

Hazırlanan ilk anket soruları taslağı, genel anlamda uygulanmadan önce uzmanlarla birlikte değerlendirilmektedir. Bu aşamada yazında farklı yöntemler kullanıldığı görülmektedir. Sower vd. (2001), Choi vd. (2005) ve Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007) bu anlamda odak grup çalışmasından yararlanırken; Aagja ve Garg ve Garg (2010) Delphi yöntemini tercih etmiştir. Babakus ve Mangold (1992) ise hizmet sağlayıcılar veya kullanıcılarla bireysel mülakatlar ile küçük örneklem üzerinde ön testi bir arada kullanmışlardır. Hastanenin öneri/şikâyet kutusu geribildirimleri de bu anlamda kullanılan diğer bir yöntemdir (Aagja ve Garg ve Garg, 2010).

Sağlıkta hizmet kalitesi algısı ölçeğinde yer alacak soruların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın ilk aşamasında, tezin kuramsal bölümünde sunulan yazın taraması sonrasında uzmanlarla görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Madde havuzundaki ifadelerin içerik geçerliliğinin sağlanması amacıyla doktor, akademisyen ve hastaların görüşleri doğrultusunda sorular pilot anket için hazırlanmıştır. Delphi tekniği kullanılmak istenmiş ancak sadece bir Türk uzmandan yanıt alınabildiği için süreç ilk turda takılmıştır. Türkiye'deki pazarlama uzmanlarının yanı sıra, ölçek maddeleri İngilizce'ye çevrilerek biri Avrupa ekolünü temsilen Grönroos'a, biri Amerikan ekolünü temsilen SERVQUAL ölçeğini geliştiren grupta yer alan Zeithalm'a ve diğeri Hindistan'da kamu hastanelerinde hizmet kalitesi anketi geliştiren Aagja ve Garg'ya internet üzerinden gönderilmiştir. Uygulanmasına karar verilen pilot anketin İngilizce hali Ek-3'te yer almaktadır.

### 3.5.5. Ölçeğe Dâhil Edilecek Maddelere Karar Verilmesi

Schwab (1980)'ın sürecindeki ikinci adıma denk gelen bu adımda, hangi maddelerin ölçek oluşturulması için biraraya getirilmesine karar verilmesi gerekmektedir. Ölçeğin yapılandırılması olarak da adlandırılan bu adımda amaçlanan kullanılacak anket formunun mümkün olduğunca kısa, anlaşılır ve az sayıda sorudan oluşmasıdır. Bu adımda gerçekleştirilen faaliyetler ile görünüm ve içerik geçerliliğinin sağlanmasının yanısıra gerçekleştirilen pilot çalışma sayesinde güvenilirlik de arttırılmaktadır (Erdemir, 2008: 140).

Pilot anket 12.12.2015'te Yunus Emre Devlet Hastanesi Mavi Hastane bölümünde Fizik Tedavi ve Göğüs Hastalıkları bölümünde yatmakta olan hastalar üzerinde bire bir karşılıklı görüşme yoluyla uygulanarak test edilmiştir. Anlaşılmayan sorular tespit edilerek gerekli düzenlemeler yapılmış; yanıtlayıcılardan gelen öneriler ve eleştiriler dikkate alınarak ölçeği oluşturan ifadelere son hali verilmiştir (Özkara, 2015: 85).

Öncelikle anketin ilk halinde 5'li Likert ölçeğinde 1 "*kesinlikle katılıyorum*"u temsil ederken, "*kesinlikle katılmıyorum*" şeklinde değiştirilmiştir. 3 "*Kararsızım*" ifadesi "*Ne katılıyorum, Ne katılmıyorum*" olarak değiştirilmiştir. "*Planlanan yatış süresi*" ancak doktordan elde edilebilecek ve net olmayan bir bilgi olması nedeniyle çıkarılmıştır. "*Tedavi ücretleri ve ödemesi konusunda bilgilendirildim.*" ve "*Fiyatlar uygun.*" ifadeleri devlet hastanelerinde sağlık hizmetleri ücretsiz verildiği için çıkarılmıştır. "*Gürültüden rahatsız olmadım.*" ifadesi "*Rahatsız edici bir gürültü yok.*" ifadesi ile değiştirilmiştir. "*Yemekler hijyenik şartlara uygun.*" ifadesi, anlaşılabilirliği arttırmak adına "*Yemekler temizlik şartlarına uygun.*" şeklinde değiştirilmiştir. "*Hastane içerisinde yönlendirme tabelaları yeterli. Aradığım yeri rahatlıkla buldum.*" ifadesi aynı anda iki konuyu ölçtüğü; yönlendirme tabelaları yeterli olmasına rağmen aranılan yer rahatlıkla bulunamayabileceği için iki ayrı soruya ayrılmıştır. "*Tercih etmeme*" yerine "*zorunlu olarak geldiyseniz*" ifadesinin kullanılmasına karar verilmiştir.

SERVQUAL'de yer alan ve Taşkiran Mohammad (2007), Öziç (2007), Mirza (2010), Eldem (2009) ve Serbest (2006) gibi araştırmacılar tarafından yer verilen "*Hastane kayıtları düzgün tutuluyor.*" şeklindeki ifadeler hastaların teknik kalite

değerlendirme noktasındaki yetersizliği (Miranda, 2012: 389) göz önünde bulundurularak yer verilmemiştir. “*Hastane tarafından vaat edilen hizmetleri aldım.*” ifadesi çıkartılmıştır. Taşkiran Mohammad (2007), Öziç (2007), Eldem (2009), Serbest (2006) ve Kumaraswamy (2012)’nin ölçeklerinde yer alan “*Hastanenin çalışma saatleri bana uygun*” ifadesi de yatan hastalar hastaneden 24 saat hizmet aldıkları nedeniyle çıkartılmıştır.

Ayrıca ölçeğe aşağıda yer alan 13 sorunun eklenmesine karar verilmiştir. Bunun yanında Likert ölçeğinin uygulanmasının kolaylaştırılması adına Ek-4’te yer alan VAS (Visual Analogy Scale) ölçeğinin kullanılması planlanmıştır.

- Personelin giyimi temiz ve sıktı.
- Hastane personeli yardımseverdi.
- Hizmetler ilk seferinde doğru verildi. (Kan almada damar patlatma vb.)
- Hizmetlerin ne zaman verileceği önceden bildirildi. (Doktorun ve hemşirelerin geliş sıklığı, MR çekimi vb.)
- Hizmetler bildirilen zamanda verildi.
- Tüm hastalara eşit muamele yapılıyor.
- Gece vakti kendimi güvende hissediyorum.
- Kafeterya hizmetlerinden memnunum.
- İşlemler sırasında gereğinden fazla beklemedim.
- Diğer hastalarla ilgili sıkıntı yaşamadım.
- Dini vecibelerimi yerine getirmek konusunda sıkıntı yaşamadım.
- Sağlığımın her şeyden önemli görüldüğünü düşünüyorum.
- Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.
- Hastaneye yattığım günden bu güne kendimi daha iyi hissediyorum.

“*Hastanede yattığınız süre içerisinde herhangi bir konuda hastane yetkililerine şikâyette buldunuz mu?*” sorusu ayrı bir alt boyut olabileceği düşüncesiyle detaylandırılmıştır. Bu soruya “*Evet*” cevabı veren hastalara “*Kime şikâyet ettiniz?*” ve “*Şikâyet konusu*” sorularak aşağıda yer alan ifadelere katılma dereceleri sorulmuştur.

- Şikâyet edilecek yetkiliye kolaylıkla ulaştım.
- Yetkili benimle ilgilendi.
- Problemim çözüldü.

### 3.5.6. Geliştirilen Ölçeğin Bir Örneklemeye Uygulanması

Ölçeğin yapılandırılması noktasında ikinci aşamanın ilk aşamada hazırlanan ölçek taslağının asıl örneklemeye uygulanması olduğu ifade edilmektedir. Örneklemenin evreni temsil yeterliliğinin ölçülmesi, elenmesi gereken soruların belirlenerek ölçeğin indirgenmesi ve ölçek ile ölçülmek istenen kavramı oluşturan gizli faktörlerin keşfedilmesi bu aşamanın amaçları olarak ortaya konmaktadır (Erdemir, 2007: 141).

**Uygulanma Yöntemi:** Bu araştırma kapsamında veri derlemesi amacıyla, tarama<sup>28</sup> tekniklerinden anket uygulanmıştır (Koç, 2008: 116). Hair vd. (2003) anket uygulama yöntemlerini 3 gruba ayırmışlardır: Anketörler tarafından yüz yüze uygulanan (person administered), anketörlerin anketi dağıttığı, anketlerin yanıtlayıcılar tarafından birebir doldurulduğu (self administered) ve telefon aracılığıyla gerçekleştirilen anketler. Son yıllarda bu yöntemlere mail yoluyla uygulanan anketler de eklenmiştir. Akhade, Jaju ve Lakhe (2013: 127) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda genellikle anketlerin e-mail, posta veya telefonla gerçekleştirilmesinin doğru olmayan geribildirim almaya neden olabileceğini ifade etmektedir. Sağlıkta hizmet kalitesi yazınında anketlerin en çok birebir (self-administered) yapıldığı gözlenmektedir (Pai ve Chary, 2011: 208). Birebir yapılan anketlerde soru sayısının mail yoluyla yapılan anketlerden daha fazla olması ve yanıtlanma oranının artması bire bir anketlerin tercih nedeni olarak gösterilmektedir (Pai ve Chary, 2013: 331). Veri toplama aşamasında katılımcıların tarafsız olmaları ve birbirlerinden etkilenmemeleri de yüzyüze görüşme yönteminin diğer avantajlarıdır (Kayral, 2012: 100). Yüz yüze yapılan anketlerin dezavantajı ise mail yoluyla yapılan anketlerden sayı olarak az oluşudur (Pai ve Chary, 2011: 208). Bu çalışmada avantajlarının yanı sıra hastaların sunulan hizmetlere ilişkin öneri ve tavsiyelerini de almaya olanak sağlaması göz önünde bulundurularak yüz yüze anket yöntemi ile anket uygulanmasına karar verilmiştir.

---

<sup>28</sup> Tarama, Creswell (2003: 153) tarafından “bir evren ya da örnekleme birimlerinin eğilimlerinin, tutumlarının ya da fikirlerinin söz konusu evren ya da örnekleme üzerinde çalışılarak nicel ya da sayısal olarak betimlenmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Koç, 2008: 116).

**Uygulayıcıların Belirlenmesi:** Anketörler aracılığıyla anketlerin yüzyüze uygulandığı alan yazında, uygulama aşamasında öğrencilerden yararlanıldığı gözlenmektedir (Rocha vd., 2013: 2). Bu anlamda hastanenin Eğitim Koordinatörü ile yapılan değerlendirme sonucunda hastanede uygulamalı eğitim görmekte olan sağlık meslek lisesi öğrencileri Ek 5’te yer alan eğitim neticesinde kendi eğitim aldıkları bölümde o gün yatmakta olan ve anket uygulanabilecek durumda olan hastalara anketi uygulamışlardır. Bu eğitim dokümanı Baş (2006) tarafından yazılan “Anket” kitabından hareketle hazırlanmıştır. Richardson (2012: 89) insanların katılımının gerektiği araştırmalarda etişin önemine yer vermektedir. Bu anlamda öncelikle kişiye araştırma hakkında yeterli bilgi verilmesi (çalışmanın amacı, yapan kişi, görüşmenin yaklaşık süresi vb.) ve katılım için istekli olup olmadığının sorgulanması önemlidir. Anket uygulanmasından öncesinde bu durum göz önünde bulundurularak gerekli bilgiler verilmiştir.

**Uygulama Alanı:** Örgüt düzeyinde gerçekleştirilen araştırma 618 yataklı bir hastane olan Yunus Emre Devlet Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Hastane ile yapılan görüşmeler sonucunda Yoğun Bakım ve Psikiyatri servislerinde yatan hastaların haricinde anketin uygulanmasına karar verilmiştir. Haberal (2012) da çalışmasında veri kalitesinin ve tutarlılığın sağlanması için bebek ve çocuk hastalar (18 yaş altı), yoğun bakım ünitelerinde yatırılan hastalar ve zihinsel yeterliliği bulunan hastaları araştırma evreni dışında tutmuştur. Ek 6’da Sağlık Bakanlığı İl Genel Sekreterliği’nden izin alınmasına ilişkin süreç şeması yer almaktadır.

**Örnekleme Yöntemi ve Örnekleme Büyüklüğünün Belirlenmesi:** Araştırmanın anakütlesi (evreni) 12.01.2016 tarihinde Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi’nde yatan 461 adet hastadır. Yazında pazarlamada sık kullanılan “uygun örneklem” yönteminin kullanıldığı görülmektedir (Senic ve Marinkovic, 2013: 314). Aagja ve Garg (2010: 67) da örnekleme yöntemi olarak diğer yöntemlerin hastane ortamında uygulanmasının zor olacağı bilgisinden hareketle uygun örneklem yöntemini seçmiştir. Chakravarty (2011: 221) ise diğer çalışmalardan farklı olarak anketi hizmet alan her üçüncü hastaya yapmıştır. Sağlıkta hizmet kalitesi alanında gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde çoğu araştırmacının örnekleme yöntemini



belirtmediği gözlenmektedir. Tabakalı örneklem, uygun örneklem ve yargısal örneklem ise belirtilen yöntemler arasındadır (Pai ve Chary, 2013: 325). Akhade, Jaju ve Lakhe (2013: 127) gerçekleştirmiş olduğu yazın taramasında, çalışmalarda yanıtlayıcıların hangi sağlık hizmetini aldıklarının belli olmadığını ifade etmektedir.

Bu bilgiler göz önünde bulundurularak örnekleme dahil edilecek bölümler belirlenirken hastaların ankete cevap verebilecek düzeyde, sağlık ve psikolojik durumlarının iyi olması ve enfeksiyon riskinin olmamasına dikkat edilmiştir. Bu nedenle psikiyatri ve yoğun bakım birimleri örnekleme dâhil edilmemiştir. Bu anlamda bazı kısıtlar kullanarak anket uygulandığı için “amaçlı örnekleme” veya “yargısal örneklem” olarak adlandırılan örnekleme yöntemi tercih edilmiştir (Tokay, 2000: 107). Bu yöntemin “uygun örnekleme”den farkı her önüne gelenin örnekleme alınması yerine araştırmacının kimlerin seçileceği konusunda yargısını kullanarak araştırmanın amacına en uygun olanları örnekleme almasıdır (Tokay, 2000: 108).

Pazarlama alanında ölçek geliştiren kişiler (Churchill vd., 1974; Saxe ve Barton, 1982; Parasuraman vd., 1988) genellikle yaklaşık 200 örneklem büyüklüğünü yeterli görmüşlerdir. Hizmet kalitesi alanında gerçekleştirilen ölçek geliştirme ve ölçek geçerliliği çalışmalarının örneklem büyüklüklerine bakıldığında benzer sayılar göze çarpmaktadır: 200 (Parasuraman vd., 1988), 277 (Sureshchander vd., 2002), 227 (Dabholkar vd., 1996); 115 (Bahia ve Nantel, 2000), 225 (Yağcı, 2006: 225), 201 (Aagja ve Garg, 2010: 66) (Aagja ve Garg, 2010: 67). Ladhari (2008: 76) de gerçekleştirdiği yazın taramasında örnek büyüklüğünün 70 ila 5531 arasında değiştiğini tespit etmiştir. Pai ve Chary (2013: 325) tarafından gerçekleştirilen yazın taraması ise çalışmaların çoğunda 100 ila 200 örneklem ile çalışıldığını göstermektedir.

Bu çalışma kapsamında hastanenin bölümlerine göre uygulanan anket sayıları Tablo 11’de yer almaktadır. Tablodan görüleceği üzere toplam 14 bölümde 268 hastaya anket uygulanmıştır. Bir sonraki adımda gerçekleştirilecek istatistiksel analizler açısından değerlendirildiğinde örneklem büyüklüğü yeterli görülmektedir.

### 3.5.7. Maddelerin Değerlendirilmesi

Schwab (1980) tarafından önerilen süreçte üçüncü adıma denk gelen ölçek değerlendirme kapsamında ölçeğin psikometrik özellikleri test edilmektedir. Yeni geliştirilen bir testin “geçerlilik” ve “güvenilirlik” özelliklerini yerine getirmesi beklenmektedir. Testin uygulaması ve puanlamasının kolay olması ile testin ekonomik olarak masrafsız olması anlamına gelen kullanılabilirliği da beklenen diğer özelliklerdir (Alpar, 2011: 807). Bu anlamda çalışma kapsamında açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri gerçekleştirilmiş olup; bu analizler ile ilgili detaylı bilgiye izleyen bölümde yer verilmektedir. Bu analizlere ilişkin süreç Şekil 18’de yer almaktadır.

**Tablo 11. Uygulanan Anketlerin Bölümlere Göre Dağılımı**

Servis Adı	Uygulanan Anket Sayısı
Radyasyon Onkolojisi	19
Göğüs Hastalıkları	24
Dâhiliye A	20
Tıbbi Onkoloji	5
Hematoloji	5
Tıbbi Onkoloji-Hematoloji	14
Kardiyoloji	18
Dâhiliye B	21
Ortopedi	18
KVC	10
Nöroloji	25
Üroloji	21
Beyin Cerrahi	22
Enfeksiyon	8
Genel Cerrahi	20
Ortopedi 2-KBB	9
KBB	9
TOPLAM	268

### 3.5.8. Ölçek Uzunluğunun En İyilenmesi

Bir ölçekte mümkün oldukça az ve gerçekten gerekli soruların sorulması gerekmektedir. Soru sayısının yanısıra görüşme süresi de önemlidir. Karşılıklı görüşme yoluyla uygulanan ölçeklerin ise 40 dakikadan uzun sürmemesi istenmektedir (Baş, 2006: 66). İlk yedi adımda uygulanan analizler neticesinde sonuç olarak uygulanması önerilen anket formuna Ek-7’de yer verilmiştir.

**Şekil 18. Analiz Süreci**



Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

### 3.6. Önceliklendirme Modeli

Sofyalıoğlu (2006: 52) müşteri ihtiyaçlarının önem düzeylerini belirlemede uygulamada en çok kullanılan yöntemleri basit sıralama yöntemi, ihtiyaçları yüksek önem düzeyinden düşük olana doğru sıralama yöntemi, % 100 Yöntemi, 1-2-3 Sıralama Yöntemi, Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) Yöntemi ve Kano Analizi şeklinde sıralamıştır (Değer, 2012: 63). Hair vd. (2008: 160) puanlama ölçeklerini karşılaştırmaz ve karşılaştırmalı şekilde iki grupta incelemektedir. Bu gruplamada sıralama (birinci, ikinci ve üçüncü öncelik) ve sabit toplam ölçekleri (toplamı 100 olması) karşılaştırmalı puanlama ölçekleri içerisinde yer almaktadır. Bazı çalışmalarda ise önem düzeylerine yer verilmemiştir. Örneğin, Cronin ve Taylor (1992) tarafından geliştirilen SERVPERF hem beklentileri hem de önem ağırlıklarını ihmal etmiştir (Grönroos: 2007: 120).

PZB (1991: 446) SERVQUAL'in ikinci sürümünde (1985) boyutların birbirlerine göre önem sıralamasını belirlemek amacıyla regresyon analizi gerçekleştirirken; 1991 yılındaki güncellemelerinde anket katılımcılarına puanlandırma yaptırmışlardır (PZB, 1991: 424'den aktaran İkiz, 2010: 20). Bu bağlamda anketlerin son bölümünde öncelikle 100 puanın önem derecesi yüksek olana fazla olacak ve toplamı 100 olacak şekilde 5 boyuta paylaşılması istenmekte, sonrasında en önemli 3 boyutun sıralanması istenmektedir. Mirza (2010), Öziç (2007) ve Taşkıran-Mohammad (2007) Türkiye'de bu yöntemi uygulayan araştırmacılar. Bu yöntemin uygulanmasının Türkiye'nin genel kültür yapısı göz önünde bulundurulduğunda çok zor olduğu araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur (Özalbant, 2010: 64). Ayrıca elde edilen sonuçların tutarsızlıklar içerebileceği de açıktır. Devedbakan ve Aksaraylı (2003: 46) sonuçları da bu tutarsızlığı göstermektedir. Devedbakan ve Aksaraylı (2003: 46)'ın araştırma sonuçlarına göre 100 puanın dağıtılması sonucunda güvenilirlik (%28,4762), heveslilik (%23,6667), güven (%21,9514), fiziksel özellikler (%14,90), empati (%11,3333) şeklinde bir sıralama elde etmiştir. İlk üç sıralaması sonucunda ise güvenilirlik (%56,2), güven (%21,9), heveslilik (%13,3), fiziksel özellikler (%7,6) ve empati (%1) şeklinde bir sıralama elde etmişlerdir.

Kalite kavramının çok boyutlu ve karmaşık bir olgu olduğuna daha önce değinilmişti. Bu anlamda toplam kalite içinde hangi kalite boyutunun kritik olduğu

sorusunun yanıtlanması önemlidir. Bu sorunun yanlış yanıtlanması sonucunda yapılacak içsel faaliyetler rekabet avantajı sağlamayacaktır (Grönroos, 1988: 12). Young vd. (1996) da kalite geliştirme girişimlerinde kullanılması için hastaların önceliklerinin bilinmesi gerektiğini ifade etmektedir (Miranda, 2010: 2140).

Hizmet kalitesi modellerinde kalite fonksiyonunun doğrusal olduğu ve kalite özelliklerinin eşit derecede öneme sahip olduğuna yönelik varsayımlar bulunmaktadır. Bu varsayımların uygulamada gerçeği yansıtmadığına dikkat çekilmekte, özellikle faktörlerin hijyen faktörler ve kalite artırıcı faktörler gibi gruplamalar altında farklı etkileri olduğu öne sürülmektedir (Grönroos: 2007: 120). Ayrıca faktörlerin gruplandırılmasında da kültürün etkili olacağı göz ardı edilmemelidir (Grönroos: 2007: 122). Hofstede'nin çalışmaları bu anlamda yol gösterici niteliktedir.

Bazı araştırmacılar ise farklı yöntemler kullanmışlardır. Değer (2012), yanıtlayıcılardan boyutların her birine “çok düşük=1”, “çok yüksek=5” olacak şekilde bir önem derecesi belirlemelerini isterken; Eldem (2009), başhekimin düşünceleri doğrultusunda AHP tekniğini uygulamıştır. Ancak hizmet veren ve hizmet alan tarafın görüşleri arasında farklar olabilmektedir. Örneğin Öznalbant (2010: 64,82) araştırma modelinde yer alan yedi boyutun önem derecesinin 1-5 arasında değerlendirilmesini istemiştir. Daha sonra her bir boyuta 1-5 değerini veren yanıtlayıcı sayılarının ağırlıklı ortalamasını almıştır. Büyüközkan, Çiftçi ve Güleryüz (2011: 9421) ise SERVQUAL ölçeğini kullanmakla birlikte önceliklendirme amacıyla beş boyutu kendi içerisinde bir boyutun diğer boy ile karşılaştırıldığında ne kadar önemli olduğu şeklindeki sorular ile ikili olarak karşılaştırmıştır. Burada 25 karşılaştırma yerine tekrarlı karşılaştırmaları önleyerek 15 soru sormuştur. Gülmez (2005: 158) ise hastaların C.Ü. Araştırma Hastanesi'ni seçme nedenlerini önem sırasına koyarken farklı bir yöntem izlemiştir. Her bir neden için dört farklı önem seviyesi tanımlamış; her bir neden için verilen tüm cevapların kaç tanesinin 1. Önem seviyesinde, kaç tanesinin 2. Önem seviyesinde, kaçının 3 ve kaçının 4. Önem seviyesini seçtikleri sonuçları toplamıştır. Daha sonra önem seviyelerinin her biri için bir ağırlık belirleyerek ağırlıklı toplamlar elde etmiş ve toplam puana oranlayarak dağılım yüzdelerine ulaşmıştır. Bu yüzdelerin büyükten küçüğe doğru sıralanması ile de önem sırası ortaya çıkmıştır. Bu çalışma kapsamında Büyüközkan, Çiftçi ve

Güleryüz (2011: 9421) ve Gülmez (2005: 158)'in yöntemleri bir arada ele alınarak görsel olarak uygulanması kolay bir yöntem geliştirilmiştir.

Alan yazında gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda araştırmacılar boyutların önem derecelerine ilişkin birtakım bulgulara ulaşmışlardır. Örneğin Kara vd. (2005) SERVQUAL'i sağlık alanında uyguladıkları çalışma sonucunda soyut bileşenlerin somut bileşenlerden daha etkili olduğunu ortaya koymuşlardır (Raposo vd., 2009: 88). SERVQUAL ölçeğini kullanan çalışmalarda (Mowen vd., 1993; Lim ve Tang, 2000). genellikle "güven" boyutunun en önemli boyut olarak tespit edildiği görülmektedir (Kayral, 2012: 65). Headley ve Miller (1993) hizmet alım sonrası davranışları en çok etkileyen boyutların "güvenilirlik" boyutunun yanısıra ve "empati" olduğu tespit ederken (Kayral, 2012: 65); McAlexander ve Kaldenberg (1994) en önemli boyutun "hizmet sunanların performansı" olduğunu belirlemiştir. Sonuçlar sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini belirleyen en önemli unsurun insan faktörü olduğu ortaya koymaktadır (Kayral, 2012: 62). Hemşirelerin hasta bakımı kalitesi üzerindeki önemli etkileri konusunda da çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Carman (1990) ve (2000) yılında gerçekleştirdiği çalışmalarında hemşirelerin en önemli boyut olduğu sonucuna varmışlardır (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 564). Kayral (2012: 156) çalışmasında hasta tatmini ile en yüksek korelasyon düzeyinin, nezaket boyutu; en düşük korelasyona sahip hizmet kalite boyutunun ise, güvenilirlik boyutu olduğunu ortaya koymuştur.

Grönroos (2007: 90) değişik endüstriler ve değişik insanlar için algılanan hizmet kalitesine ilişkin önermiş olduğu yedi ölçütün bazılarının diğerlerine oranla daha önemli olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca, modelinin temelinde yer alan işlevsel/teknik hizmet kalitesi ayrımı ile bağlantılı olarak işlevsel kalitenin teknik kaliteden daha önemli olduğunu ifade etmektedir (Grönroos, 2007: 122). Sağlık hizmetleri alanında çalışan Miranda (2010: 2148) da hastaların kalite algılarının birincil belirleyicisini işlevsel kalite olduğu konusunda hemfikirdir. Hastaların hizmet kalitesini değerlendirirken teknik kaliteden ziyade işlevsel kaliteye dayalı bir değerlendirme gerçekleştirdikleri de yazında ortaya konulmuş bir konudur (Mosadeghrad, 2013: 205; Polska vd. , 2013: 58). Soliman (1992) da teknik olmayan özelliklerin hastaların kalite değerlendirmelerinde daha etkili olduğu sonucuna ulaşan diğer bir araştırmacıdır (Rashid ve Jusoff, 2009: 472). Diğer bir tespit de hizmet sunumu esnasında ortaya çıkan kişiler arası etkileşimin genellikle hizmet

kalitesi algılamalarında en büyük etkiye sahip olduğu yönündedir (Bitner, 1992; Newman ve Pyne, 1996' den aktaran Chahal ve Kumari, 2010: 233). Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 132) çalışması sonucunda teknik ve yönetsel kalitenin hizmet kalitesi algılamaları üzerinde en fazla etkisi olan faktörler olduğunu tespit etmişlerdir.

Sağlıkta hizmet kalitesi yazınında gerçekleştirilen çalışmalarda boyutların önem dereceleri hakkında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Değer (2012) çalışmasında en önemli boyutun güvenilirlik, en önemsiz boyutun ise fiziksel boyut olduğunu tespit etmiştir. Varinli ve ark (2001) da benzer şekilde en önemli boyutun “doktora güven” olduğunu tespit etmiştir (Miranda, 2010: 2140). Otani ve ark. (2005)'in çalışmalarında ise en önemli 3 bileşen sırasıyla hasta ile geçirilen zaman, hemşireler ve ulaşılabilirlik olarak belirlenmiştir. Otani&Kurz (2004) ile Carr-Hill (1992) in çalışmalarında ise en önemli etkenin “hemşireler” olduğu tespit edilmiştir (Raposo vd., 2009: 89). Büyüközkan, Çiftçi ve Güteryüz vd. (2011: 9420) çalışmasının sonucunda daha kaliteli ve tatmin edici bir hizmet verebilmek için hastanelerin empati, profesyonellik ve güvenilirlik boyutları üzerinde yoğunlaşmalarını önerirken; Portekiz'de gerçekleştirilen bir çalışmada en önemli bileşenin doktor-hasta ilişkisi olduğunu tespit edilmiştir (Raposo vd. vd., 2009: 89). Benzer şekilde Senic ve Marinkovic (2013: 317) çalışmasında kişisel ilişkilerin en önemli bileşen olduğunu ortaya koymuştur. Miranda (2010: 2142) ise çalışmasında sağlık çalışanları, etkinlik ölçümleri, diğer çalışanlar ve tesis şeklinde bir sıralamaya ulaşmış; sonuç olarak yöneticilerin daha çok tesis ile ilgilenirken, sağlık çalışanları ve etkinlik ölçümünü göz ardı ettiklerini iddia etmiştir (Miranda, 2010: 2147). Kumaraswamy (2012: 143) ise en önemli faktörleri sırasıyla doktor davranışları, destek personeli, atmosfer ve işlemsel performans şeklinde tespit etmişlerdir. Frost ve Kumar (2001: 883)'in araştırmasında dikkat çeken bir konu da INTSERVQUAL'in ağırlıklı ve ağırlıksız olarak uygulanması sonucunda farklı sonuçlar elde edilmiş olmasıdır. Ağırlıklı uygulamada kalitesi en düşük algılanan boyut tepkisellik iken, ağırlıklandırılmamış ölçekte empati olarak tespit edilmiştir.

AHP, kendi içerisinde bir sistematığı olan ve temel olarak uzman kişiler tarafından uygulanması gereken bir tekniktir. Bu süreçte seçeneklerin ağırlıklandırılması amacıyla ikili karşılaştırma yapılmaktadır. Özellikle boyut sayısı arttığında yapılan ikili karşılaştırma sayılarının artışına paralel olarak sağlıklı

verilerin elde edilmesi zorlaşmaktadır. Bu tekniğin anketi cevaplayacak yatan hasta özelliklerine uymayacağı düşüncesinden hareketle, bu çalışma kapsamında AHP sürecinde kullanılan 2'li karşılaştırmaya dayalı bir yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntem ile amaçlanan anket yanıtlayıcılarının basit bir şekilde yanıtlayabilecekleri ve tutarsızlıklar içermeyen bir önceliklendirme ve ağırlıklandırma modeli oluşturulmasıdır. Önceliklendirme algoritma daha önce yapmış olduğu karşılaştırmaları hafızasında tutarak yolunu belirlediği için karşılaştırma sayısında azalma sağlamanın yanı sıra tutarsızlık probleminin de önüne geçilmiş olacaktır. Söz konusu yöntemin 3 boyut için geçerli algoritması izleyen adımlardan oluşmaktadır. Algoritmanın akış şeması ise Şekil 19'da verilmektedir. Algoritma sonucunda her bir sonuca ağırlık verilerek değerler elde edilmiştir.

#### **Algoritma: (3 Boyut için)**

1. Adım: Karşılaştırma yapılacak iki boyutun seçilmesi
2. Adım: 1. Soru: İlk iki boyutun karşılaştırılması
3. Adım: 2. Soru: 3. Boyutun 1. Sorunun galibi ile karşılaştırılması. (Diğer boyutlar önceki soruda kendi içerisinde sıralandığı için 3. Boyut galip gelirse DUR.)
4. Adım: 3. Soru: 3. Boyutun 1. Sorunun mağlubu ile karşılaştırılması

**Önceliklendirme Algoritmasının Uygulanmasında Karşılaşılabilecek Problemler ve Çözüm Yolları:** Şekil 19'da yer alan önceliklendirme algoritmasının uygulanması sırasında birtakım problemlerle karşılaşılabileceği öngörülmektedir. Söz konusu problemler ve çözüm yollarına izleyen maddelerde yer verilmiştir.

- **Karşılaştırma Yapılacak Boyutların Seçimi:** Söz konusu algoritmanın 1. adımında karşılaştırma yapılacak iki boyutun seçiminde rassal bir seçim yapıldığı takdirde, %67 (4/6) olasılıkla 3. sorunun sorulması gerekecektir. Bunun yerine yazında daha önemli olduğu tespit edilen boyutun 3. boyut olarak belirlenmesi yoluyla algoritmanın 2 soruda tamamlanma olasılığının artırılması planlanmıştır.

**Boyut Sayısının Artması:** Önerilen algoritma 4 boyut için de hazırlanmıştır. Söz konusu durumda 24 farklı sonuca en fazla 5 soruda ulaşılmaktadır.





ağırlıklandırılması için boyutların sıralamadaki yerlerine ilişkin bir ağırlık belirlenmesi gerekmektedir.

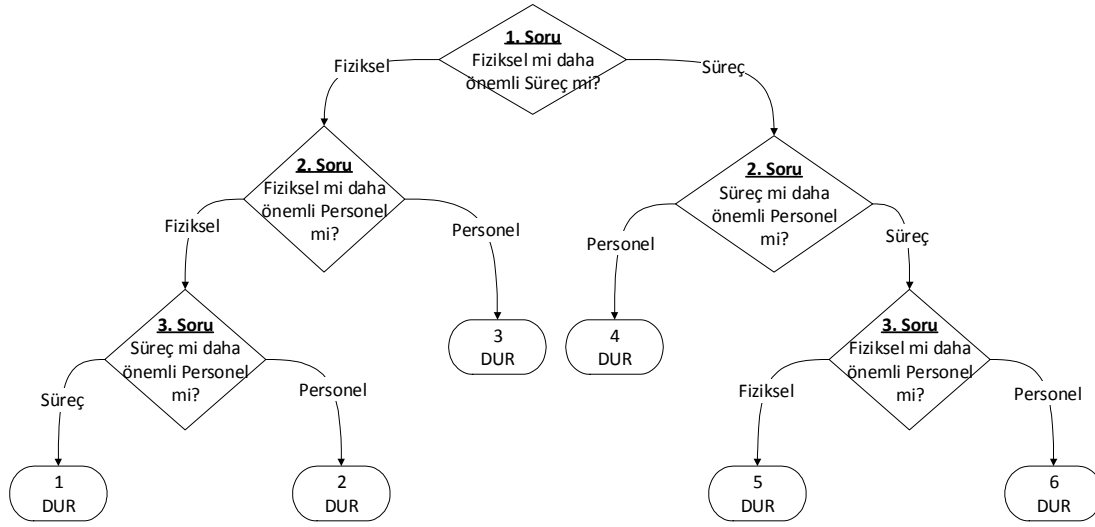
- **İlk adımda karşılaştırma yapılacak iki boyutun seçilmesi:** Genellikle müşteri ve hizmet sağlayıcı arasındaki etkileşimin belirleyici olduğu yazında ifade edilen bir durumdur (Lam, 2000: 10). Bennington ve Cummane (1998: 395) yapılan çalışmalarda müşterilerin yaklaşık %70'inin hizmet sağlayıcılarını hizmeti sağlayan çalışanlarla yaşadıkları etkileşimlerden dolayı değiştirdiklerini ortaya koymuştur (İkiz, 2010: 5). Dotchin ve Oakland (1994: 28) hizmetlerde çalışanın önemini hizmeti alan ile hizmeti sunan arasındaki yüksek derecedeki etkileşimin arttırdığını ifade etmektedir (Durukan ve Kapucuoğlu İkiz, 2007: 36). McAlexander ve Kaldenberg (1994) de SERVQUAL Modelini kullanarak dış hastaları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasının sonucunda hizmet sunanların performansının hizmet kalitesi üzerinde büyük ölçüde etkili olduğunu tespit etmişlerdir (Kayral, 2012: 65). Andaleeb (1998) hastanelerle ilgili müşteri tatminine neden olan beş faktörden üçünün (hastane personelinin hastalarla iletişimi, personelin yeterliliği ve personelin tavrı) hasta çalışan etkileşimi ile ilgili olması da personelin öneminin göstergesidir (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 565).

Buradan hareketle yazında daha önemli olduğu tespit edilen personel boyutu 3. Boyut olarak tespit edilmiş; böylelikle uygulamanın 2 soruda tamamlanma olasılığının artması hedeflenmiştir. Önceliklendirme modelinin uygulanmasına ilişkin akış şeması Şekil 20'de yer almaktadır.

268 anket içerisinde 10 kişinin önceliklendirme sorusunu boş bıraktığı tespit edilmiştir. Kalan 258 cevabın 6 farklı duruma göre dağılımı şu şekildedir:

1. Fiziksel>Süreç>Personel = 6
2. Fiziksel>Personel>Süreç = 15
3. Personel>Fiziksel>Süreç = 45
4. Personel>Süreç>Fiziksel = 133
5. Süreç>Fiziksel>Personel = 15
6. Süreç>Personel>Fiziksel = 44

## Şekil 20. Önceliklendirme Modelinin Uygulanmasına İlişkin Akış Şeması



Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Şekil 20’de yer alan 3. ve 4. durumda 2 soru sorularak sonuca ulaşıldığı görülmektedir. Bu %68,9<sup>29</sup>,luk bir orandır. 1, 2, 5 ve 6 numaralı sonuçlara ulaşabilmek için ise 3 soru sorulması gerekmektedir. 3 soruda sonuca ulaşma oranı ise %31,1<sup>30</sup>,dir. Bu anlamda yapılan karşılaştırma sayısında %22,96<sup>31</sup> oranında azalma kaydedilmiştir. Bu sonuçlar uygulanabilirlik adına güzel bir göstergedir.

Ulaşılabilecek 6 durum incelendiğinde her durumda farklı boyutların farklı yerleşimleri olduğu görülmektedir. Örneğin 1. Durumda fiziksel boyut 1. Sırada (en önemli), süreç boyutu 2. Sırada, fiziksel boyut ise üçüncü sıradadır. Söz konusu üç boyut 6 farklı durumdaki yerleşimlerine göre değerlendirildiğinde Tablo.12’de yer alan değerler elde edilmektedir. Örneğin personel boyutu 2. (15) ve 6. (44) durumda 2. Sırada yer almaktadır.

**Tablo 12. Boyutların Sıra Değerleri**

	1. Sıra	2. Sıra	3. Sıra
<b>F</b>	6+15=21	45+15=60	133+44=177
<b>P</b>	45+133=178	15+44=59	6+15=21
<b>S</b>	15+44=59	6+133=139	15+45=60

<sup>29</sup> ((45+133)/258)\*100=%68,9

<sup>30</sup> ((6+15+15+44)/258)\*100=%31,1

<sup>31</sup> (((258\*3)-((178\*2)+(80\*3)))/(258\*3))\*100=%22,96

Sadece 1. Sırada olmaya ilişkin yapılacak bir ağırlıklandırma sonucunda %68,9 personel, %22,86 süreç, %8,13 fiziksel boyutun önemli olduğu sonucu elde edilmiştir. Ancak ikinci sırada olmanın da üçüncü sırada olmaktan daha önemli olduğu göz önüne alındığında ve her birinin bir diğerinden iki kat önemli olduğu varsayımı altında sonuçlar aşağıdaki tabloda görülebileceği üzere 1. Boyut: %47,12 ile personel; 2. Boyut %31,78 ile süreç ve 3. Boyut %21,09 ile fiziksel boyut olarak belirlenmiştir. Bu değerler sonucunda sıralamanın değişmediği, sadece önem derecelerinin değiştiği gözlenmiştir.

**Tablo 13. Ağırlıklı Önem Dereceleri**

	$w_1=0,5714$	$w_2=0,2857$	$w_3=0,1428$	Ağırlıklı Toplam	Normalleştirilmiş Değer (%)
<b>F</b>	21	60	177	54,43	% 21,09
<b>P</b>	178	59	21	121,57	% 47,12
<b>S</b>	59	139	60	82	% 31,78

### 3.7. İstatistiksel Analizler

Tabachnick ve Fidell (2011: 1-9) bir istatistiksel analiz sürecinin öncelikle uygun istatistiksel testin seçimi ile başladığını ifade etmektedir. Bir sonraki aşamada verilerin ilgili analizlere uygunluğu sınanıp, gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra istatistiksel analiz aşamasına geçilebilecektir.

#### 3.7.1. İstatistiksel testlerin belirlenmesi

Bir araştırma sürecinin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için, ilk aşamada hangi istatistiksel testlerin kullanılacağı belirlenmesi önemli bir konudur. Birden çok bağımsız ve/veya birden çok bağımlı değişkenin yer aldığı ve bu değişkenlerin birbirleriyle değişen derecelerde ilişkili olduğu karmaşık araştırma problemlerinde veri setlerinin analizinde çok değişkenli istatistiksel teknikler kullanılmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 1). Çok değişkenli istatistiksel teknikler, uzun yıllardır karmaşık veri setlerinin analiz edilmesini kolaylaştıran tekniklerdir. Sosyal bilim araştırmalarında yer alan soruların giderek karmaşıklaşan doğası ve bilgisayar programlarındaki gelişmelerle birlikte çok değişkenli analizlerin kullanılma sıklığı artmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 1). Faktör analizi, kümeleme analizi, uyum

analizi, çoklu doğrusal regresyon, lojistik regresyon, ayırma analizi, yol analizi, kanonik korelasyon, konjoint analizi, yapısal eşitlik modellemesi gibi teknikler çok değişkenli istatistiksel tekniklerdendir (Alpar, 2011; Hair vd., 2010).

Çok değişkenli istatistiksel tekniklerden biri olan faktör analizi, birbiri ile ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenler bulmayı, keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel teknik olarak tanımlanabilir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 615).

Sosyal bilimlerde ölçek geliştirme ya da uyarılama çalışmalarında ve bir ölçeğin farklı bir amaç ya da farklı bir örneklem için kullanıldığı araştırmalarda kavramsal geçerliliğe ilişkin kanıt elde etmek amacıyla en sık kullanılan tekniklerden birisi faktör analizidir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 177; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 177).

Faktör analizi genel olarak açıklayıcı (exploratory) ve doğrulayıcı (confirmatory) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Charles Spearman tarafından 1904 yılında geliştirilen (istatistik.gen.tr) açıklayıcı faktör analizinde (AFA) belirli bir faktör altında toplanan göstergelerin, kuramsal yapının göstergeleri olup olmadığına ilişkin bir sorgulama yapılırken; doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) kuramsal bir yapı doğrultusunda geliştirilen ölçme aracından elde edilen verilere dayanılarak söz konusu yapının doğrulanıp doğrulanmadığı test edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 177). Uygulanış biçimine ve uygulama amacına göre farklı isimlerle anılan faktör analizleri de bulunmaktadır. Özdamar (2004: 236) bu yöntemleri Q, R, O, T ve S tipi faktör analizleri şeklinde sıralamıştır. Pai ve Chary (2011: 208) gerçekleştirmiş oldukları yazın taraması sonucunda çalışmaların yarısına yakın oranda AFA kullandıklarını tespit etmiştir.

Tabachnick ve Fidell (2011: 178), faktör analizine açıklayıcı ya da doğrulayıcı tekniklerle başlama konusunda tek bir yol önermenin olanaklı olmadığını ve kararın araştırmacıya ait olduğunu ifade etmektedir. Jöreskog ve Sörbom'a göre ise açıklayıcı faktör analizi, gözlenen ölçümlerdeki varyansın ve kovaryansın gizil kaynaklarını bulmak ve ortaya çıkarmak için kullanıldığı için ilk evrelerde kullanışlıdır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 178). AFA, hipotez kurmaya yönelik bilgi sağlaması yönüyle yöntem türeten bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir (Özdamar, 2004: 266). Ancak sosyal ve psikolojik ölçümlerin doğası hakkındaki bilgiler,

açıklayıcı faktör analizleri ile arttırılabilmekle birlikte detaylı bilgiler için yeterli değildir. Pek çok çalışma hem açıklayıcı hem doğrulayıcı analizleri kapsamaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 178).

Günümüzde sosyal bilimler alanında sıklıkla kullanılmaya başlanan Yapısal Eşitlik Modeli (YEM), gözlenen ve gizil değişkenler arasındaki nedensel ve karşılıklı ilişkilerin bir arada bulunduğu modellerin test edilmesi için kullanılan istatistiksel bir yaklaşımdır (Ergin, 2010: 43). YEM, temel olarak regresyon analizi, yol analizi ve doğrulayıcı faktör analizini (DFA) içinde barındıran oldukça kapsamlı bir yöntemdir (Aydın, 2010: 20). Schumacker ve Lomax (1996) nedensel modellerin tarihsel sıralamasının regresyon analizi, yol analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modeli şeklinde olduğu ifade etmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. 2014: 251). Geleneksel regresyon analizinde açıklayıcı değişkenlerdeki olası ölçüm hataları göz ardı edilirken; yapısal eşitlik modellemesinde modeldeki gözlenen değişkenlere ilişkin ölçüm hataları hesaba katılmaktadır. Bu nedenle de bilimsel çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Bayram, 2001: 1).

YEM, yapısal model ve ölçüm modelleri olmak üzere iki temel bölümden oluşmaktadır (Aydın, 2010: 20). Gizil<sup>32</sup> değişkenler arasındaki ilişkilerin gösterildiği model “yapısal model” olarak adlandırılırken; araştırmacının bağımlı veya bağımsız değişkenler için çok sayıda gözlenen değişken tanımladığı model “ölçüm modeli” olarak ifade edilmektedir (Aydın, 2010: 25). Ölçüm modeli doğrulayıcı faktör analizi yardımıyla yapısal eşitlik modeline dâhil edilmekte ve model bir bütün olarak test edilmeden önce ölçüm modellerinin doğrulayıcı faktör analiziyle kontrol edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Ölçek geliştirme sürecinde çok maddeli ölçme araçlarının psikometrik değerlendirmesinde kullanılan DFA, AFA modelinin doğal bir uzantısı olarak da tanımlanmaktadır (Ergin, 2010: 48). Zira faktör sayısı, gözlenen değişkenlerin yükleri, hangi faktörlere yükleneceği ve birbiriyle ilişkili olan faktör çiftleri DFA öncesinde bilinmelidir (Ergin, 2010: 48). Ayrıca Klein (2005)’in ifadesiyle yapısal eşitlik modeli açıklayıcı olmaktan çok doğrulayıcı tekniklerden oluşmakta ve “uygun bir model” bulmak yerine “bu model geçerli mi?” sorusuna cevap aramaktadır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd., 2014: 255). Hinkin

---

<sup>32</sup> Gizil değişkenler bir çalışmadaki gözlenemeyen veya ölçülemeyen değişkenler, yapılar, boyutlar ve faktörler olarak tanımlanabilir (Ergin, 2010: 44).

(1998: 114)'in görüşleri ölçek geliştirilmesi sürecinin ölçeğin yapılandırılması aşamasının AFA ile tamamlandığı, izleyen aşamada AFA sonucunda elde edilen faktörlerin kalitesinin ve ölçek yapısının değerlendirilebilmesi amacıyla DFA yapılması gerektiği yönündedir (Erdemir, 2008: 160). Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 131) ise DFA'yı ölçüm model analizi şeklinde ifade etmektedir. Floyd ve Widaman (1995) DFA'nın ölçme araçlarının geliştirilmesi, düzenlenmesi ve yeniden gözden geçirilmesi çalışmalarında çok kullanışlı olduğunu ifade etmektedir.

Ölçme aracına ilişkin faktör desenini ortaya koymak için uygulanacak açıklayıcı tekniklerin ardından modelin doğrulayıcı tekniklerle de incelenmesi arzu edilen bir durumdur (Tabachnick ve Fidell (2011: 179). Çokluk, Şekercioglu ve Büyüköztürk vd. (2014: 283) ise araştırmacının sağlam kuramsal dayanaklar doğrultusunda ölçme aracını geliştirmesi durumunda AFA ve DFA'yı eşzamanlı olarak uygulayıp, eklektik bir bakış açısı ile faktör deseni hakkında karar verebileceğini ifade etmektedir. Bu çalışma kapsamında kullanılmasına karar verilen istatistiksel yöntemler kullanım amaçlarıyla birlikte aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 14. Araştırma Kapsamında Kullanılması Planlanan Analiz Yöntemleri**

<b>Analiz Yöntemleri</b>	<b>Açıklama</b>
Frekans, Yüzde Dağılımları	Cevaplayıcıların yanıtlarının dağılımını görmek için
T- Testi ve ANOVA	Demografik değişkenlere ilişkin karşılaştırmalar yapmak için
Güvenirlilik Analizi	Ölçeklerin güvenirliklerinin test edilmesi için
Açıklayıcı Faktör Analizi	Faktörleri belirlemek için
Doğrulayıcı Faktör Analizi	Modelin doğrulanması için
Geçerlilik Analizleri	Ölçeğin geçerliliğini tespit etmek için

### **3.7.2. Verilerin Analiz İçin Hazırlanması**

Gerçekleştirilmesine karar verilen istatistiksel analizlerin öncesinde verinin analiz için hazırlanması gerekmektedir. Veri tarama olarak da adlandırılan bu işlem gerçekleştirilmediği takdirde elde edilecek sonuçların doğruluğundan emin olunamamaktadır. Söz konusu veri tarama sürecinde gerçekleştirilen işlemlere veri taramanın dört amacı kapsamında yer verilmiştir.

**Verilerin hatasızlığının incelenmesi:** Bu anlamda öncelikle tüm denek değerlerinin kategori kodlarına karşılık gelip gelmediği incelenmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 62; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 10). Bu amaçla SPSS ortamında tanımlayıcı istatistikler aracılığıyla kategori değerlerine karşılık gelmeyen 19 adet yanlış veri girişi tespit edilmiştir. Bu değerler Gaskin (2016) tarafından birinci tür uç değer olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu anketlere geri dönüş yapılarak doğru değerler tespit edilmiş ve yanlış girilen veriler düzeltilmiştir.

**Kayıp verilerin incelenmesi:** SPSS ortamında gerçekleştirilecek bazı analizlerin kayıp değerler olduğunda gerçekleştirilememesi kayıp değer sorununun çözülmesini gerektirmektedir. Yazında hangi örneklem büyüklüğü için ne kadar kayıp değere katlanılabileceğine ilişkin bir ölçüt yoktur (Tabachnick ve Fidell, 2011: 63). Bunun yanında kayıp verilerin bir örüntüsünün olup olmaması, miktarının ne olduğundan çok daha önemlidir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 62; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 10). Bununla birlikte Tabachnick ve Fidell (2011: 63) büyük bir veri setinde kayıp verilerin %5 veya daha az olması durumunda kayıp veri sorununun üstesinden gelebilmek için denenebilecek seçeneklerin benzer sonuçlar vereceğini ve ciddi bir sorun olmadığını ifade etmektedir.

Bu çalışma kapsamında öncelikle Gaskin (2006)'in önerisi doğrultusunda her bir anket için kayıp soru sayısı tespit edilmiştir. Bunun için MS Excel ortamında yazılan formül ile 5'ten fazla kayıp soruya sahip olan anketler belirlenerek Tablo 15'te ayrıntısı verilen 8 adet anket analiz dışı bırakılmıştır.

**Tablo 15. Kayıp Veri Fazlalığı Nedeniyle Analizden Çıkarılan Anketlere İlişkin Bilgiler**

Anket No	Boş Soru Sayısı
106	67
110	67
123	28
252	24
96	20
125	8
233	8
260	6



Aynı formül her bir sütunda yer alan sorular için de kullanılmış ve toplamda 107 adet kayıp veri tespit edilmiştir. Bu sayının toplam veri sayısı ile oranlanması sonucunda<sup>33</sup> binde 5 gibi çok küçük bir oranda kayıp veri olduğu tespit edilmiştir.

SPSS ortamında gerçekleştirilen Little's MCAR testi sonuçları da ( $p=0$ ), kayıp verilerin rassal olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kayıp verilerin yerlerine Likert ölçeğine uygun olması noktasında medyan değerleri atanmıştır (Gaskin, 2006).

**Uç değerlerden arındırma:** 99 yerine 999 girilmesi şeklinde oluşabilen uç değer hataları korelasyon matrisini etkileyerek gerçek dışı sonuçlar elde edilmesine neden olabilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 10). Bu çalışma kapsamında, verilerin hatasızlaştırılması aşaması ile birlikte SPSS ortamında tanımlayıcı istatistikler aracılığıyla uç değerler tespit edilerek gerekli düzeltmeler yapılmıştır (Bkz, Syf.141).

Verileri uç değerlerden arındırmak için gerçekleştirilen diğer bir analiz de tepkisiz yanıtları belirlemeye yöneliktir. Bu amaçla MS Excel'de yazılan formül ile her bir anket için standart sapma değerleri elde edilmiş; standart sapma değerleri sıfır olan, diğer bir ifadeyle tüm sorulara aynı yanıtı veren 7 anket tespit edilerek analiz dışında bırakılmıştır.

**Varsayımların sağlanması:** İstatistiksel analizler uygulanmadan önce, belirli varsayımların sağlanıp sağlanmadığının sınanması gerekmektedir. Faktör analizine uygunluk noktasında genellikle KMO (örneklem büyüklüğü) ve Barlett testi (normallik) sonuçları kullanılmaktadır (Aagja ve Garg, 2010: 67, Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 177; Kumaraswamy, 2012: 143). Yalçın İncik, Çakır ve Özdemir vd. (2015: 1010) açıklayıcı faktör analizinin gerçekleştirilebilmesi için, verinin analize uygun olup olmadığının belirlenmesi için Bartlett Testi ve KMO değerinin yanısıra Anti-ımağ korelasyon matrisi değerlerinin dikkate alınmasını önermektedir. Tabachnick ve Fidell (2011: 10) ise faktör analizine uygunluk noktasında normallik ve doğrusallık varsayımlarının sağlanması gerektiğini ifade etmektedir.

---

<sup>33</sup>  $(107/(73*253)) = \%0,54$

**Örneklem büyüklüğü:** Yazında faktör analizi için yeterli örneklem büyüklüğü için birçok farklı ölçüt bulunmaktadır. Tabachnick ve Fidell (2011: 207) ve Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk (2010: 207) yazında yer alan ölçütlerden en az ikisini karşılayan bir büyüklüğün yeterli olacağını ifade etmektedir. Churchill&Peter (1984) ve Peter (1994) örneklem genişliğinin güvenilirlik ile ilişkisi ile ilgili olarak gerçekleştirdikleri çalışmaların sonucunda üç farklı ölçüte göre örneklem büyüklükleri ile ilgili bilgi vermektedir (Taş, 2009: 259):

- *Madde Sayısının Gözlem Sayısına Oranı:* Yazında farklı araştırmacılar tarafından madde başına 2 (Klein), 5 (Gorsuch), 10 (Nunually, Costello ve Osborne), 15/30 (Pedhazur) gözlem sayılarının tespit edildiği görülmektedir. Costello ve Osborne ise yaptıkları yazın taraması sonucunda bu oranın 1/5'in altında uygulandığına dikkat çekmektedirler (Taş, 2009: 259). Hinkin (1998: 109) ise veri miktarının, soru sayısının en az üç-dört katı olmasını önermekte; bu oran arttıkça analiz kalitesinin de artacağını ifade etmektedir (Erdemir, 2007).
- *Mutlak Gözlem Sayısı:* Araştırmacılar tarafından mutlak gözlem sayısı için de birçok farklı öneri mevcuttur. Comrey ve Lee (1992)'ye göre faktör analizi için yeterli örneklem büyüklüğü 50 (çok zayıf), 100 (zayıf), 200 (orta), 300 (iyi), 500 (çok iyi) ve 1000 (mükemmel) şeklindedir. Kline (1994) güvenilir faktörler ortaya çıkarmak için 200 kişilik bir örneklemin genellikle yeterli olacağını, hatta bu sayının faktör yapısı açık ve az sayıda ise 100'e kadar inebileceğini ifade etmiştir. Tabachnick ve Fidel (2001) ise yüksek yük değerleri için büyük örneklemin gerekmediğini ve 150 civarında örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ifade etmektedir. Guadagnoli ve Wayne ise 100–200 arasında gözlem alınması gerektiğini belirtmiştir. Aleamoni 400 gözlem alınmasını önerirken; Costello ve Osborne ise 1000 gözlem önermiştir (Taş, 2009: 259). Hinkin (1995, 973-974) de en az 200 veri olmasının daha sağlıklı sonuçlar sağlayacağını savunmaktadır (Erdemir, 2007). Hair vd. (2011: 102)'nin örneklem büyüklüğü konusundaki düşünceleri ise 50'den az olmaması gerektiği ve 100'den fazla olmasının iyi olacağı yönündedir. Comrey (1988) ile Guadagnoli ve Velicer (1988) ise faktör analizi için 300 civarı anketin yeterli olacağını iddia etmektedir (Lam, 2000: 46).

- *Beklenen Faktör Sayısının Gözlem Sayısına Oranı:* Guadagnoli ve Wayne tarafından önerilen bu yöntem, çok faktörlü yapılar için elde edilen sonuçların tutarsızlıklar göstermesi bakımından fazla kullanılmamaktadır. Costello ve Osborne, faktör başına düşen madde sayısını da 11 olarak açıklamışlardır (Taş, 2009: 259).

Guadagnoli ve Velicer (1988), bu sayıların hiçbir kuramsal veya ampirik temeli olmadığını ileri sürerek Monte Carlo yöntemi ile gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda faktör başına düşen gösterge sayısı, örneklem büyüklüğü ve faktöre doygunluğun bir arada ele alınması gerektiğini ifade etmektedirler. Buna göre 0,8 faktör yükü için 50 kişi yeterli olurken; 0,6 için 150 kişi yeterli olacaktır. 0,4 faktör yükü için ise faktör başına gösterge 10 olduğu takdirde 150 kişi yeterli iken; gösterge sayısı dikkate alınmazsa 300-400 civarı anket yeterli olacaktır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 206). Ayrıca 0,6 civarında faktör yükü için 150'den fazla örneklem büyüklüğü ve faktör başına dört madde ile istikrarlı sonuçlar elde edileceği de öne sürülmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 206; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 206). MacCallum vd. (1999)'nin bu konudaki görüşleri ise 0,8 civarında faktör yükü ve 0,5 civarı ortak varyans değerleri için 100-200 örneklemin yeterli olacağı; düşük ortak varyans, az sayıda faktör ve her faktörde 3-4 gösterge varsa en az 300 örneklemin gerektiği yönündedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 618). Ünal (2006) yapısal eşitlik modelleriyle çalışan uzmanların seçilecek örnek hacminin 200-500 arasında olması gerektiğini ifade etmektedir (Aydın, 2010: 45).

Örnekleme büyüklüğünün faktör analizi için uygunluğunun belirlenmesi için en sık kullanılan test ise Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testidir. Örneklem büyüklüğü açısından faktör analizi için veri yapısının uygunluğunu test eden KMO, gözlenen korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir testtir. KMO test sonucunun yüksek çıkması, ölçekteki her bir değişkenin diğer değişken tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 207). Örneklem büyüklüğünün yeterliği konusunda KMO değerinin en az 0,70 olması gerektiği ifade edilmektedir (Yalçın İncik, Çakır ve Özdemir vd. 2015: 1010). Hair vd. (2003) ise KMO testi sonucunun değişkenler içindeki varyansın oranı olduğunu ve 1.0'e yakın olmasının istendiğini; 0,5'ten küçük olduğu takdirde faktör analizine devam edilemeyeceğini

ifade etmektedir (Kumaraswamy, 2012: 143; Chahal ve Kumari, 2010: 236). Test sonuçları Tablo 16'daki değerler göz önünde bulundurularak yorumlanmaktadır.

Faktör analizine tabi tutulacak 72 sorunun KMO değeri 0,882 olarak elde edilmiş olup, bu test örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir. Bunun yanısıra yukarıdaki araştırmacıların görüşleri de 268 adet örneklemin yeterli olduğu doğrultusundadır.

**Tablo 16. KMO Test Sonuçlarının Yorumlanması**

KMO sonuç aralığı	Yorum
0,5-0,6	Kötü
0,6-0,7	Zayıf
0,7-0,8	Orta
0,8-0,9	İyi
>0,9	Mükemmel

Kaynak: Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk (2010: 207)

**Çok değişkenli normal dağılım:** Faktör analizinin diğer bir varsayımı da çok değişkenli normallik varsayımdır. Çok değişkenli normallik, tüm değişkenlerin ve değişkenlerin tüm doğrusal kombinasyonlarının normal olarak dağılması varsayımı olarak ifade edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 208). Normal dağılım olduğu durumda çözüm alternatifleri artmakla birlikte; normal dağılımın elde edilemediği durumda alternatiflerin azalacağı ancak yine de veri setinden yararlı sonuçlar elde edilebileceği ifade edilmektedir (Tabachnick, 2011: 208). Barlett Küresellik testi (Barlett's Test of Sphericity) bu anlamda en sık kullanılan testtir. Ki-kare değerinin 0,05'ten küçük anlamlılık değerleri anlamlı derecede ilişki olduğunu yani çok değişkenli normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir (Kumaraswamy, 2012: 143). Altunışık vd, (2007: 354) ise Barlett testine ilave olarak anti-imaaj korelasyon katsayılarının incelenmesine yer vermektedir. Anti-imaaj korelasyon matrisinin incelenerek her bir değişkenin toplam çözüme katkı sağlayıp sağlamadığı veya önerilen çözüm üzerinde bozucu etkiye sahip olup olmadığı incelenmektedir (Koç, 2008: 125). Bu anlamda her bir maddenin faktör analizine uygunluğuna karar vermek amacıyla anti-imaaj korelasyon matrisinde köşegende yer alan değerleri (MSA) 0,50'den büyük maddelerin faktör analizine dahil edilmesi tavsiye edilmektedir (Sipahi, Yurtkoru ve Çinko, 2008: 81'den aktaran Yalçın İncik, Çakır ve Özdemir vd. 2015: 1010). Faktör analizine tabi tutulacak sorular için Barlett Testi

gerçekleştirilmiş olup,  $p=0,000$  değeri verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini göstermektedir. Bu çalışma verileri ile gerçekleştirilen analiz sonucunda anti-imağ korelasyon matrisinde yer alan tüm değerlerin  $[0,674-0,948]$  aralığında olduğu tespit edilmiştir.

**Çoklu bağlantı (multicollinearity) ve tekillik (singularity):** Ölçekte yer alan maddelerin ikişerli olarak birbirleriyle yüksek derecede ilişkili olması durumunda çoklu bağlantı problemi ortaya çıkmaktadır. Çoklu bağlantıyı tespit etmek için kullanılan yöntemlerden biri varyans artış faktörü (Variance Inflation Factor -VIF) değerinin değerlendirilmesidir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 35). VIF<sup>34</sup> değerinin kullanılması en çok kullanılan yöntemdir. VIF değerinin 10'dan büyük eşit olması durumunda çoklu bağlantı problemi olduğu öne sürülebilir durumdadır (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 574; Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 565). Bu araştırma kapsamındaki veriler için hesaplanan VIF değerleri  $[1.708-4.923]$  aralığında olduğu için çoklu bağlantı problemi olmadığı sonucuna varılmıştır.

### 3.7.3. Araştırmanın Bulguları

Anket uygulamasıyla toplanan veriler üzerinde SPSS 21.0 ve Amos 21.0 paket programları kullanılarak yapılan analizlerin sonuçlarıyla elde edilen araştırma bulguları izleyen maddeler halinde sıralanmıştır.

#### 3.7.3.1. Ölçeği Oluşturan İfadelere İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları

Ölçekte yer alan ifadelerle ilgili hesaplanan en küçük, en büyük, ortalama değerler ve standart sapma değerleri Tablo 37'de yer almaktadır. Öncelikle genel olarak hastaların kalite değerlendirmelerinin ortalama ve varyansları incelendiğinde yüksek değer ve düşük değişkenlik içerdikleri gözlenmiştir. Aynı sonuca ulaşan Teng (2007: 477), bu durumun nedeninin sağlık sektöründe hastaların hizmet kalitesi

<sup>34</sup> VIF değeri  $1/(1-r^2)$  formülünden hareketle hesaplanmaktadır. İlişki olmadığı durumda  $r^2=0$  olacağı için, VIF 1 değerini alacaktır.  $r^2$ 'nin 0,9 olduğu durumda ise VIF, 10 değerini alacaktır.

bileşenleri arasında ödünleşme yapmakta zorlanmaları nedeniyle gerçekleştiğini ifade etmektedir. Tabloda yer alan en küçük ve en büyük değerlere bakıldığında her soruya en az bir kez 1 (Soru 31 ve 60 hariç) ve 5 değerlerinin verildiği görülmektedir. 21, 70 ve 63. soruların ortalama değerlerinin en düşük olduğu görülmektedir. Buradan hareketle otopark, refakatçiler ve kafeterya ile ilgili hizmet kaliteleri algılamalarında problem olduğu ön bilgisi edinilebilir.

**Tablo 17. Ölçekte Yer Alan Sorulara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

Soru No	En küçük	En büyük	Ortalama	Std. Sapma
soru1	1	5	4,19	1,245
soru2	1	5	4,25	1,154
soru3	1	5	4,15	1,204
soru4	1	5	4,29	,982
soru5	1	5	4,35	1,003
soru6	1	5	4,30	1,054
soru7	1	5	4,52	,775
soru8	1	5	4,38	1,055
soru9	1	5	3,50	1,514
soru10	1	5	3,98	1,256
soru11	1	5	4,17	1,101
soru12	1	5	4,29	1,001
soru13	1	5	4,27	1,073
soru14	1	5	4,48	,880
soru15	1	5	4,26	1,084
soru16	1	5	4,11	1,121
soru17	1	5	4,56	,668
soru18	1	5	4,59	,772
soru19	1	5	4,51	,843
soru20	1	5	4,04	1,155
soru21	1	5	3,02	1,425
soru22	1	5	4,21	1,014
soru23	1	5	4,20	1,126
soru24	1	5	4,16	1,073
soru25	1	5	4,15	1,084
soru26	1	5	4,20	1,042
soru27	1	5	4,42	,950
soru28	1	5	4,37	,915
soru29	1	5	4,38	,972
soru30	1	5	4,44	,874
soru31	2	5	4,52	,711
soru32	1	5	4,33	,984

Soru No	En küçük	En büyük	Ortalama	Std. Sapma
soru33	1	5	4,46	,929
soru34	1	5	4,49	,810
soru35	1	5	4,45	,889
soru36	1	5	4,62	,648
soru37	1	5	4,55	,742
soru38	1	5	4,45	,852
soru39	1	5	4,44	,828
soru40	1	5	4,64	,678
soru41	1	5	4,33	,988
soru42	1	5	4,52	,814
soru43	1	5	4,15	1,116
soru44	1	5	4,27	1,058
soru45	1	5	4,64	,667
soru46	1	5	4,58	,723
soru47	1	5	4,63	,647
soru48	1	5	4,57	,751
soru49	1	5	4,52	,764
soru50	1	5	4,44	,789
soru51	1	5	4,46	,800
soru52	1	5	4,14	1,024
soru53	1	5	4,50	,825
soru54	1	5	4,26	,903
soru55	1	5	4,31	1,023
soru56	1	5	4,53	,764
soru57	1	5	4,46	,836
soru58	1	5	4,46	,800
soru59	1	5	4,38	,850
soru60	2	5	4,37	,828
soru61	1	5	4,38	,987
soru62	1	5	4,46	,889
soru63	1	5	3,81	1,261
soru64	1	5	4,13	1,208
soru65	1	5	4,52	,843
soru66	1	5	4,38	1,035
soru67	1	5	4,59	,790
soru68	1	5	4,62	,665
soru69	1	5	4,41	,876
soru70	1	5	3,72	1,390
soru71	1	5	4,03	1,200
soru72	1	5	4,31	,941

### 3.7.3.2. Ölçümün İlk Güvenilirliği

Güvenilirlik, bir ölçme aracında bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan kavramı ölçedeki türdeşliğini ve yeterliliğini ortaya koyan bir kavramdır (Özdamar, 2004: 622). Bir anketin güvenilir olarak değerlendirilebilmesi için tesadüfi hatalardan bağımsız olması gerekmektedir. Bu anlamda süreç, ölçeğin sadeleştirilmesi ve geliştirilmesi olarak da adlandırılmaktadır. Güvenilirlik, yapılan ölçmenin amaca uygun olduğunu garanti etmediği için “gerekli, fakat yeterli olmayan” bir koşuldur (Baş, 2006: 187). Özdamar (2004: 622) ise ölçekte yer alan soruların sayısı ve konularının önemli olduğundan hareketle güvenilirlik analizi ve soru analizinin birlikte ele alınması gerektiğini savunmaktadır.

İçsel tutarlılık güvenilirliği, ölçekteki maddelerin homojenitesi ile ilgili olup genellikle cronbach alfa katsayısı ile belirlenmektedir (DeVellis, 2003: 27). Ölçekte yer alan maddenin varyansları toplamının genel varyansa ortalaması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalaması olan Cronbach alfa değeri, ölçme aracındaki farklı soruların aynı niteliği ölçerken birbirlerini ne kadar tamamladıklarını tespit etmektedir (Aydın, 2010: 47). Pai ve Chary (2013: 308) de gerçekleştirmiş oldukları yazın taraması sonucunda ölçek güvenilirliği için en çok cronbach alfa değerinin kullanıldığını ve bu değer 0,6 eşik değerinden büyük olmasının istendiğini ifade etmektedir (Pai ve Chary, 2013: 327). Nunnally (1978) ve Hair vd. (2003) ise 0.70 ve üzerindeki Cronbach alfa değerlerinin ölçeğin güçlü bir güvenilirliğe sahip olduğunu gösterdiğini ifade etmektedir (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 562; Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 569). Tablo 18’de ise alfa değerinin aralıklarına göre daha geniş bir değerlendirme yapıldığı görülmektedir.

**Tablo 18. Cronbach Alfa Katsayısının Yorumlanması**

Cronbach Alfa katsayısı	Güvenilirlik Değerlendirmesi
0.00 < Alfa < 0.40	Ölçek güvenilir değildir
0.40 < Alfa < 0.60	Düşük güvenilirliktedir
0.60 < Alfa < 0.80	Güvenilir
0.80 < Alfa < 1.00	Yüksek derecede güvenilir

Kaynak: Özdamar (2004: 633)

Baş (2006: 193) güvenilirlik analizi ile amaçlanan ölçme aracılığıyla ölçülmek istenen ortak değeri (common core) eşit olarak paylaşmayan değişkenlerin



belirlenmesi ve bu değişkenlerin çıkartılarak i tutarlılığın arttırılması olduğunu ifade etmektedir. Burada ifade edilen ortak değeri temsil etmeyen değişkenleri test etmek amacıyla cronbach alfa değeri ile birlikte parça-bütün istatistiklerinden yararlanılmaktadır. Bu tabloda yer alan “değişken silindiğinde alfa katsayısı” değerleri arasında cronbach alfa değerinden büyük olan değişkenler silindiği takdirde faktörün güvenilirliği artacaktır. Söz konusu değişkenler çıkarıldıktan sonra aynı analize, silinmesi halinde alfa katsayısını yükseltecek değişken kalmayana kadar devam edilmektedir. Madde silindiğinde ölçek varyansının da yükseldiği görülecektir. Bu anlamda ölçeğin varyansının artarak ayırt edici geçerliliğinin yükseleceğini gösteren “değişken silindiğinde ölçek varyansı” sütunundan yararlanılmaktadır. Silinecek satırların düzeltilmiş parça bütün korelasyonu sütunu değerlerinin de küçük olduğu görülecektir. Bu değerlerin küçük olması, iç tutarlılığı kötü yönde etkilediklerinin göstergesidir. Düzeltilmiş parça bütün korelasyonu değeri 0.33<sup>35</sup>’ten küçük olan değişkenlerin silinmesi önerilmektedir. Böylelikle ortak değeri eşit olarak paylaşmayan değişkenler çıkarılmış olacaktır. Demirer ve Bülbül (2014: 102)’ün çalışmasında ise AFA öncesinde düzeltilmiş madde toplam korelasyon değeri 0.40’dan düşük olan maddeleri çıkarttıkları gözlenmiştir.

Aagja ve Garg (2010: 67) da ölçek geliştirme sürecinin ölçek saflaştırma sürecinde KMO-Barlett testlerini gerçekleştirdikten sonra her boyut için bir de madde silindiğinde alfa değerlerini inceleyerek, alfa katsayısını arttıran soruları ıkarımış ve her boyut için Cronbach alfa katsayılarını tekrar hesapladıktan sonra AFA uygulamıştır. AFA ile ölçeğin boyut yapısını doğrulanması aşamasında faktör yükleri yeterli olmayan maddeler çıkarıldıktan sonra her boyut için ayrı ayrı alfa katsayıları hesaplanmıştır (Aagja ve Garg 2010: 68). Teng (2007: 477), Churchill ve Parasuraman vd. tarafından önerilen ve yararlanılan 3 aşamalı ölçek saflaştırma sürecini uygulamışlardır. Bu süreçte öncelikle Cronbach alfa değerlerini hesaplayıp, düşük parça-bütün korelasyon değerlerine sahip maddeleri silme yoluna gitmiştir. Boyutsal yapıyı kontrol etmek amacıyla faktör analizi gerçekleştirdikten sonra sonuçlar ışığında boyutları uyumlandırdıktan sonra birinci adıma tekrar dönmüş ve boyutsal yapı sabit hale gelinceye kadar devam etmiştir.

Chahal ve Kumari (2010: 236)’in güvenilir olmayan soruları tespit yöntemi ise 0.7’den küçük Cronbach alfa değerine sahip olmanın yanında, 0.15’ten küçük

---

<sup>35</sup> Varyansın yaklaşık %10’ununu açıkladığı anlamına gelmektedir.

parça-bütün (item-total) korelasyon ve 0.3'ten küçük maddeler arası (inter-item) korelasyon değerine sahip olma şeklindedir. Eldem (2009: 68)'in de çalışmasında alfa katsayısının yanında yarıya bölme (split-half) yöntemi ile güvenilirlik analizi gerçekleştirdiği görülmektedir. Bu tabloda alfa katsayısının negatif çıkması, iki grup arasında negatif korelasyon olduğunu ve soruların diziliş sırasının uygun olmadığını göstermektedir. Ayrıca Spearman-Brown (eşit ve farklı) ve Guttman Split-Half katsayılarının 0.6'ın üzerinde olması da ölçeğin tutarlılığının göstergesidir (Özdamar, 2004: 636).

Güvenilirlik analizlerinin açıklayıcı faktör analizinden önce veya sonra yapılması konusu tartışmalıdır. Bu anlamda Şencan (2005: 359-360) yazından hareketle ölçeğin çok boyutlu olduğunun bilinmesi durumunda güvenilirlik analizinin faktör analizinden sonra uygulanmasını önermektedir (Koç, 2008: 122). Erdemir (2007: 153) ise çalışmasında her iki aşamada da güvenilirlik ölçümlerinin yapılması yoluna gitmiştir. AFA öncesi iç tutarlılık değerlerinden hareketle ölçekte yer alan soruların indirgenmesi yoluna gitmiştir. Bu anlamda soruların kendi aralarındaki korelasyon değerlerini 0,40 değerini eşik değer (Hinkin, 1998: 108) olarak incelemiş, 0,40 değerinden düşük korelasyona sahip soruları elemiştir. Alpar (2011: 82) ise parça-bütün korelasyon değerlerinin 0,25'ten küçük olanlarının çıkarılmasını savunmaktadır.

Alan yazında yer alan çalışmalar incelendiğinde genellikle Cronbach's alfa değerlerinin 0,8 üzerinde olduğu görülmüştür. Örneğin Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 562)'nin çalışmasında 0.824-0.961 değerleri elde edilirken; Chahal ve Kumari (2010: 237)'in çalışmasında 0.838-0.928 arası değerler elde edilmiştir. Rocha vd. (2013: 1)'nin çalışmasında ise sonuçlar oldukça yüksektir (0.982-0.986). Miranda (2010: 2141) de 0,963 değerini elde etmiştir.

Bu araştırma kapsamında öncelikle faktör bazında değişkenlerin güvenilirliği araştırılmış, sonrasında tüm ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi yoluna gidilmiştir. Tablo 19'da yer alan Fiziksel Boyuta İlişkin Parça Bütün İstatistikleri incelendiğinde, silindiğinde 0,893 Cronbach alfa değerinden büyük cronbach alfa değerine (0,897) sahip olan sorunun otoparka ilişkin 21. Soru olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle analiz dışına çıkarılmıştır. Ayrıca yarıya bölme yoluyla gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda da 0,843 ve 0,809 alfa değerleri tespit

edilmiştir. Parça-bütün korelasyon matrisinde de negatif değerlerin bulunmaması soruların diziliş sırasının uygunluğunu göstermektedir.

**Tablo 19: Fiziksel Boyuta İlişkin Parça Bütün İstatistikleri**

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Parça-Bütün Korelasyonu	Çoklu kare korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
Soru4	92,328	161,602	,501	,451	,888
Soru5	92,273	162,191	,464	,458	,889
Soru11	92,443	157,581	,589	,645	,886
Soru12	92,328	158,055	,635	,732	,885
Soru13	92,348	160,688	,485	,510	,889
Soru14	92,142	165,186	,402	,280	,891
Soru15	92,356	162,135	,426	,330	,890
Soru16	92,510	159,108	,519	,391	,888
Soru17	92,059	165,334	,540	,448	,889
Soru18	92,032	164,888	,484	,405	,889
Soru19	92,111	164,623	,449	,348	,890
Soru20	92,585	157,188	,576	,477	,886
Soru21	93,605	163,057	,274	,234	,897
Soru22	92,415	158,156	,622	,651	,885
Soru23	92,419	158,348	,545	,489	,887
Soru24	92,455	157,154	,624	,685	,885
Soru25	92,474	158,282	,574	,658	,886
Soru26	92,419	159,014	,570	,534	,887
Soru28	92,241	159,485	,639	,545	,885
Soru62	92,162	165,787	,370	,240	,891
Soru63	92,810	160,035	,421	,265	,891
Soru66	92,237	165,190	,332	,274	,893
Soru70	92,901	158,391	,421	,295	,892

Personel boyutuna ilişkin parça bütün istatistikleri Tablo 20’da yer almaktadır. Madde silindiğinde Cronbach alfa değeri sütunu incelendiğinde bu boyut için belirlenen eşik cronbach alfa değerinin (0,928) üzerindeki 9 (hasta hakları konusunda bilgilendirilme), 10 (yatış süresince gerçekleştirilecek işlemler ile ilgili bilgilendirilme) ve 43. (hemşire sayısı yeterli) Sorular teker teker analiz dışında bırakılmıştır. Ayrıca yarıya bölme yoluyla gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda da 0,878 ve 0,878 alfa değerleri tespit edilmiştir. Parça-bütün korelasyon matrisinde de negatif değerlerin bulunmaması soruların diziliş sırasının uygunluğunu göstermektedir.

**Tablo 20: Personel Boyutuna İlişkin Parça Bütün İstatistikleri**

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Parça-Bütün Korelasyonu	Çoklu kare korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
Soru7	141,051	250,263	,515	,427	,926
Soru9	142,067	248,015	,279	,402	,932
Soru10	141,593	244,679	,440	,452	,928
Soru29	141,198	244,143	,607	,588	,925
Soru30	141,138	247,564	,552	,699	,926
Soru31	141,059	248,897	,629	,734	,925
Soru32	141,245	243,670	,614	,716	,925
Soru33	141,115	247,332	,524	,445	,926
Soru34	141,083	247,068	,619	,598	,925
Soru35	141,126	244,238	,665	,736	,924
Soru36	140,957	249,470	,665	,680	,925
Soru37	141,024	247,555	,659	,700	,925
Soru38	141,126	249,603	,489	,448	,926
Soru39	141,138	251,834	,418	,377	,927
Soru40	140,933	255,015	,370	,333	,927
Soru41	141,245	245,797	,539	,544	,926
Soru42	141,059	249,746	,508	,511	,926
Soru43	141,423	249,650	,358	,334	,928
Soru44	141,308	248,889	,404	,319	,928
Soru45	140,933	250,206	,609	,634	,925
Soru46	140,992	247,778	,668	,664	,925
Soru47	140,941	251,627	,560	,575	,926
Soru48	141,012	248,869	,593	,601	,925
Soru50	141,134	249,252	,547	,565	,926
Soru51	141,115	249,126	,544	,572	,926
Soru52	141,439	245,287	,535	,482	,926
Soru53	141,075	249,586	,508	,548	,926
Soru55	141,269	247,277	,471	,350	,927
Soru56	141,047	249,434	,558	,636	,926
Soru57	141,111	247,385	,588	,592	,925
Soru58	141,115	249,761	,518	,437	,926
Soru59	141,194	249,641	,489	,403	,926
Soru61	141,202	245,916	,536	,447	,926

Tablo 21’de yer alan süreç boyuta ilişkin parça bütün istatistikleri incelendiğinde ise silindiğinde 0,832 Cronbach alfa değerinden büyük cronbach alfa değerine sahip olan hastanın doktoru kendisinin seçmesine ilişkin 3. Sorunun (0,839) analiz dışına çıkarılmasına karar verilmiştir. Ayrıca yarıya bölme yoluyla gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda da 0,744 ve 0,764 alfa değerleri tespit edilmiştir. Parça-bütün korelasyon matrisinde de negatif değerlerin bulunmaması soruların diziliş sırasının uygunluğunu göstermektedir.

**Tablo 21: Süreç Boyutuna İlişkin Parça Bütün İstatistikleri**

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Parça-Bütün Korelasyonu	Çoklu kare korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
Soru1	65,302	62,500	,406	,440	,827
Soru2	65,239	63,408	,397	,472	,827
Soru3	65,342	66,372	,216	,109	,839
Soru6	65,192	62,539	,505	,387	,819
Soru8	65,105	63,141	,467	,323	,822
Soru27	65,065	66,286	,316	,190	,830
Soru49	64,974	64,953	,529	,395	,820
Soru54	65,229	63,423	,544	,428	,818
Soru60	65,125	64,581	,509	,426	,820
Soru64	65,354	60,550	,535	,343	,817
Soru65	64,966	64,754	,489	,358	,821
Soru67	64,903	65,607	,455	,364	,823
Soru68	64,872	65,282	,588	,459	,819
Soru69	65,081	63,693	,543	,418	,818
Soru71	65,464	63,296	,383	,271	,828
Soru72	65,168	64,108	,470	,353	,822

**Tablo 22: Tüm Boyutlara İlişkin Cronbach Alfa Değerleri**

	Cronbach Alfa	Madde Sayısı
GENEL HİZMET KALİTESİ	0.957	67
Personel Kalitesi Boyutu	0.934	30
Süreç Kalitesi Boyutu	0.839	15
Fiziki Kalite Boyutu	0.897	22

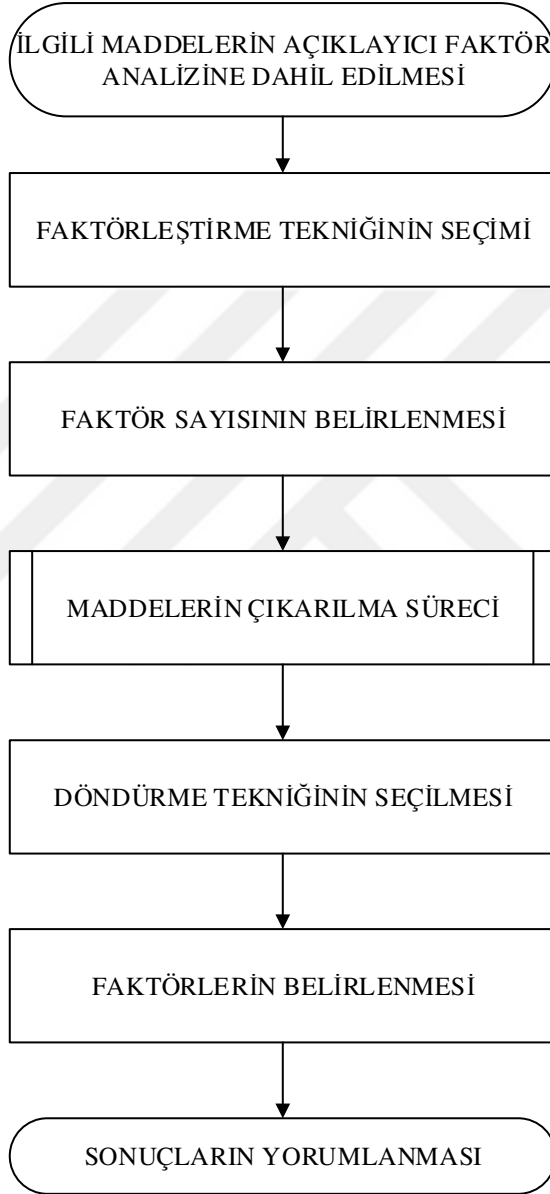
### 3.7.3.3. Açıklayıcı Faktör Analizleri (AFA)

Yatan hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili algılarını ölçmeyi amaçlayan ve 83 maddeden oluşan ölçek; personel, süreç ve fiziksel özellikler kavramsal boyutları temel alınarak geliştirilmiştir. Bu bağlamda, söz konusu aracın faktör desenini ortaya koymak amacıyla açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Demografik sorular, davranışsal niyete ilişkin 73 ve 74. sorular, evet/hayır şeklinde yanıtlanan 75 ve 82. Sorular, tercih nedenine ilişkin 82.a ve 82.b. sorular, açık uçlu 76, 77 ve 83. Sorular ve sadece 11 kişi tarafından cevaplanan şikâyet sürecine ilişkin 78, 79, 80. Sorular dışındaki ilk 72 soru açıklayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Bu çalışma kapsamında Şekil 21’de yer alan AFA Süreci izlenmiştir.

**Faktörleştirme Tekniğinin Seçilmesi:** AFA’nın hesaplama biçimine dayanan değişik türleri bulunmaktadır. Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. (2010: 198) bu faktörleştirme teknikleri arasından seçim yapma noktasında varsayımlar ve

amacın göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade etmektedir. Temel eksenler tekniği klasik faktör çıkartma yöntemleri içerisinde en sık kullanılanıdır (Büyüköztürk, 2002: 474).

**Şekil 21. AFA Süreci**



Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Temel bileşenler analizinin temel amacı veri setinden her bir bileşenle azami varyansı çıkartmaktır. Bu anlamda fazla sayıdaki değişkeni daha küçük sayıda bileşen altında azaltarak toplamak isteyen araştırmacı için bir çözüm yolu olarak

sunulmuş ve faktörlerin doğası hakkında bilgi toplamak isteyen araştırmacılar için faktör analizindeki ilk adım olarak da kullanışlı olduğu ifade edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 198). Şencan (2005: 367), ölçülen konunun temel boyutları ve öğeleri ortaya konulmak isteniyorsa, çalışılan veriler en azından eşit aralıklı ölçek niteliğindeyse ve esas amaç, ölçüm ifadelerinin hangi başlıklar / boyutlar altında gruplanabileceğini saptamaksa “temel bileşenler analizi” yöntemini kullanmayı tavsiye etmektedir (Koç, 2008: 122).

Aagja ve Garg (2010: 67) kendi çalışmasında keşfedici yapıda bir çalışma gerçekleştirdiği için temel eksenler analizini kullandığını ifade ederken; Yılmaz (2012), çok boyutlu normal dağılım varsayımının problemlili olmadığı, düşük örneklem olduğu ve formatif ölçülerin söz konusu olduğu durumlar için temel bileşenler analizinin kullanılmasını önermektedir.

Alan yazın incelendiğinde Senic ve Marinkovic (2013: 315), Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 129), Chahal ve Kumari (2010: 236), Miranda (2010: 2142) ve Yağcı (2006: 226)’nın faktörleştirme tekniği olarak temel bileşenler analizini kullandıkları görülmektedir. Kumaraswamy (2012: 143) ve Aagja ve Garg (2010: 67) temel eksenler tekniğini kullanırken; Lam (2000: 47) alfa faktörleştirme tekniğini kullanmıştır. Pai ve Chary (2013: 326) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda sağlık hizmet kalitesi gerçekleştirilen çalışmalarda en çok ana bileşenler analizi ile faktörleştirme gerçekleştirildiğini tespit etmişlerdir.

Tabachnick ve Fidel (2001)’in diğer bir önerisi, faktörleştirme tekniklerinin döndürme teknikleri olmadan yorumlanabilir çözümler üretemeyeceği düşüncesinden hareketle faktörleştirme ve döndürme tekniklerinin bir arada düşünülmesi gereğidir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 197). Zira temel bileşenler analizinde ortaya çıkan faktörler arasında yüksek derecede ilişki beklenmez, bir başka deyişle ortaya çıkan faktörler birbirinden bağımsızdır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 198). Tabachnick ve Fidell (2001)’in diğer bir tespiti de aralarında güçlü ilişkiler olan çok sayıda değişken olması durumunda çıkartma tekniklerinin sonuçlarının benzer olacağı ve gözlenen bazı farkların da döndürme işleminden sonra kaybolacağı yönündedir (Büyüköztürk, 2002: 474).

**Faktör Sayısının Belirlenmesi:** AFA'nın diğ er bir aş aması faktör sayısının belirlenmesine yöneliktir. Hayton vd. (2004) bu aş amanın açıklayıcı faktör analizindeki en kritik karar olduğunu iddia etmektedir (Çokluk, Ş ekercioğ lu ve Büyüköztürk, 2010: 279). Bu anlamda kullanılan birkaç yöntem bulunmaktadır (Çokluk, Ş ekercioğ lu ve Büyüköztürk, 2010: 192): Bunlardan ilki birikimli açıklama oranlarının %80-90'ını açıklayan özdeğ erler sayıdır. İkinci yol yamaç-birikinti grafiğ inin (scree-plot) incelenerek eğ imin kaybolduğ u yerin tespit edilmesidir. Yamaç birikinti grafiğ inin, faktör sayısını özdeğ erden daha hızlı bir şekilde azalttığ ı bilinmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 193).

Kaiser (1960) sıfırdan büyük özdeğ er sayısını önerirken; dördüncü yol değ eri 1'den büyük özdeğ er sayıdır. Tabachnick ve Fidell (2011: 66)'in diğ er bir önerisi de artık (residual) korelasyon matrisinde değ erlerin sıfıra yakın olması durumunda o sayıda faktörün kabul edilebileceğ i yönündedir. Özdamar (2004: 248) ise 0.7'den büyük özdeğ er sayısı kadar faktör alınmasını öneren Joliffe ölçütü ve seçilecek faktör sayısının değ iş kenlerin doğ ası ile açıklanabilir olacak kadar seçilmesini ifade eden anlaşılabilirlik ölçütünü eklemiştir. Çokluk, Ş ekercioğ lu ve Büyüköztürk (2010: 192) bu yöntemlerden hangisinin kullanılacağı konusunda pratikte denenerek karar verilmesini önermektedir.

**Maddelerin Ç ıkartılması:** Ölç ekte yer alan maddelerin ç ıkartılması sürecinde dikkate alınan parametre, faktör yükleridir. Değ iş kenle faktör arasındaki korelasyona iş aret eden faktör yükleri, standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır. Örneğ in; 0,30 düzeyinde bir faktör yükü, faktör tarafından açıklanan varyansın %9 olduğ u anlamında gelmektedir (Çokluk, Ş ekercioğ lu ve Büyüköztürk, 2010: 194). Yazında faktör yükü için asgari değ er genellikle 0,30, bazı yerlerde ise 0,40 (Aagja ve Garg, 2010: 67) olarak yer almaktadır. Tabachnick ve Fidell (2011: 654)'in ise bu anlamda varyansın %10'unun açıklayan 0,32 değ erini benimsedikleri görülmektedir. Bununla birlikte Tabachnick ve Fidell (2011: 671) gerçekleşt irmiş oldukları uygulamada faktör yükleri 0,45'ten küçük olan faktör yüküne sahip maddeleri ç ıkartmışlardır. Hair vd. (2003) tarafından önerilen eş ik değ eri ise 0.50'tir (Chahal ve Kumari, 2010: 236). Bagozzi ve Yi de benzeş im geçerliliğ in sağ lanması adına faktör yüklerinin 0.5 değ erinin üzerinde olması gerektiğ ini savunmaktadır (Teng, 2007: 478).



Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk (2010: 195) homojenliğin şüpheli olması durumunda faktör yük değerleri düşük çıkacağı yönünde uyarıda bulunmaktadır. Bununla birlikte 0.32'den düşük faktör yüküne sahip oldukları halde bazı maddelerin ölçek geliştirme sürecinde düzeltilerek ya da kuramsal bir gerekçeye dayandırılarak da ölçekte kalabilmesi durumu da bulunmaktadır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 223).

Faktör yüklerinin değerlendirilmesinde yazında yer alan birtakım ölçütler bulunmaktadır. Örneğin Comrey ve Lee (1992)'ye göre faktör yükleri

- 0,71 mükemmel (varyansın %50'sini açıklar)
- 0,63 çok iyi (varyansın %40'sini açıklar)
- 0,55 iyi (varyansın %30'sini açıklar)
- 0,45 vasat (varyansın %20'sini açıklar)
- 0,32 zayıf (varyansın %10'sini açıklar)

şeklinde gruplandırılmaktadır (Tabachnick ve Fidel, 2011: 654).

Kim ve Yin (2004) ile Şencan (2005) ise bu değerlendirmede örneklem büyüklüğünü de dikkate alan bir gruplandırma yapmıştır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 194):

- Faktör yükü 0,30 için en az 350 örneklem büyüklüğü
- Faktör yükü 0,40 için en az 200 örneklem büyüklüğü
- Faktör yükü 0,50 için en az 120 örneklem büyüklüğü
- Faktör yükü 0,60 için en az 85 örneklem büyüklüğü
- Faktör yükü 0,70 için en az 60 örneklem büyüklüğü

Maddelerin çıkartılması ile ilgili olarak dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta, yine faktör yük değerleri ile ilişkili olan binişiklik durumunun değerlendirilmesidir. Faktör yükleri tablosunda birden fazla faktörde 0,32'den büyük bir değerle yer alan ve söz konusu yük değerleri arasındaki farkın 0,10'dan az olduğu sorular "binişik sorular" olarak tanımlanmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 233; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 233). Söz konusu sorular da ölçek dışına çıkarılması için değerlendirilmesi gereken sorulardır.

Bununla birlikte hem binişik soruların, hem de 0,32'den küçük faktör yüküne sahip soruların olması durumunda hangi sorunun önce çıkarılacağına ilişkin kesin bir

kural bulunmamaktadır. Bu nedenle de aynı veri seti üzerinde çalışan iki araştırmacı farklı sonuçlar elde edebilmektedir. Bu noktada yazında kesin bir kural olmamasına rağmen binişik sorulardan başlanmasının tavsiye edildiği de görülmektedir. İki tane binişik soru olması durumunda da faktör yük değerleri arası farkın daha az olan soru ilk önce çıkartılmalıdır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 235; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 234)

Maddelerin çıkarılmasında dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan biri de çıkartma işleminin tek tek gerçekleştirilmesidir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 223). Bir önceki analiz sonucunda binişik olmayan bir soru, bir madde ölçekten çıkarıldığında binişik hale gelebilir veya tam tersi bir durum söz konusu olabilir.

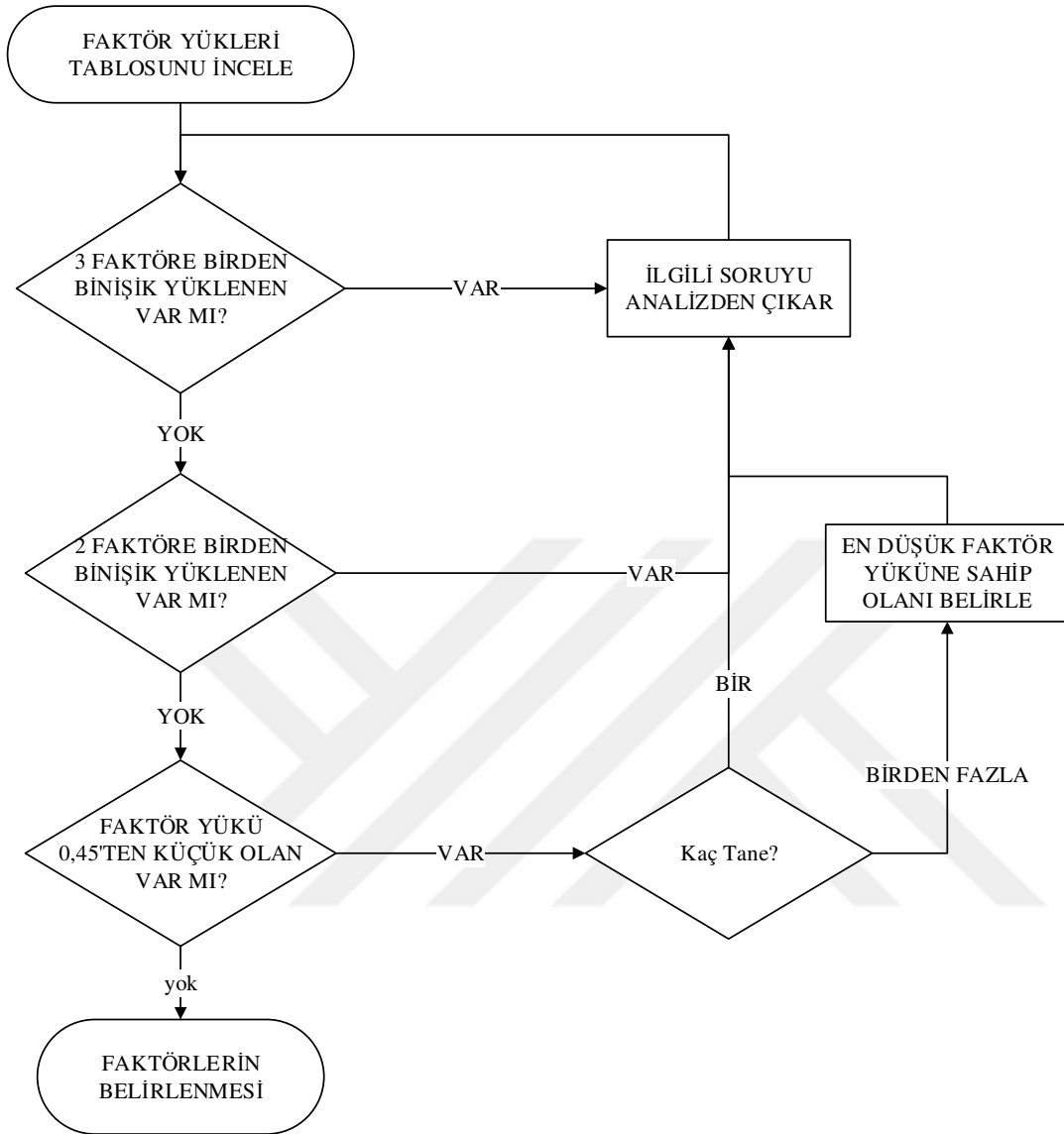
Tabachnick ve Fidell (2011: 241)'in bir uyarısı da 0.2'den küçük ortak faktör varyansı<sup>36</sup>na sahip çok sayıda değişken olması durumunda değişkenler arası heterojenlik olduğu düşünülebileceğinden hareketle ortak faktör varyansı 0.2'den küçük olan maddenin analizden çıkarılması yönündedir. (Tabachnick ve Fidell, 2011: 226, Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. 2014: 241). Aagja ve Garg (2010: 67) çalışmasında faktör yüklerine ilişkin değerlendirmelerin dışında ilişkisiz boyutlara yüklenen altı maddeyi daha ölçekten çıkarmıştır. Şekil 22'de yazındaki bilgilerden hareketle geliştirilen madde çıkarma süreci yer almaktadır.

**Döndürme Tekniğinin Seçimi:** Döndürme (rotation) işlemi eksenlerin döndürülerek maddelerin bir faktördeki yükünün artarken diğerinde azalmasının sağlanmasıdır. Bunun sonucunda her bir boyutun (faktörün) adlandırılması kolaylaşmaktadır (Koç, 2008: 123). Faktör döndürme, çözümün temel matematiksel özelliklerini değiştirmemektedir (Büyüköztürk, 2002: 476). Özdamar (2004: 254) bu işlemi bir mikroskop altında bir preparatı en iyi biçimde görebilmek için lameli mikrometrik olarak ileri geri döndürerek manüple etmeye benzetmektedir. Yapıların doğası hakkında daha açık bilgiye sahip olunması, faktörleştirme işleminden sonra çözümün yorumlanabilmesi ve bilimsel yararı geliştirmek için döndürme işleminden yararlanılmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 201).

---

<sup>36</sup> Ortak faktör varyansı, faktör analizi sonucunda faktörlerin her bir değişken üzerinde yol açtıkları ortak varyanstır. Bir maddenin ya da değişkenin faktör yüklerinin kareleri toplamı olarak ifade edilir. 0-1 arası değer alır (Tabachnick ve Fidell, 2011: 226, Çokluk vd. 2014: 240).

**Şekil 22: AFA Kapsamında Maddelerin Çıkarılması Süreci**



Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Temel olarak dik ve eğik döndürme olmak üzere iki çeşit döndürme tekniğinden söz edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 201). Dik döndürme teknikleri faktörlerin ilişkisiz, eğik döndürme teknikleri ise faktörler arasında ilişki olduğu düşünüldüğünde kullanılmaktadır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 204). Dik döndürmede eksenlerin konumu değişmez ve aynı açıyla döndürme gerçekleştirilir. Döndürme sonucunda faktörlerin açıkladıkları varyanslar değişir ancak açıklanan toplam varyans sabit kalır (Büyüköztürk, 2002: 476). Varimax, quartimax ve equamax yöntemleri dik döndürme seçenekleri arasındadır. Varimax, iki faktör için kullanılan quartimax yönteminin bir modifikasyonudur ve daha iyi yorum yapılabilmesi için faktör varyanslarının en büyük olmasını sağlayacak şekilde

döndürme yapılmasına dayanmaktadır. Equamax ise varimax ve quartimax yöntemlerinin melezi olarak ifade edilmekte; araştırmacının güvenle faktör sayısını tayin etmediği müddetçe yöntemin kararsız kalma eğilimi olduğu ifade edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 203-204). “Promax” ve “direct oblimin” ise eğik döndürme seçenekleridir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 205).

Genel anlamda en yaygın ve en basit olan tekniğin “varimax” olduğu ifade edilmektedir (Koç, 2008: 123). Sosyal bilimler alanında dik döndürmede varimax, eğik döndürmede ise promax en çok kullanılan döndürme teknikleridir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 214; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 214). Büyüköztürk (2002: 476) quartimax yönteminin varyansın çoğunu karşılayan genel bir faktörün olduğuna inanıldığı durumlarda; varimax yönteminin ise çok faktörlü yapılarda kullanımının daha uygun olduğunu iddia etmektedir. Malhotra (2002: 595) varimax rotasyonun bir faktöre yüksek derecede yüklenen madde sayısını en büyüklediği için en iyi döndürme yöntemi olduğunu iddia etmektedir (Chahal ve Kumari, 2010: 236). Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk (2010: 205) “promax” yöntemini en iyi çözümde ilişkili basit yapıları ortaya çıkaran hızlı ve ekonomik melez bir döndürme yöntemi olarak tanımlamaktadır. Büyüköztürk (2002: 476) araştırmacılara verileri ile en uygun sonuçlar için eğik döndürme; genellenebilirlik ve gelecekte en uygun çözüm için ise dik döndürme kullanmalarını önermektedir.

Brown (2009: 21), Tabachnick ve Fidell (2007: 646)’e atıf göstererek döndürme tekniği seçiminde en iyi yolun istenen sayıda faktör sayısı ile eğik döndürme tekniklerinden birinin seçilmesi; elde edilen sonuçlara göre faktörler arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Korelasyon matrisindeki değerlerin 0.32 ve üzerinde olması halinde eğik döndürme tercih edilmesinin uygun olacağı ifade edilmektedir. Yalçın İncik, Çakır ve Özdemir vd., (2015: 1096) madde toplam korelasyonlarının yüksek olmasının ilişkinin göstergesi olduğundan hareketle promax yöntemini kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Kim ve Mueller (1978: 50) ise faktörler arası ilişki olup olmamasına bakılmaksızın analizin açıklama aşamasında eğik veya dik döndürme tekniklerinden birinin kullanılmasında çok fazla fark olmayacağını ifade etmekte ve yeni başlayan araştırmacılara dik döndürme tekniklerinden varimax veya eğik döndürme tekniklerinden direct oblimin kullanmayı tavsiye etmektedirler. Basit modellerde sonuçlar açısından büyük farklılıklar oluşmayacağını savunan Gorsuch (1983:

205)'un dik döndürme önerisi varimax iken; eğik döndürme önerisi promax şeklindedir. Değişkenlerden bazılarının faktör yüklerinin iki veya daha fazla faktöre 0,30 veya üzeri faktör yükü ile yüklenmesi de karmaşıklığın göstergesi olarak ifade edilmektedir. (Brown, 2009: 23).

Tabachnick ve Fidell (2011: 197) ise döndürme teknikleri olmadan faktörleştirme tekniği sonuçlarının yorumlanamayacağından hareketle faktörleştirme tekniği ile döndürme tekniği seçiminin bir arada ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu anlamda önce ana bileşenler faktörleştirme tekniği ile birlikte varimax yöntemini, sonrasında ise temel eksen analizi ile birlikte promax yöntemi uygulayarak bir örnek gerçekleştirmiş (Tabachnick ve Fidell, 2011: 661) ve sonuç olarak uygulama kolaylığı açısından varimax yöntemini tercih etmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 664). Faktörler arası scatterplot şeklinde ilişki olduğu durumlarda promax kullanımının daha uygun olduğunu ifade eden Tabachnick ve Fidell (2011: 647), faktör çıkarma ve döndürme tekniklerinin farklı kombinasyonları olmasına rağmen pratikte aralarındaki farkın genellikle önemsiz olduğunu ifade etmektedir. Rennie (1997) de her iki döndürme sonuçlarının benzer sonuçlar ürettiği için yorumlama kolaylığı açısından dik döndürmenin kullanımının tercih edildiğini ifade etmektedir (Büyüköztürk, 2002: 476).

Rao ve Saikia (2006) daha önce faktör analizine uygunluk amacıyla kullanılan Barlett küresellik testinin korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını tespit ettiğini, böylelikle değişkenlerin ilişkisiz olduklarının belirlendiğini ifade etmektedir. Bu testin 0,05'ten küçük anlamlılık değerleri anlamlı derecede ilişki olduğunu gösterirken; 0,1'den büyük değerler ilişkisiz olduklarını ve faktör analizine uygun olmadıklarını göstermektedir (Kumaraswamy, 2012: 143). Buradan hareketle eğik döndürme yöntemlerinin de kullanılabileceği fikri ortaya çıkmaktadır.

Alan yazın incelendiğinde Senic ve Marinkovic (2013: 315), Chahal ve Kumari (2010: 236), Miranda (2010: 2142) ve Yağcı (2006: 226)'nın varimax döndürme yöntemini tercih ettikleri görülmektedir. Lam (2000: 47) promax yöntemini tercih ederken; Dagger, Sweeney ve Johnson vd.(2007: 129) ve Aagja ve Garg (2010: 67) oblimin yöntemlerini tercih etmişlerdir. Aagja ve Garg (2010: 67) Parasuraman vd. (1988) ile Bearden vd. (1993)'nin boyutların yüksek derecede ilişkili olduğu bilgisinden hareketle oblimin yöntemini tercih ettiğini bildirmektedir. Frost ve Kumar (2000) ise önce "varimax" yöntemini uygulamış; açık bir yapı elde

edemedikleri için Parasuraman vd. (1991)'nin önerisi doğrultusunda beş kavramsal boyut arasında bazı kesişimler olabileceğini düşünerek eğik döndürme tekniklerinden “oblimin” yöntemini uygulamışlardır. Lam (2000: 47) promax yönteminin genellikle varimax olmak üzere bir dik çözümle başladığını ifade etmektedir. Dik çözümle elde edilen çözümden daha iyi bir çözüm elde etmek için orta ve düşük yük değerleri daha küçültülürken; yüksek yük değerleri göreceli olarak yüksek kalır.

Ladhari (2008) gerçekleştirmiş olduğu yazın taraması sonucunda çoğu araştırmacının maddeleri indirgemek için varimax döndürme yöntemi ile AFA kullandıklarını tespit etmekle birlikte bunun eleştirilen bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Pai ve Chary (2013: 331) tarafından gerçekleştirilen yazın taramasında da temel bileşenler analizi kullanılarak yapılan AFA çalışmalarında en çok varimax yönteminin tercih edildiği tespit edilmiş ve birbiri ile ilişkisi olmayan faktörler ürettiği varimax yöntemi ile dik döndürme tavsiye edilmiştir. Diğer bir tavsiye de doğrusallık varsayımının şüpheli olması durumunda hem dik, hem de eğik döndürmenin yapılması yönündedir (marmara.edu.tr).

Bir faktör analizinde yapılan döndürme sonrasında faktörlere ait göstergelerin ait oldukları eksenler arasında, ayrı ayrı ve kendi aralarında kümelenmesi arzu edilmektedir. Bu durumda bazı yük değerleri azalırken, bazılarında artış gözlenmelidir. Tabachnick ve Fidell (2011: 203) bu durumun araştırmacı için doğru döndürme tekniğini kullandığına ilişkin bir ipucu niteliği taşıdığını ifade etmektedir. Hair vd. (2011: 126) araştırmacılara her zaman eğik bir döndürme yöntemini de kullanıp sonuçları karşılaştırmayı önermektedir.

AFA uygulaması sırasında öncelikle döndürme olmaksızın faktör analizi yapılmalı; birden fazla faktör elde edildiği takdirde döndürme işlemi gerçekleştirilmelidir (Tabachnick ve Fidell (2011: 214). Döndürme işlemi yapıldıktan sonra “rotated component matrix” incelenmelidir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 233).

**Faktörlerin Belirlenmesi:** Faktör analizinde bir sonraki aşama etiketleme olarak da ifade edilen faktörlerin isimlendirilmesidir (Tabachnick ve Fidell, 2011: 205). Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yükleri değerlendirilerek faktör ya da faktörler altında toplanabilecek değişkenler belirlendikten sonra alan yazın bilgisi, kelime

hazinesinin genişliği, sezgiler ve görüş ufku gibi etmenlerin rol oynaması ile anlamlı, ifadeleri kapsayan ve bilinen sözcüklerden oluşan isimler seçilmelidir. Bu isimlerin seçiminde maddeleri küme yapan ortak özelliklerin tespiti de önemlidir. Bu anlamda diğer bir öneri de ilk olarak en yüksek yük değerine sahip maddeleri dikkate alarak faktöre isim vermek yönündedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 205).

**Sonuçların Yorumlanması:** Faktör yük değerlerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilen “açıklanan varyans oranı”nın yüksekliği faktör yapısının gücünü göstermektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 197). İyi bir faktöriyel çözümün en az faktörle en yüksek varyansın açıklandığı gerçekçi çözüm olduğu bilinmektedir (marmara.edu.tr). Bazı kaynaklarda %50-75 arasındaki açıklama oranının iyi bir analizin göstergesi olduğu bilgisi yer alırken (marmara.edu.tr); Scherer vd. (1988) sosyal bilimlerde açıklanan varyans oranının %40-%60 arasında olmasının yeterli olduğunu ifade etmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010: 197; Tabachnick ve Fidell, 2011: 197). Özdamar (2004: 238) tarafından kullanılan eşik değer ise %67’dir.

Sağlıkta hizmet kalitesi alanındaki yazın incelendiğinde 4 faktörlü sonuçlar elde eden Yağcı (2006: 226) %74.507, Miranda (2010: 2142) %71.5 açıklama oranı elde etmişlerdir. Senic ve Marinkovic (2013: 315) 3 faktörler % 64.68 açıklanan varyans oranına ulaşırken; Kumaraswamy (2012: 143)’nin 4 faktör ile varyansın %72.56’sını açıkladığı görülmektedir. 4 faktör elde edilen diğer bir çalışmada Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 129) % 79,8 oranına ulaşırken; Lam (2000: 47) 6 faktörle ancak % 61,34 oranına ulaşabilmiştir.

Bu araştırma kapsamında, yukarıda yer alan altı adım takip edilerek gerçekleştirilen açıklayıcı faktör analizi ile yatan hasta hizmet kalite algısına ait temel faktörler keşfedilmeye çalışılmıştır. Faktörlerin doğası hakkında bilgi toplanmak istendiği ve eşit aralıklı ölçek kullanıldığı için Tabachnick ve Fidell (2011: 198) ile Şencan (2005: 367)’in önerileri doğrultusunda “temel bileşenler analizi” faktörleştirme tekniğinin kullanılmasına karar verilmiştir. Faktör sayısı belirlenirken SPSS programı tarafından öngörülen 1’den büyük özdeğer sayısı bilgisi kullanılmıştır. Kuramsal bilgilerle birlikte değerlendirilerek faktör sayısına karar verilmiştir. Maddelerin çıkartılması noktasında yazındaki bilgiler derlenerek Şekil

22’de yer alan süreç hazırlanmıştır. Bu anlamda öncelikle 3 faktöre aynı anda binişik yüklenen soruların varlığı araştırılmış, ilk önce bu tür sorular elenmiştir. Daha sonra iki faktöre birden binişik yüklenen sorular tespit edilerek elendikten sonra faktör yükleri 0.45’in altında olan soruların elenmesi yoluna gidilmiştir. Ayrıca ortak faktör varyansları da değerlendirilmiştir.

#### *Fiziki Boyut için AFA*

AFA kapsamında ölçek geliştirmeye ilişkin diğer çalışmalarda da önerildiği gibi öncelikle faktör sayısına herhangi bir kısıtlama getirilmeden analiz gerçekleştirilmiştir. Fiziki boyut için döndürme yöntemi uygulanmadan gerçekleştirilen analiz sonucunda özdeğeri birden büyük 6 boyut tespit edilmiştir. Tabachnick ve Fidell (2007: 646)’in önerisi doğrultusunda eğik döndürme tekniklerinden promax seçilerek korelasyon matrisindeki değerler incelenmiş ve dik döndürme tekniklerinin kullanılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. Bu durum Tabachnick ve Fidell (2011: 197)’in temel bileşenler analizi kullanıldığında varimax döndürme yönteminin kullanılmasına ilişkin önerisi ile de uyum içerisindedir.

Varimax döndürme tekniği ile analizin her adımında sırasıyla 20, 28, 15 ve 19 sorular binişik oldukları için analiz dışına çıkartılmıştır. Sonuç olarak 18 soru ve 5 faktör ile (Tablo 23) varyansın % 63,622’ini açıklayan (Tablo 24) oluşan bir yapı elde edilmiştir. Tablo 25’te yer alan ortak faktör varyansları incelendiğinde 0,20’den küçük değer olmaması nedeniyle, herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 26’da, Tablo 23’te yer alan değerlerin özetinin yanısıra benzer nitelikteki çalışmalarda dikkate alınarak gerçekleştirilen adlandırılmalara yer verilmiştir.



**Tablo 23: Fiziki Boyut AFA Sonucu Döndürölmüş Bileşen Matrisi**

Soru No	Bileşen				
	1	2	3	4	5
Soru25	,861				
Soru24	,824				
Soru22	,816				
Soru26	,755				
Soru23	,731				
Soru12		,817			
Soru13		,811			
Soru11		,752			
Soru63			,704		
Soru16			,620		
Soru66			,601		
Soru70			,587		
Soru5				,812	
Soru4				,799	
Soru62				,496	
Soru17					,710
Soru18					,703
Soru14		,347			,697

**Tablo 24: Fiziki Boyut AFA Sonucu Toplam Açıklanan Varyans**

Bileşen	Döndürme Sonucunda Yüklerin Karelerinin Toplamı		
	Toplam	Varyans Yüzdesi	Birikimli Yüzde
1	3,572	19,842	19,842
2	2,323	12,907	32,749
3	1,929	10,715	43,463
4	1,894	10,522	53,985
5	1,735	9,637	63,622

**Tablo 25: Fiziki Boyut AFA Sonucu Ortak Faktör Varyansı**

	Bileşen					Ortak faktör varyansı ( $h^2$ )
	1	2	3	4	5	
Soru25	,861	,106	,068	,097	,130	0,783
Soru24	,824	,225	,038	,156	,102	0,765
Soru22	,816	,146	,161	,142	,044	0,735
Soru26	,755	,080	,139	,140	,149	0,637
Soru23	,731	,101	,156	,040	,189	0,607
Soru12	,210	,817	,194	,215	,166	0,823
Soru13	,151	,811	,023	,104	,184	0,726
Soru11	,201	,752	,311	,185	,072	0,743
Soru63	,228	-,023	,704	-,015	,154	0,572
Soru16	,166	,261	,620	,162	,128	0,523
Soru66	-,019	,015	,601	,274	,052	0,439
Soru70	,099	,283	,587	,056	,029	0,439
Soru5	,068	,143	,078	,812	,204	0,732
Soru4	,211	,099	,132	,799	,074	0,715
Soru62	,133	,157	,163	,496	,073	0,320
Soru17	,235	,086	,268	,179	,710	0,671
Soru18	,249	,032	,095	,219	,703	0,614
Soru14	,046	,347	,026	,016	,697	0,609

**Tablo 26: Fiziki Boyut AFA Sonucu Boyut Yapısı**

Faktör No	1	2	3	4	5
Soru No	22,23,24,25,26	11,12,13	16*,63,66,70	4,5,62	14,17,18
Soru Sayısı	5	3	4	3	3
Boyut Adı	Yemek	Temizlik	Tesis *Ergonomi	Tesis	Ergonomi

#### Personel Boyutu için AFA

Personel boyutu altında yer alan 30 soruya aynı koşullar altında AFA uygulandığında 7 boyut ortaya çıkmıştır. Sırasıyla 50, 45, 36, 52, 57, 51, 39, 41, 46, 55. Sorular birden fazla faktöre binişik yüklendikleri için analizden çıkartılmışlardır. 20 soru varyansın %57,246'sını açıklayan 4 faktörde toplanmıştır (Tablo 27 ve Tablo 28). Tablo 29'da yer alan ortak faktör varyansları incelendiğinde 0,20'den küçük değerinin olmaması nedeniyle, herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

**Tablo 27: Personel Boyutu AFA Sonucu Döndürülmüş Bileşen Matrisi**

	Bileşen			
	1	2	3	4
Soru37	,784			
Soru35	,779			
Soru42	,720			
Soru33	,586			
Soru48	,576			,460
Soru61	,559			
Soru38	,550			
Soru53	,541			,336
Soru31		,813		
Soru30		,801		
Soru32		,769		
Soru29		,747		
Soru34		,667		
Soru56			,723	
Soru58			,679	
Soru44			,643	
Soru7			,536	,362
Soru40				,737
Soru59				,575
Soru47		,337		,544

**Tablo 28: Personel Boyutu AFA Sonucu Toplam Açıklanan Varyans**

Bileşen	Döndürme Sonucunda Yüklerin Karelerinin Toplamı		
	Toplam	Varyans Yüzdesi	Birikimli Yüzde
1	3,765	18,827	18,827
2	3,511	17,544	36,381
3	2,216	11,080	47,460
4	1,957	9,786	57,246

**Tablo 29: Personel Boyutu AFA Sonucu Ortak Faktör Varyansı**

	Bileşen				Ortak faktör varyansı (h <sup>2</sup> )
	1	2	3	4	
Soru37	,784	,237	,176	,074	0,707
Soru35	,779	,224	,109	,175	0,699
Soru42	,720	,068	,143	,081	0,551
Soru33	,586	,315	-,054	,147	0,467
Soru48	,576	,133	,134	,460	0,579
Soru61	,559	,097	,247	,224	0,433
Soru38	,550	,247	,278	-,144	0,462
Soru53	,541	,027	,247	,336	0,467
Soru31	,132	,813	,173	,213	0,753
Soru30	,055	,801	,124	,249	0,722
Soru32	,277	,769	,097	,038	0,679
Soru29	,219	,747	,197	,093	0,653
Soru34	,280	,667	,229	,139	0,595
Soru56	,251	,148	,723	,177	0,639
Soru58	,194	,180	,679	,172	0,562
Soru44	,136	,114	,643	-,007	0,445
Soru7	,064	,308	,536	,362	0,517
Soru40	,090	,133	,013	,737	0,570
Soru59	,203	,144	,222	,575	0,442
Soru47	,216	,337	,229	,544	0,508

**Tablo 30: Personel Boyutu AFA Sonucu Boyut Yapısı**

Boyut No	1	2	3	4
Soru No	33,35,37,38,42,48,53,61	29,30,31,32,34	7,44,56,58	40,47,59
Soru Sayısı	8	5	4	3
Boyut Adı	Bilgi verme-ilişki-tutum-vakit ayırma, bilgi seviyesi-ulaşılabilirlik	Bilgi Verme-İlişki	Bilgi seviyesi-güvenilirlik	Tutum-bilgi seviyesi-bilgi verme

### *Süreç Boyutu için AFA*

Süreç boyutu için gerçekleştirilen AFA çalışması sonucunda özdeğeri 1'den büyük 4 boyut ortaya çıkmıştır. Ancak sırasıyla 64 ve 8. Maddeler binişiklik nedeniyle çıkarıldıktan sonra boyut sayısı 3'e düşmüştür. Maddeler alt boyutlar bazında da incelendiğinde ziyaretçi boyutunun yatış süreci ile birleştiği tespit edilerek 4 boyuta zorlanmış; sonuçta 4. Boyutta ziyaret boyutunun ayrıldığı tespit edildiği için 4 boyutlu yapı tercih edilmiştir. Sonuç olarak elde edilen 4 boyut (Tablo 31) varyansın %61,543'ünü (Tablo 32) açıklamaktadır. Tablo 33'te yer alan ortak faktör varyansları incelendiğinde 0,20'den küçük değer olmaması nedeniyle, herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Tablo 34'te süreç boyutuna ilişkin

boyut yapısı yer almakta, Tablo 35’te ise hizmet kalitesini oluşturan boyutlara ilişkin özet bilgi yer almaktadır.

**Tablo 31: Süreç Boyutu AFA Sonucu Döndürülmüş Bileşen Matrisi**

	Bileşen			
	1	2	3	4
Soru60	,760			
Soru49	,696			
Soru67	,647			,346
Soru69	,647			
Soru54	,632			
Soru68	,611			,372
Soru2		,876		
Soru1		,843		
Soru6		,592		
Soru71			,800	
Soru72			,737	
Soru27				,818
Soru65			,328	,666

**Tablo 32: Süreç Boyutu AFA Sonucu Toplam Açıklanan Varyans**

Bileşen	Döndürme Sonucunda Yüklerin Karelerinin Toplamı		
	Toplam	Varyans Yüzdesi	Birikimli Yüzde
1	2,934	22,567	22,567
2	1,990	15,306	37,873
3	1,540	11,849	49,722
4	1,537	11,821	61,543

**Tablo 33: Süreç Boyutu AFA Sonucu Ortak Faktör Varyansı**

	Bileşen				Ortak faktör varyansı (h <sup>2</sup> )
	1	2	3	4	
Soru60	,760	,021	,162	,053	0,608
Soru49	,696	,152	,132	,113	0,538
Soru67	,647	-,003	-,061	,346	0,543
Soru69	,647	,084	,313	,068	0,528
Soru54	,632	,300	,232	-,079	0,549
Soru68	,611	,103	,174	,372	0,553
Soru2	,091	,876	,055	-,025	0,780
Soru1	,043	,843	,115	,059	0,730
Soru6	,272	,592	-,040	,319	0,528
Soru71	,145	,047	,800	,157	0,688
Soru72	,311	,076	,737	,090	0,654
Soru27	,080	,053	,048	,818	0,681
Soru65	,227	,135	,328	,666	0,622

**Tablo 34: Süreç Boyutu AFA Sonucu Boyut Yapısı**

Boyut No	1	2	3	4
Soru No	49,54,60,67*,68*,69*	1,2,6,	27,65	71,72
Soru Sayısı	6	3	2	2
Boyut Adı	Yatış süreci *Yatış sonrası	Yatış Öncesi	Yatış Süreci	Ziyaretçi

**Tablo 35: Yatan Hasta Hizmet Kalitesi Algısı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları**

Boyut	Faktör Sayısı	Soru Sayısı	Açıklanan Varyans
Fiziki	5	18	% 63,622
Personel	4	20	%57,246
Süreç	4	13	%61,543

Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda elde edilen faktörlere genel olarak bakıldığında ilgili yazında sağlıkta hizmet kalitesi ile ilgili kavramsal çerçevede yer alan faktörlerin önemli ölçüde kapsandığı görülmektedir.

### 3.7.3.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Bu çalışma kapsamında önerilen modelin geçerliliğini göstermek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda öncelikle DFA sürecine ilişkin kuramsal bilgilere yer verilecektir. Kimi kaynaklarda DFA ile eşdeğer görülen ölçek geçerliliği konusu ise ayrı bir bölüm olarak detaylı incelenecektir.

Bölüm 3.7.1’de yer alan kuramsal bilgilerde de görüleceği üzere DFA, Yapısal Eşitlik Modelleri içerisinde değerlendirilmektedir. YEM için kullanılan bir takım paket programlar bulunmaktadır. AMOS, EQS, LISREL, Mplus, MLWin, LISCOMP, RAMONA, SAS PROC-CALIS, STATISTICA-SEPATH gibi programlar bunlardan bazılarıdır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. 2014: 253). Yazındaki araştırmalar incelendiğinde Ding (2007), Aydın (2010), Yılmaz (2012) ve Lam (2000) tarafından LISREL; Erdemir (2007), Aagja ve Garg (2010), Senic ve Marinkovic (2013, 314) ve Özkara (2015) tarafından AMOS ve Lam (2000) tarafından PRELIS 2 programlarının kullanıldığı gözlenmiştir. Bu çalışma

kapsamında AFA için SPSS kullanılması nedeniyle sonuçların uyumu açısından AMOS programının kullanılmasına karar verilmiştir.

YEM'in ilk aşamasında yol analizi aracılığıyla değişkenler arasındaki ilişkiler tanımlanmaktadır (Ergin, 2000: 45). Yol analizinde kullanılan semboller ve anlamları Tablo 53'te yer almaktadır (Ergin, 2010: 45).

Schumacker (2004: 61-75) DFA'nın varsayımlarını bağımsız gizli değişkenler arasında yönü belirsiz bir ilişkinin olduğu, her bir bağımlı değişken için de hata katsayılarının modele dâhil edildiği, AFA'da her gözlenen değişkenin ait olduğu faktörü tam olarak açıkladığı (Varyans=1) şeklinde sıralamaktadır. Ayrıca DFA'da gözlem değişkenlerinin ait oldukları faktörleri tek başlarına ve tam olarak değil, diğer değişkenlerle birlikte açıkladıkları varsayımından hareketle her ilişki için bir hata payı da hesaba katılmaktadır (Erdemir, 2008: 161).

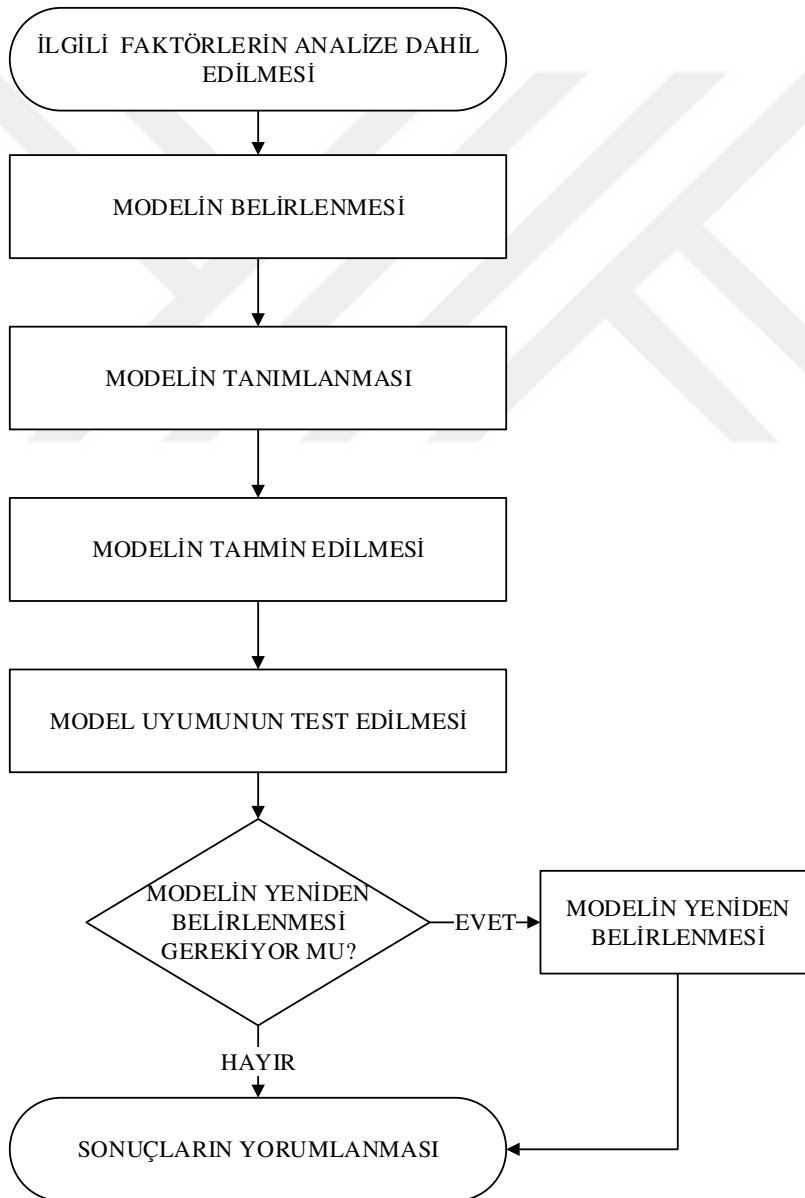
Bollen ve Long (1993) DFA uygulama sürecinin temel olarak beş aşamadan oluştuğunu ifade etmektedir (Lam, 2000: 49): (1) modelin belirlenmesi (2) tanımlanması, (3) tahmin, (4) uyumun test edilmesi ve (5) gerekiyorsa modelin yeniden belirlenmesi. Söz konusu süreç Şekil 23'te görselleştirilmiştir.

**Modelin belirlenmesi** aşamasında, tahmin öncesinde kuramsal bilgiler ve yazındaki araştırmalar ışığında bir başlangıç modeli ortaya konmaktadır (Lam, 2000: 49). **Model tanımlanması** aşamasında ise belirlenen modeldeki parametrelere özgü değerler bulunmasının mümkün olup olmadığı incelenmektedir (Lam, 2000: 49). Söz konusu parametreler, modelde gizli değişkenlere ve gözlenen değerlere uzanan okların tümüdür. Bu anlamda Sütütemiz (2005: 244-254) modelin tanımlanmasını "bir modelde kaç adet varyans, kovaryans ve bağlantının hesaplanacağına belirlenmesi" olarak ifade etmektedir (Erdemir, 2008: 162).

Model tanımlandıktan sonraki aşama analiz edilen değişkenlerin dağılım özelliklerine dayalı olarak **tahmin yönteminin seçilmesi** (Lam, 2000: 49) ve böylelikle ölçüm modelindeki temel parametrelerin hesaplanmasıdır. Asimptotik olarak dağılımdan bağımsız (Asymptotically Distribution-Free), genelleştirilmiş en küçük kareler (Generalized Least Square), maksimum olabilirlik (Maximum Likelihood) kullanılabilecek tahmin yöntemlerinden bazılarıdır (Lam, 2000: 39). En yaygın olarak kullanılan tahmin yönteminin En Çok Olabilirlik (EÇO, Maximum Likelihood-ML) fonksiyonu olduğu ifade edilmektedir (Ergin, 2010: 45). Yazında

gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde Lam (2000: 49) ve Aagja ve Garg (2010: 68) tarafından da EÇO yönteminin tercih edildiği görülmektedir. Lam (2000: vii), temel varsayım niteliğindeki çok değişkenli normallik varsayımının sağlanması nedeniyle EÇO yöntemini kullandığını ifade etmektedir. Wang ve Ahmed (2004: 308) modelin hesaplanmasındaki son aşamanın hata katsayılarının ve her bir gizli değişkene ait gözlenen değişkenlerden birinin regresyon katsayısının 1'e sabitlenmesi olduğunu ifade etmektedirler.

**Şekil 23: DFA Süreci**



Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Tahmin değerleri elde edildikten sonra modelin veri ile tutarlı olup olmadığı **test edilmektedir** (Lam, 2000: 49). ANOVA'daki F testi gibi tek bir güçlü uyum indeksi yerine yapısal eşitlik modellemesinde çoğu kuramsal olarak belirtilen modelin kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin karşılaştırılmasına dayanan birden fazla uyum indeksi söz konusudur (Bayram, 2001: 57). Yazında DAF sonuçlarının yorumlanmasında kullanılan çok sayıda model uyum indeksi olduğu görülmektedir. Hinkin (1998: 114) YEM değerlendirilmesinde kullanılan 30'dan fazla uyum indeksi olduğunu ifade etmektedir (Erdemir, 2008: 165). Lam (2000: 38) LISREL, EQS ve SAS bilgisayar programları aracılığıyla değişik çalışmalarda incelendiği gözlenen 40'a yakın uyum indeksi olduğuna yer vermektedir. Dolayısıyla kullanılan paket programına göre uyumun değerlendirilmesi değişebilmektedir (okluk, şekercioğlu ve Büyüköztürk vd., 2014: 267). Bu uyum indeksleri içerisinde ölçek geliştirme yazınında en fazla kullanılanları ise Ki-kare, Ki-kare/serbestlik derecesi(sd), RMSEA, GFI, NFI, TLI, CFI ve AGFI olarak ifade edilmektedir (Erdemir, 2008: 166).

YEM'de, bir modelin gözlenen veriye uyumlu olup olmadığına modele ilişkin tahmini kovaryans matrisinin, gözlenen kovaryans matrisine eşit olması ile karar verilir (Ergin, 2010: 45). Ki-kare test istatistiği, YEM' in uygunluğunun değerlendirilmesinde kullanılan klasik uyum iyiliği ölçütüdür (Ergin, 2010: 46). okluk, şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. (2014: 267) ise ki-kare test istatistiğini başlangıç uyum değeri olarak adlandırmaktadır. Beklenen sıklık değerleri ile gözlenen sıklık değerlerinin uyumunun incelendiği testte iki değişken arasında ilişkinin olmamasının sıfır hipotezi olduğu durumda p olasılık değerinin büyümesi kötü bir uyumun var olduğunu göstermekte ve hipotez reddedilmektedir (Hair vd. 2008: 256).

Örneklem byklğine duyarlı olan Ki-kare değerinin örneklem büyüklüğünün 200'den az olması durumunda klmesi ve sonucunda model uyumunu arttırması nedeniyle yeni uyum indeksleri geliştirilmiştir (okluk, şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. 2014: 268). Byrne (1998), ilk uyum indeksinin Steiger and Lind (1980) tarafından nerilen RMSEA olduğunu ortaya koymaktadır (Lam, 2000: 39). Sugawara ve MacCallum (1993), Jöreskog ve Sörbom (1981) tarafından önerilen ve örneklem büyüklüğünden bağımsız olan GFI değerlerinin tüm tahmin yöntemlerinde tutarlı sonuçlar verdiklerini ifade etmektedir (Lam, 2000: 39).



Bentler ve Bonett (1980) tarafından önerilen ve pratik bir indeks olduğu ifade edilen NFI, Sugawara ve MacCallum (1993)'in araştırmasında üçüncü en çok kullanılan indeks olarak bulunmasına karşın tahmin metotları arasında dengesiz olduğu yönünde ve küçük örneklerde uygulanabilirliği yönüyle eleştirilmektedir. CFI, bu eleştiriler göz önünde bulundurularak NFI'nın Bentler (1990) tarafından modifiye edilmiş halidir (Lam, 2000: 39) ve örneklemin küçük olduğu durumlarda da çok iyi çalışan bir indeks olduğu ifade edilmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd., 2014: 270). Bayram (2010: 75) ise TLI (NNFI)'nin modele serbestlik derecesini de katarak örneklem hacmi konusundaki olumsuzluğun önüne geçtiğini öne sürmektedir. AGFI'nın bir özelliği GFI'ya eşit veya daha düşük değerler almasıdır (Bayram, 2010: 75). Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. (2014: 270) araştırmacıların raporlarında genellikle yer verilmeyen PGFI indeksinin modelin yalın ve sade olduğunun göstergesi olduğunu belirterek kullanılmasını önermektedir.

Model uyum indekslerinin değerlendirilmesinde bazı indekslerde eşik değerin üzerinde, bazılarında ise eşik değerin altında olma durumunda iyi bir uyum durumundan söz edilmektedir.

**Eşik değerin üzerinde olunması durumu:** GFI, AGFI, CFI, IFI ve NFI değerlerinin 0.95'den büyük olmaları iyi bir uyumun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Kabul edilebilir bir uyum için geçerli eşik değer ise 0.90'dır (Şimşek, 2007, 14-48'den aktarılan Koç, 2008: 136). TLI için 0,97-1 arası değerler iyi uyumu gösterirken; 0,95 ile 0,97 arası değerler de kabul edilebilir durumdadır (Erdemir, 2007). Koruyucu uyum indeksleri olan PGFI ve PNFI'nın 0,95 değerinden büyük olması beklenmektedir. Schumacker (2004: 69-70), Bagozzi vd (1991: 431) ve Hinkin (1998: 141-142) faktör yüklerinin 0.50'den büyük olmasını öngörürken (Erdemir, 2008: 163); Chin vd. (1996) faktör yüklerinin 0,6 üzerinde olmasını tavsiye etmektedir (Aagja ve Garg, 2010: 68). Schumacker (2004: 70)'in önerisi ise parametre tahminlerinin yanı sıra her bir parametre tahmin değerinin standart hatasına bölünmesiyle hesaplanan kritik değerlere bakılması yönündedir. Değerlendirme ölçütü ise bu değerlerin sıfır değerinden 0.001 düzeyinde anlamlı derecede farklı olması şeklindedir (Erdemir, 2008: 163).

**Eşik değerin altında olunması durumu:** Şimşek (2007, 14-48) iyi bir uyum için RMSR ve RMSEA değerlerinin 0.05'in altında olması gerektiğini ifade etmektedir. 0.08'in altında olmalarının da kabul edilebilir olduğu bilgisi de yer almaktadır (Koç,

2008: 136). Model uyum indekslerinden bir diğeri de Ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi sonucu elde edilen değerdir. Tabachnick ve Fidell (2001) bu oranın ikiye eşit veya ikinin altında olmasının mükemmel uyumun göstergesi olduğunu ifade ederken; Kline (2005) eşik değerini küçük örneklemlerde 2.5, büyük örneklemlerde ise 3 şeklinde belirlemiştir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. 2014: 136). Meydan ve Şeşen (2015: 37) ise 4-5 değerinden küçük olmasının da kabul edilebilir bir uyum olduğunu ifade etmektedir. SRMR değerininin 0.05'in altında olması iyi bir uyumu göstermektedir (Bayram, 2010: 72). Bollen (1989) uyum indeks değerleri incelenirken bazı değerlerin eşik değerlerin çok az altında kalmasının nedeninin örnekleme boyutu veya modelin karmaşıklığı olabileceği ifade edilmektedir (Erdemir, 2007: 167).

Model uyum indeksleri kendi arasında üç grupta incelenmektedir. Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (RMSR-Root Mean Square Residual), Yaklaşım Hatasının Kareli Ortalamasının Karekökü (RMSEA-Root Mean Square Error of Approximation) ve Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (SRMR-Standardized Root Mean Square Residual) de sıklıkla kullanılan *genel model için uyum indeksleridir* (Ergin, 2010: 46).

Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI-Normed Fit Index), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI, Nonnormed Fit Index), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI-Comparative Fit Index), Uyum İyiliği İndeksi (GFI, Goodness-of-Fit Index) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI-Adjusted Goodness-of-Fit Index) de *karşılaştırma indisleri* olarak sıralanmaktadır (Ergin, 2010: 46).

Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI-Parsimony Goodness-of-Fit Index), Tutarlı Normlaştırılmış Uyum İndeksi (PNFI-Parsimony Normed Fit Index), Akaike Bilgi Kriteri (AIC-Akaike Information Criterion), Tutarlı AIC (CAIC, Consistent AIC) ve Beklenen Çapraz Gecerlilik İndeksi (EVCI-Expected Cross-Validation Index) ise *tutarlılık indisleri* olarak tanımlanmaktadır (Ergin, 2010: 46).

Bayram (2010: 72) ise uyum indekslerini *kalıntılara dayanan* (SRMR, GFI, AGFI), *bağımsız modele dayanan* (NFI, TLI, CFI) ve *bilgi ölçütüne dayanan* uyum indeksleri (Akaike-AIC, tutarlı Akaike-CAIC, Bayes-BIC) olarak sınıflandırmış; yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA)'yı dördüncü bir sınıf olarak değerlendirmiştir. Meydan ve Şeşen (2015: 37)'in sınıflandırması ise genel model

uyumu (Ki-kare ve Ki-kare/sd), karşılaştırmalı uyum indeksleri (NFI, NNFI, IFI, CFI, RMSEA), mutlak uyum indeksleri (GFI, AGFI), koruyucu uyum indeksleri (PNFI, PGFI), artık temelli uyum indeksi (RMR) ve model karşılaştırma uyum indeksleri (AIC, CAIC, ECVI) şeklindedir. Söz konusu uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir olarak nitelenen sınırları Tablo 36'da yer almaktadır.

**Tablo 36: Uyum İndeksi Seviyeleri**

Uyum İndeksi	İyi Uyum Aralığı	Kabul Edilebilir Uyum Aralığı
<b>P</b>	0,05-1,00	0,01-0,05
<b>Ki-kare/sd</b>	0-2	2-3
<b>RMSEA</b>	0-0,05	0,05-0,08
<b>p-yakın</b>	0,1-1,00	0,05-0,1
<b>GFI</b>	0,95-1,00	0,9-0,95
<b>CFI</b>	0,97-1,00	0,95-0,97
<b>AGFI</b>	0,9-1,00	0,85-0,9
<b>PGFI</b>		
<b>AIC</b>	Karşılaştırılan model için AIC'den daha küçük	
<b>CAIC</b>	Karşılaştırılan model için CAIC'den daha küçük	
<b>ECVI</b>	Karşılaştırılan model için ECVI'dan daha küçük	
<b>Faktör Yükleri</b>	0,6	0,5

Kaynak: Ergin (2010: 47)

Sağlıkta hizmet kalitesi yazınında model uyum indeksleri olarak CFI, TLI, NFI, IFI, GFI, AGFI, RMR, kikare, Bentler ve Bonett's Delta ve RMSEA değerlerinin kullanıldığı görülmektedir (Pai ve Chary, 2013: 327). Tablo 37'de bu konuda yapılan bazı çalışma örneklerine yer verilmiştir.

Modelin uyumlu olması durumunda süreç durdurulmakta; aksi durumda ise gerekli değişiklikler yapılarak model **yeniden belirlenmektedir** (Lam, 2000: 49). Jöreskog ve Sörbom (1993: 93-94) çok yüksek modifikasyon indeks değerleri<sup>37</sup> ve artık matris değerleri olduğu durumda bazı maddelerin başka faktörlere kaydırılması veya ölçekten çıkarılmasını önermektedirler (Erdemir, 2008: 167). Artık matris değerleri arasında herhangi bir sorunun değeri standart normal dağılım tablosundaki kritik değer olan 2,58'i ( $p < 0,01$ ) aşarsa, o sorunun ölçekten çıkarılabilme durumu söz konusu olabilmektedir. Ölçekten herhangi bir soru çıkartılması durumunda parametre

<sup>37</sup> Modifikasyon indisleri, modelin daha iyi uyum vermesi için bir takım değişiklikler yapılmasını öneren değerlerdir (Bayram, 2001: 57). Ki-kare değerindeki düşüşü göstermektedir (Bayram, 2010: 60). Tek bir serbestlik derecesi ile ki-kare tablo değeri 3,84 olduğu için modifikasyon indekslerinde eşik değer yaklaşık olarak 4 olarak alınmaktadır (Bayram, 2010: 58).

tahminlerinin tekrar hesaplanması gerekmektedir. Schumacker (2004: 72) ise modelde yapılacak değişikliklerin ölçüm modelinin kuramsal yapısıyla mantıklı bir ilişki içerisinde bulunması gerekliliği konusunda uyarıda bulunmaktadır (Erdemir, 2007: 168). Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. (2014: 256) yapısal eşitlik modeli ile ortaya konan bulguların da kurama katkı sağlayacağı düşüncesinden hareketle sürecin sonu olmadığını ifade etmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd., 2014: 305).

**Tablo 37. Sağlık Hizmet Kalitesi Yazınında Kullanılan Model Uyum İndeksleri**

	Lam (2000)	Dagger, Sweeney ve Johnson (2007)	Ding (2007)	Aagja ve Garg (2010)	Chahal ve Kumari (2010)	Senic ve Marinkovic (2013)
CFI (karşılaştırmalı uyum indeksi)	0.95	0.96		0.887	0.84	0.92
AGFI (düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi)			0.92			
RMR			0,03			
NFI (Normlandırılmış uyum indeksi)		0.94		0.788		
GFI (uyum iyiliği indeksi)	0.91		0,95	0.839		
SRMR (standardize edilmiş kalıntıların ortalama karekökü)	0.41					
ECVI	1,16					
RMSEA (Yaklaşık hataların ortalama karekökü)		0.06		0.067	0.063	0.08
TLI (Tucker- Lewis indeksi)		0.95				0.90
IFI ( Incremental fit index)		0.96				0.92
Ki-kare		1141.31				305.00
Serbestlik derecesi (sd)		474				157
Ki-kare /s.d					2605.41	1.94
<i>P</i>					0.000	0.000
Faktör yükleri				0.60 üzeri		

Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

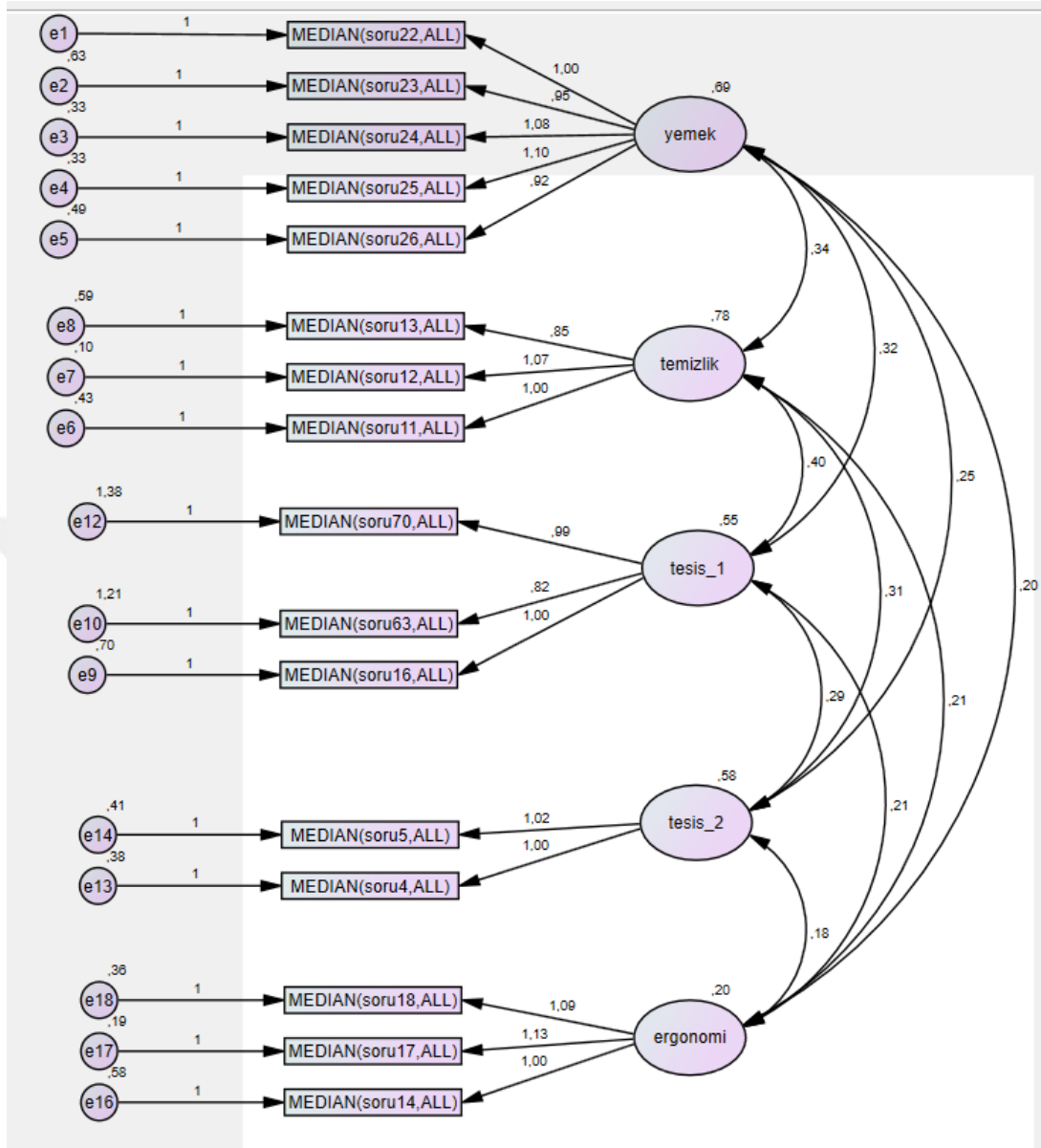
Bu anlamda modelin belirlenmesi aşamasında sağlıkta hizmet kalitesi konusunda geliştirilen kavramsal çerçeveden ve bu çerçeveye dayanarak gerçekleştirilen AFA sonuçlarından yararlanılmıştır.

#### *Fiziki Boyut için DFA*

AFA sonucunda elde edilen faktör yapısından hareketle fiziki boyut için geliştirilen yol diyagramı ve ölçüm modeli geliştirilmiştir. Öncelikle AMOS ortamında analiz öncesinde en büyük benzerlik yönteminin kullanılabilmesi için çoklu normal dağılımı sınanmış, variable summary alanında multivariate satırında  $cr=59,171 >10$  olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmıştır. Yapılan ilk DFA sonucunda ağırlıkları 0,60'in altında olan 62 (0,45) ve 66 (0,57). Maddeler sırasıyla ölçekten çıkarılmış ve Şekil 24'teki sonuç değerleri elde edilmiştir.

Tablo 38'de yer alan modele ait uyum iyiliği değerleri incelendiğinde GFI'nın kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer alırken, diğer tüm uyum indekslerinin iyi olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bu sonuçlar ışığında fiziksel boyut altında yer alan faktörlerin uygun bir model ortaya koyduğu ve yol diyagramının istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Şekil 24: Fiziki Boyut DFA



Tablo 38: Fiziki Boyut Uyum İyiliği İndekslerinin Değerlendirilmesi

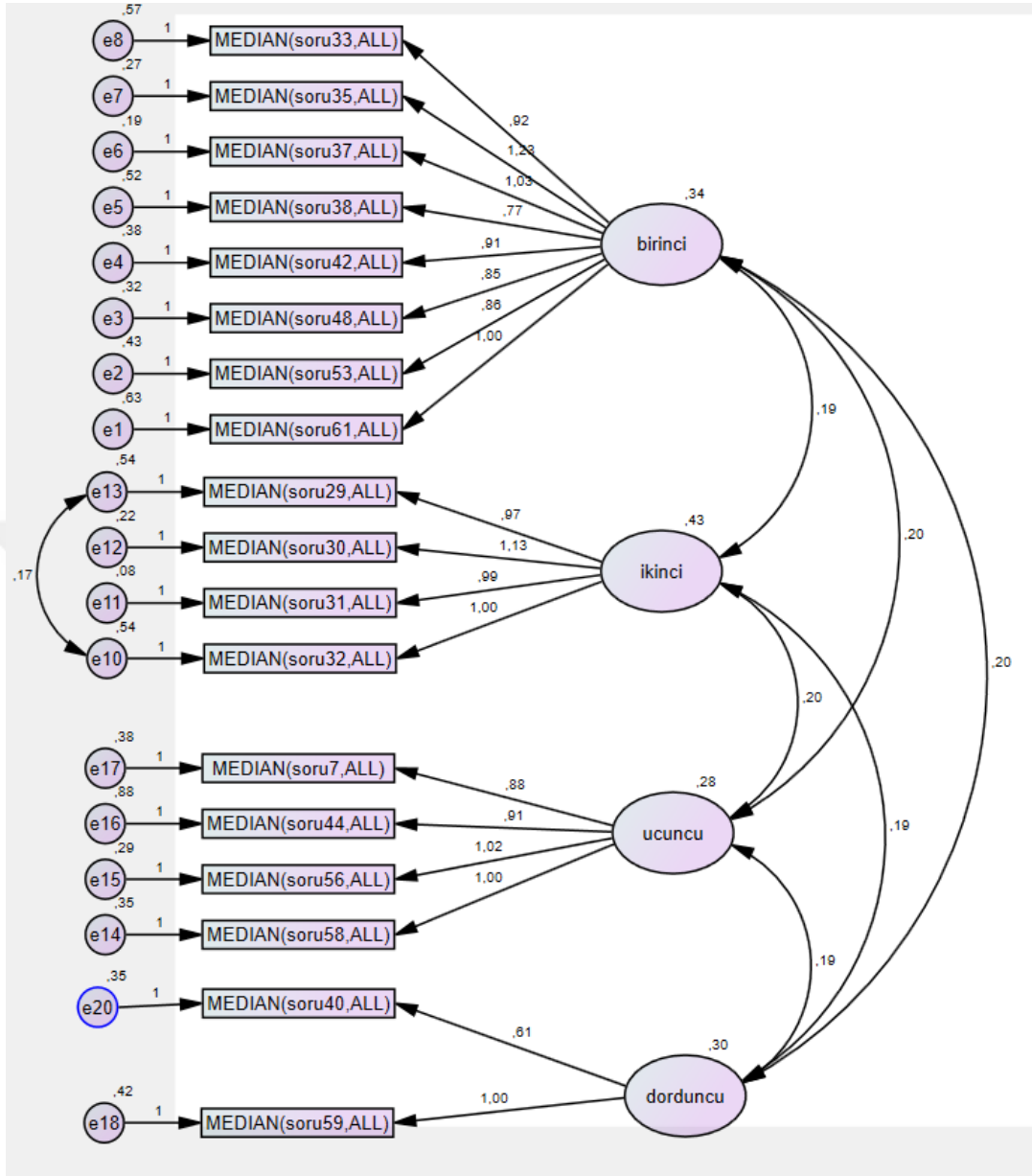
Uyum İndeksi	Değeri	İyi Uyum Aralığı	Kabul Edilebilir Uyum Aralığı	Sonuç
Ki-kare/sd	1,481	0-2	2-3	İyi
RMSEA	0,044	0-0,05	0,05-0,08	İyi
GFI	0,936	0,95-1,00	0,9-0,95	Kabul edilebilir
CFI	0,973	0,97-1,00	0,95-0,97	İyi
AGFI	0,907	0,9-1,00	0,85-0,9	İyi
AIC	Küçük	Karşılaştırılan model için AIC'den daha küçük		İyi
CAIC	Küçük	Karşılaştırılan model için CAIC'den daha küçük		İyi
ECVI	Küçük	Karşılaştırılan model için ECVI'dan daha küçük		İyi
Faktör Yüklere	>0,82	0,6	0,5	İyi

### *Personel Boyutu için DFA*

Analiz öncesinde en büyük benzerlik yönteminin kullanılabilmesi için çoklu normal dağılım sınanmış, variable summary alanında multivariate satırında  $cr=85,512 >10$  olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmıştır. Yapılan ilk DFA sonucunda regresyon katsayılarının hepsinin 0,6'dan büyük oldukları tespit edilmiştir. Uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer almaması nedeniyle 34 ve 47. maddeler sırasıyla standart artık değerleri 2,58 değerinden büyük olduğu için çıkarılmıştır. Ayrıca modifikasyon indeksi olarak en yüksek değere sahip 29-32. Sorular arasında kovaryans eklenmiştir. Sonuç olarak elde edilen yapı Şekil 25'te yer almaktadır.

Tablo 39'da yer alan modele ait uyum iyiliği değerleri incelendiğinde model uyum indekslerinin tümünün iyi veya kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu gözlenmiştir. Sadece CFI değerinde bir miktar düşüklük gözlenmiştir. Ancak modifikasyon indislerinde önerilen kovaryanslar aynı faktörler altında olmadığı için kovaryans çizilerek CFI değerinde bir artışa gidilememiştir. Ayrıca Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008: 571) da faktör geçerliliği için 0,90 üzeri CFI değerlerinin yeterli olduğunu ifade etmektedir. Bu sonuçlar ışığında personel boyutu altında yer alan faktörlerin uygun bir model ortaya koyduğu ve yol diyagramının istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Şekil 25: Personel Boyutu DFA



Tablo 39: Personel Boyutu Uyum İyiliği İndekslerinin Değerlendirilmesi

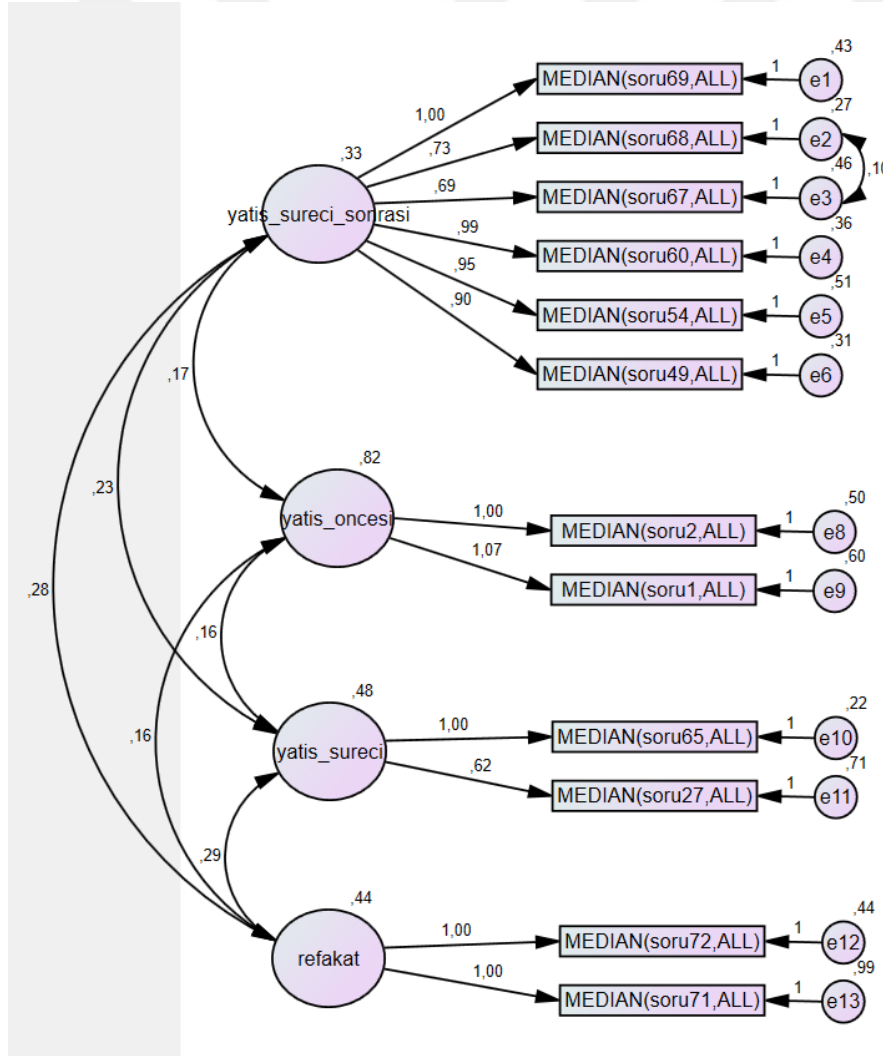
Uyum İndeksi	Değeri	İyi Uyum Aralığı	Kabul Edilebilir Uyum Aralığı	Sonuç
<b>Ki-kare/sd</b>	1,969	0-2	2-3	İyi
<b>RMSEA</b>	0,062	0-0,05	0,05-0,08	Kabul edilebilir
<b>GFI</b>	0,905	0,95-1,00	0,9-0,95	Kabul edilebilir
<b>CFI</b>	0,928	0,97-1,00	0,95-0,97	*
<b>AGFI</b>	0,873	0,9-1,00	0,85-0,9	Kabul edilebilir
<b>AIC</b>	küçük	Karşılaştırılan model için AIC'den daha küçük		İyi
<b>CAIC</b>	küçük	Karşılaştırılan model için CAIC'den daha küçük		İyi
<b>ECVI</b>	küçük	Karşılaştırılan model için ECVI'dan daha küçük		İyi
<b>Faktör Yükleri</b>	>0,62	0,6	0,5	İyi



## Süreç Boyutu için DFA

Analiz öncesinde en büyük benzerlik yönteminin kullanılabilmesi için çoklu normal dağılım sınanmış, variable summary alanında multivariate satırında  $cr=45,171 > 10$  olduğu için normal dağılım varsayımı sağlanmıştır. Yapılan ilk DFA sonucunda regresyon katsayılarının hepsinin 0,6'dan büyük oldukları tespit edilmiştir. Uyum indekslerini kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer almaması nedeniyle 6. madde standart artık değerleri 2,58 değerinden büyük olduğu için çıkarılmıştır. Ayrıca modifikasyon indeksi olarak en yüksek değere sahip 67 ve 68. sorular arasında kovaryans eklenmiştir. Sonuç olarak elde edilen yapı Şekil 26'te yer almaktadır.

Şekil 26: Süreç Boyutu DFA



Tablo 40'da yer alan modele ait uyum iyiliği değerleri incelendiğinde model uyum indekslerinin tümünün iyi veya kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu

gözlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında süreç boyutu altında yer alan faktörlerin uygun bir model ortaya koyduğu ve yol diyagramının istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

**Tablo 40: Süreç Boyutu Uyum İyiliği İndekslerinin Değerlendirilmesi**

Uyum İndeksi	Değeri	İyi Uyum Aralığı	Kabul Edilebilir Uyum Aralığı	Sonuç
<b>Ki-kare/sd</b>	1,828	0-2	2-3	İyi
<b>RMSEA</b>	0,057	0-0,05	0,05-0,08	Kabul edilebilir
<b>GFI</b>	0,949	0,95-1,00	0,9-0,95	Kabul edilebilir
<b>CFI</b>	0,950	0,97-1,00	0,95-0,97	Kabul edilebilir
<b>AGFI</b>	0,916	0,9-1,00	0,85-0,9	İyi
<b>AIC</b>	küçük	Karşılaştırılan model için AIC'den daha küçük		İyi
<b>CAIC</b>	küçük	Karşılaştırılan model için CAIC'den daha küçük		İyi
<b>ECVI</b>	küçük	Karşılaştırılan model için ECVI'dan daha küçük		İyi
<b>Faktör Yükleri</b>	>0,61	0,6	0,5	İyi

**Tablo 41: Sonuç Olarak Elde Edilen Yapı**

	Başlangıçta Önerilen	Sonuçta Elde Edilen
<b>Fiziki Özellikler</b>	Temizlik	Temizlik
	Ergonomi	Ergonomi
	Malzeme/Eşya	
	Tesis	Tesis
	Yemek	Yemek
<b>Personele İlişkin Özellikler</b>	Bilgi Verme	
	İlişki	
	Tutum	
	Güvenilirlik	
	Bilgi Seviyesi	
<b>Sürece İlişkin Özellikler</b>	Ulaşılabilirlik	
	Şikâyet Süreci	Yatış Süresi ve Sonrası
	Yatış Öncesi İşlemler	Yatış Öncesi İşlemler
	Yatış Süresince İşlemler	Yatış Süresince İşlemler
	Ziyaretçi	Ziyaretçi

### 3.7.3.5. Ölçümün Son Güvenilirliği

Chahal ve Kumari (2010: 236)'ın çalışmasında güvenilirlik testi için Cronbach alfa değerinin yanında birleşik güvenilirlik (composite reliability) değerleri incelenmiştir. Bu anlamda Hair vd. (2003)'nin önerisi doğrultusunda yapısal eşitlik modellenmesi sonucunda her bir boyutun katsayı değerlerinin incelenmiştir. Büyüköztürk (2002: 473) ise ortak varyans ile özgül varyansın toplamını ifade eden ve değişkenin faktör yük değerlerinin toplamına eşit olan ortak faktör varyansının testin güvenilirliğini yorumlamada kullanılabileceğini ifade etmektedir.

Erdemir (2008: 180) çalışmasında Cronbach-alfa değerlerinin 0.7'den büyük olmasının yanısıra güvenilirlik analizlerinde kullanılan bir başka yöntemin de Bagozzi ve Yi (1988: 80)'nin önerisi doğrultusunda her bir faktör için çıkarılan ortalama varyans (OVA) değerlerinin 0,50'ten büyük olmasının ölçeğin güvenilir olduğunu gösterdiğini ifade etmektedir. Fornell ve Larcker (1981: 46) ise diğer güvenilirlik ve geçerlilik ölçütlerinin sağlandığı durumlarda 0,50'nin biraz altında kalan çıkarılan ortalama varyans değerlerinin kabul edilebileceğini ifade etmektedir. Nitekim Erdemir (2008: 180) de 0,39 değerini bu görüşler doğrultusunda kabul etmiştir. Gerbing ve Anderson ise ölçeğin çok sayıda faktörden oluştuğu ve güvenilirlik testlerinin farklı sonuçlar vermesi halinde doğrulayıcı faktör analizi sonuçları kullanılarak bileşik güvenilirlik<sup>38</sup> değerlerine bakılabileceğini ifade etmektedir (Erdemir, 2008: 180). Senic ve Marinkovic (2013: 316) de çalışma sonucunda elde ettiği tüm yapılara ilişkin birleşik güvenilirlik (Composite reliabilities-CR) değerlerinin Nunnally (1978) tarafından önerilen 0.7'den büyük olduğunu göstermiştir.

Bu araştırma kapsamında da, çalışmanın önceki bölümlerinde Cronbach alfa ve ortak faktör varyansı değerlerinin uygunluğu değerlendirilmiştir. Tablo 41'de her bir boyuta ilişkin faktörlerin birleşik güvenilirlik ve OAV değerleri yer almaktadır. Bu değerler göz önüne alındığında fiziki boyut içerisinde yer alan tesis\_1 ve ergonomi; personel boyutu altındaki üçüncü ve dördüncü; süreç boyutu altındaki yatış öncesi ve refakat faktörlerindeki düşüklükler göze çarpmaktadır.

---

<sup>38</sup> Bileşik güvenilirlik değerlerinin hesaplanmasında  $(\sum \text{Faktör yükleri})^2 / [(\sum \text{Faktör yükleri})^2 + \sum \text{Hata katsayıları}]$  formülü kullanılmıştır (Sony,2016).

**Tablo 42: Birleşik Güvenilirlik ve Açıklanan Ortalama Varyans Değerleri**

Boyut	Faktör	Birleşik Güvenilirlik	OAV
Fiziki	yemek	0,89	0,63
	temizlik	0,86	0,68
	tesis_1	0,58	0,32
	tesis_2	0,75	0,60
	ergonomi	0,66	0,40
Personel	per_1	0,86	0,43
	per_2	0,80	0,61
	per_3	0,71	0,38
	per_4	0,60	0,33
Süreç	Yatis_sonrasi	0,80	0,41
	yatis_sureci	0,76	0,62
	yatis_onesi	0,60	0,45
	refakat	0,54	0,36

### 3.7.3.6. Ölçümün Geçerliliği

Geçerlilik, sonuçta elde edilen ölçeğin kuramsal tabanlı modele göre doğru tahminler yaptığının göstergesidir (Hair vd. , 2011: 126). Bir başka deyişle ölçeğin ölçülmesi niyetlenen şeyi ölçüp ölçmediğinin belirlenmesidir (Richardson, 2012: 87). Ölçülen hizmet kalitesi düzeyi, gerçek kalite düzeyi ile sistematik hata ve rassal hatanın toplamıdır. Geçerlilik, sistematik hatanın en aza indirilmesi; güvenilirlik ise rassal hatanın en aza indirilmesi ile ilgilenmektedir (Vavra, 1999: 188). Her geçerli ölçek güvenilir olmasına rağmen, her güvenilir ölçek geçerli olmayabilir. Bu anlamda önce geçerlilik sonra güvenilirlik analiz edilmelidir (Önder, 2014).

Ölçek geçerliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli geçerlilik türleri ve söz konusu geçerliliklerin değerlendirilmesinde kullanılan farklı yöntemler bulunmaktadır. En çok kabul gören üç geçerlilik yakınsak, ayırım ve nomolojik geçerliliklerdir (Hair vd., 2011: 126). DeVellis (2003: 53) kavramsal geçerlilik ile ölçüt geçerliliğinin genellikle karıştırıldığını ifade etmektedir. Cooper ve Schindler (2003) ise geçerliliği içerik/görünür, ölçüt, kavramsal olmak üzere 3 ana kategori olarak incelemiştir (Pai ve Chary, 2013: 327).

Ladhari (2008: 78) gerçekleştirmiş olduğu yazın taramasında geçerlilik konusunun problemliliğini ve sadece çok az çalışmada (Dabholkar vd. (1996); Aldlaigan ve Buttle (2002); Janda vd. (2002); Sureshchandar vd. (2002); Wolfenbarger ve Gilly (2003); Gounaris (2005); Karatepe vd. (2005) ve Parasuraman vd. (2005)) üç tür (benzeşim, ayırtedici ve yordayıcı) geçerliliğe bakıldığını ortaya koymaktadır. Pai ve Chary (2013: 329)'nin yazın taramasında ise sadece Duggirala, Rajendran ve Anantharaman vd. (2008) ile Aagja ve Garg ve Garg (2010)'ın içerik, ölçüt ve kavramsal geçerliliği inceledikleri sonucu elde edilmiştir (Pai ve Chary, 2013: 308).

Ladhari (2008: 80) geçerlilik analizlerinin güvenilirlik analizlerinden daha az önemsendiği sonucuna varmış; gelecek çalışmalarda ölçeklerin benzeşim, ayırtedici ve nomolojik geçerliliklerinin değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Pai ve Chary (2013: 331) de aynı yönde çalışmaların genelinde geçerlilik konusunun tam anlamıyla incelenmemesi nedeniyle gelecek çalışmalar için geçerlilik konusunun detaylı bir şekilde incelenmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Yılmaz (2012) ise Howell tarafından önerilen geçerlilik için farklı bir yol önermektedir. Ölçeğin sonunda sorulacak genel bir soru ile diğer soruların arasındaki  $r^2$  değerinin büyük olması gerekliliği sorgulanmalıdır.

Araştırma sürecinin farklı aşamalarında farklı geçerlilik türleri değerlendirilmekle birlikte (Chahal ve Kumari, 2010: 237); geçerlilik türleri farklı şekillerde gruplandırılabilir. Kayral (2012: 91) geçerlilik türlerini içerik geçerliliği, yapı geçerliliği ve ölçüt bağlantılı geçerlilik olmak üzere üç temel grupta incelemektedir. Voon (2014) tarafından gerçekleştirilen sınıflandırmada ise yordayıcı, benzeşim, ayırtedici ve eş zamanlı geçerliliğin hepsi ölçüt ilişkili olarak sınıflandırılmış ve görünür ve içerik geçerliliği de dâhil edilerek tüm geçerlilikler kavramsal geçerliliğin alt bileşeni olarak ifade edilmiştir. Bazı çalışmalarda ise ölçek geçerliliği DFA gibi sunulmaktadır (Aagja ve Garg, 2010: 68). Bu çalışma kapsamında ise Yılmaz (2012) ve Önder (2012) tarafından önerilen, araştırma sürecini de içeren izleyen sınıflandırma kullanılmıştır:

- Veri Toplanmadan Önce Değerlendirilebilecek Geçerlilik Türleri
  - Görünüm (face) geçerliliği /Mantıksal geçerlilik
  - İçerik (content) geçerliliği
- Veri Toplandıktan Sonra Değerlendirilebilecek Geçerlilik Türleri

- Kavramsal/Yapı (construct) geçerlilik
  - *Benzeşim (convergent) geçerliliği*
  - *Ayrım (discriminant) geçerliliği /Faktör geçerliliği*
- Ölçüt (criterion) geçerliliği
  - *Yordayıcı (Predictive)*
  - *Eş zamanlı (concurrent)*

**Tablo 43: Sağlık Hizmet Kalitesi Yazınında İncelenen Geçerlilik Türleri**

	Teng (2007)	Chahal ve Kumari (2010)	Dagger, Sweeney ve Johnson (2007)	Raposo vd. (2009)	Murti, Deshpande ve Sristava (2013)
<b>Görünür</b>		√			√
<b>İçerik</b>	√	√			√
<b>Kavramsal</b>		√			
<b>Yordayıcı</b>		√			
<b>Benzeşim</b>		√	√	√	√
<b>Ölçüt</b>					√
<b>Nomolojik</b>		√			
<b>Ayırt Edici</b>		√			
<b>Eş zamanlı</b>	√				

Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

**Görünür Geçerlilik:** Mantıksal geçerlilik olarak da adlandırılan görünüş geçerliliği bir ölçeğin araştırılan yapıyı ölçüp ölçmediğine ilişkin bir değerlendirmedir. Ölçeğin alan yazındaki diğer ölçeklerle benzer sonuçlar verebilmesine yönelik beklentileri ifade eden mantıksal geçerlilik (Leo, 2005: 1278), yazın taraması sonuçlarına göre değerlendirilmektedir. AFA sonucunda elde edilen faktörlerin yazındaki benzer ölçeklerin faktör yapılarıyla benzerlikleri mantıksal geçerliliğin göstergesidir (Erdemir, 2007: 178). Şencan (2005: 723-743) bu anlamda araştırmacının kendisinin, yakın çevresindeki arkadaşlarının, araştırılan konu hakkında uzman olmayan kişilerin ve pilot araştırmaya katılanların kanaat ve görüşlerinin toplanmasını önermektedir (Koç, 2008: 134). Hizmet kalitesi yapılarının yazından hareketle belirlenmesi görünür geçerliliğin sağlandığının bir göstergesidir (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 562). Bu bağlamda bu çalışma kapsamında ölçek ifadeleri konunun uzmanı olmayan aile üyeleri tarafından okunarak, alınan geribildirimler doğrultusunda anlaşılabilirlik artırılmıştır. Pilot araştırma yapılması da görünür geçerliliği arttırmıştır.

**İçerik Geçerliliği:** İçerik geçerliliği; ölçüm aracının ölçülmek istenen kavramı temsil edebilecek sayıda ifade kümesini içermesi anlamındadır. Bu anlamda ölçüm aracındaki ifade sayısının fazlalığı, içerik geçerliliğini arttırmaktadır. İçerik geçerliliği “ölçülmeye çalışılan kavramın boyutlarının ve unsurlarının ne derece iyi açıklandığının da bir fonksiyonu” olarak tanımlanmaktadır (Kayral, 2012: 91). İçerik geçerliliği, ölçüm aracının içeriğinin temsil edebilirliği ile ilgilidir. Diğer bir ifade ile ölçüm aracının çalışılan konuyu yeterli derecede kapsayıp kapsamadığına ilişkindir. (Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 562). Miranda (2010: 2142) SERVQUAL gibi çok yoğun kullanılan ve üzerinde uzlaşılan ölçeklerden yapılan uyarlamaların içerik geçerliliği olduğunu iddia etmiştir. Schwab (1980: 3-43) ise tümdengelim yöntemi ile soruların geliştirilmesi noktasında ilgili konuda geniş bir yazın taraması yapılarak kuramsal çerçevenin netleştirilmesinin sonucunda ölçeğin içerik geçerliliğinin artacağını ifade etmektedir (Erdemir, 2008: 140). Yıldız ve Demirörs (2014: 209) tarafından gerçekleştirilen yazın taramasında geçerlilik konusunda en çok uzman yargısının kullanıldığını tespit etmişlerdir.

Ölçeğin içerik geçerliliği madde havuzu oluşturma noktasında geniş bir şekilde yapılan kavramsal ve deneysel yazın taraması ve konunun akademi ve uygulamadan uzmanlarla görüşme uzmanları, doktorlar ve hastalardan alınan geribildirimler yolu ile ön-test aşamasında sağlanmıştır. Kavramsal yapıları temsil edecek sayıda ve yeterlilikte olacak şekilde belirlenen ölçeğin son hali öncelikle tez danışmanı ve tez izleme jürisi üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Sorular hazırlandıktan sonra uzman doktor, pazarlama uzmanı akademisyen ve hastalar tarafından anlaşılabilirlik anlamında test edilmiştir. Uzmanlar ölçek maddelerinin ölçülen yapının tümünü yeterli derecede kapsayıp kapsamadığını değerlendirmektedir. Uzman değerlendirmeleri sonucu gerekli değişiklikler yapılmaktadır (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 570; Chahal ve Kumari, 2010: 234).

**Kavramsal geçerlilik:** Türkçe’ye yapı geçerliliği olarak da tercüme edilen kavramsal geçerlilik, kullanılan ölçek aracılığı ile elde edilen sonuçların alan yazındaki kuramlarla ne derece uyumlu olduğunu ve örtüştüğünün araştırılması amacıyla kullanılmaktadır (Kayral, 2012: 92). Miranda (2010: 2143) da kavramsal geçerliliği faktörlerin, orijinal hipotez tarafından önerilen yapıları veya boyutları

hassas bir şekilde yansıtma kabiliyeti şeklinde tanımlamaktadır. Kline (2000) yapı geçerliliğinin, geçerlilikle ilgili diğer yaklaşımları da kapsadığını ve dolayısıyla geçerliliğin tüm türlerinin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi ile ilişkili olduğunu ifade etmekte (Tabachnick ve Fidell, 2011: 179) ve DFA'nın yapısal geçerliliği değerlendirmek amacıyla kullanıldığını ifade etmektedir.

Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk (2010: 178) kavramsal geçerliliğin deneysel kanıtlarla ortaya konmasında tek ve mutlak bir yol olmadığını ifade etmektedir. Lam (2000: 5) yapısal geçerlilik araştırmalarında sadece AFA kullanılmasının yeterli olmadığını, DFA da kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Campbell ve Fiske (1959) ise kavramsal geçerliliğin değerlendirilmesi için kullanılan ilk yöntemin ölçeğin uyum indekslerine bakılması olduğunu ifade etmektedir. Bu anlamda DFA uyum indeksleri tatmin edici düzeyde olmalı ve her bir faktörü etkileyen soruların faktör ağırlıkları yüksek ve anlamlı olmalıdır (Erdemir, 2008: 172).

Bu çalışma kapsamında AFA'nın yanısıra DFA da gerçekleştirilmiş ve uyum indeksleri ile faktör ağırlıkları tatmin edici düzeyde elde edilmiştir. Kavramsal geçerlilik tek boyutluluk, benzeşim ve ayırım geçerliliği olarak iki alt bölümde incelenmektedir.

***Benzeşim Geçerliliği:*** Birleşim veya yakınsak geçerliliği olarak da adlandırılan benzeşim geçerliliği, aynı yapıyı ölçen bir ölçü ile diğer ölçüler arasında yüksek derece korelasyon olması anlamına gelmektedir (Aagja ve Garg, 2010: 71). Aagja ve Garg (2010: 71) bu amaçla ölçeğe toplam hizmet kalitesini ölçen tek bir ifade eklemiş; bu tek maddenin korelasyon katsayısının yeni ölçek ve boyutları arasındaki farkın 0.01 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmasının yakınsak geçerliliğin göstergesi olduğunu ifade etmiştir. Ölçülen yapıların kuramsal olarak birbirleri ile ilişkili olduklarını varsayan Parasuraman vd. (1988); Wong vd. (2001) ve Bahia ve Nantel (2000) benzeşim geçerliliğini, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile değerlendirmiştir (Aagja ve Garg, 2010: 71; Murti, Deshpande ve Sristava, 2013: 563). Chin vd. (1996) ise DFA modelindeki faktör yüklerinin 0.60 ve üzerinde olmasının yakınsak geçerliliğinin bir göstergesi olduğunu ifade etmektedir (Aagja ve Garg, 2010: 71). Bagozzi ve Yi ise faktör yüklerinin 0.5'ten büyük



olmasını önermektedir (Teng, 2007: 479). Aagja ve Garg (2010: 71) da modelinde yer alan bir maddenin faktör yükü 0.6'dan küçük olmasına rağmen, bu durumun kabul edilebilir olduğunu ifade etmiştir.

Chahal ve Kumari (2010: 237) alt boyutların ilişkili oldukları boyutlarla önemli korelasyon değerlerine sahip olmasının yüksek derecede yakınsak geçerliliğin göstergesi olduğunu ifade etmektedir. Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 563) de bir boyut ile diğer boyut arasında tespit edilen yüksek korelasyonun bu ölçümlerin aynı yapıyı ölçtüklerine dair inancı arttırdığı düşüncesinden hareketle boyutlar için ayrı ayrı korelasyon katsayılarını hesaplamıştır. Ding (2007: 65) boyutların birbirleri ile yüksek derecede korele olmasını yapısal eşitlik modellemesi ile test etmiş ve çoklu indislerin veri-model uyumunun iyi olmasının yakınsak geçerliliği gösterdiğini iddia etmiştir. Ayrıca Fornell ve Larcker (1981)'in önerdiği gibi boyutların OAV değerlerinin 0,5'ten büyük olduğunu göstermiştir. Senic ve Marinkovic (2013: 316), Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007,131), Duggirala, Rajendran ve Anantharaman (2008: 570), Koç (2008: 137) ve Özkara (2015: 100) de bu yolu izlemiştir. Örneğin Ladhari (2008: 77) de gerçekleştirmiş olduğu yazın taramasında çoğu araştırmada OAV'nin 0,5'ten büyük olma ölçütünün kullanıldığını ortaya koymuştur. Sony (2016) ayrıca benzeşim geçerliliği için OVA değerlerinin birleşim geçerliliği değerlerinden küçük olması gerektiğini ifade etmektedir.

Bentler and Bonett (1980, 1995) tarafından önerilen Bentler-Bonett katsayısı (BFI) da bu anlamda yaygın kullanılan diğer bir ölçüdür. BFI değerlerinin 0,9 ve üzerinde olmasının güçlü bir yakınsak geçerliliği gösterdiği öne sürülmektedir (Duggirala, Rajendran ve Anantharaman, 2008: 570). Erdemir (2008: 174) ise benzeşim geçerliliğinin ölçümünde kullanılabilecek bir başka yöntemi de ikinci derece faktör analizi<sup>39</sup> olarak ifade etmektedir.

Bu çalışma kapsamında gerçekleştirilen DFA sonuçlarına göre faktör yükleri 0,6'nın üzerindedir. Ayrıca her bir boyut altında yer alan faktörlere ilişkin OAV değerleri de hesaplanmıştır. Tablo 41'de yer alan değerler incelendiğinde ölçeğin kabul edilebilir bir benzeşim geçerliliğine sahip olduğu sonucuna varılmaktadır. Ayrıca sorular regresyon katsayıları ile ağırlıklandırılarak tek bir soru haline getirildikten sonra, 81. Soruda yer alan genel algı ile ilişkisi incelenmiş ve 0,01

---

<sup>39</sup> Birinci derece faktör analizi her bir faktörün kendini oluşturan sorular tarafından ne derece temsil edildiğini belirlerken, ikinci derece faktör analizinde incelenen kavramı oluşturan faktörlerin söz konusu kavramı hangi düzeyde açıkladığı da test edilebilmektedir (Erdemir, 2008: 174).

düzeyinde istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ek 8’de yer alan ileri derece faktör analizleri de kavramsal geçerliliğin göstergesidir.

**Ayrım Geçerliliği:** Türkçe’ye ayırt edici ve ayırma geçerliliği şeklinde de çevrilen ayırım geçerliliği, ölçekteki her bir faktörün gerçekte farklı bir özelliği ölçüp ölçmediğinin belirlenmesi ile ilgilenmektedir (Erdemir, 2008: 176). Choi vd. (2005), Raposo vd. vd. (2009) ve Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007) gibi bazı araştırmacılar DFA kullanarak ayırım geçerliliğini ortaya koymuşlardır. Modelin ayırım geçerliliğinin değerlendirilmesi için ilk yol, Fornell ve Larcker (1981)’in önerisi doğrultusunda her bir faktör için hesaplanan çıkarılan ortalama varyans değerlerinin her bir faktör için o faktörün diğer faktörlerle olan korelasyonlarının en büyüğünün karesinden (MSV) daha yüksek olmasıdır. Pai ve Chary (2013: 329), Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 131), Teng (2007: 479), Senic ve Marinkovic (2013: 316) ve Chahal ve Kumari (2010: 244) de çalışmasında aynı yolu izlemişlerdir. Sony (2016) benzeşim geçerliliği için ayrıca her bir faktör için o faktörün diğer faktörlerle olan korelasyonlarının ortalamasının (ASV) da, OVA’dan küçük olması gerektiğini ifade etmektedir. Bakılması gereken diğer noktada OVA değerinin karekökünün korelasyon değerlerinden büyük olması yönündedir.

Klein tarafından ortaya konan diğer bir öneri ise DFA sonucunda faktörler arasındaki korelasyon kestirimlerinin 0.85 değerinden küçük olup olmadığının incelenmesidir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk vd. 2014: 277; Özkara, 2015: 102). Ayrım geçerliliği, kuramsal olarak ilişkisiz yapıların birbiriyle korele olmamaları gerektiği bilgisinden yola çıkılarak analiz edilmektedir (Ladhari, 2008: 77). Miranda (2010: 2144) da bir yapıyı ölçen bir maddenin ait olmadığı boyuttan daha fazla korele olmamasını incelemek için faktör korelasyon matrisinden yararlanmıştır. Şencan (2005: 778-780) ise faktörlerarası korelasyon değerlerinin 0,60’dan düşük olmasının faktörlerin birbirlerinden farklı yapılar olduğunu gösterdiğini ve ayırım geçerliliğinin ölçülmesinde kullanılabileceğini ifade etmektedir (Erdemir, 2008: 177).

Yazında yer alan bazı çalışmalarda ayırım geçerliliği açısından sorunlar yaşandığı da görülmektedir. Örneğin Aagja ve Garg (2010: 72), ölçeğinde ayırım geçerliliği ile ilgili sıkıntılar yaşadığını ifade etmektedir. Koç (2008: 137) da

çalışmasında korelasyon değeri incelemesi sonucunda ayırım geçerliliği açısından problem yaşamış; faktörlerin ayrı yapılar olup olmadığını incelemek için ilgili ifadeleri tek boyut altında toplayarak tekrar DFA uygulanmış ve uyum indekslerinden hareketle tek faktörlü modelin iki ölçüt haricinde veriye uymadığı gözlemlenmiştir. Bu noktadan hareketle, ayırma geçerliliğinin sağlandığını göstermiştir.

Bu çalışma kapsamında Fornell ve Larcker (1981)'in yolu izlenerek Tablo 44, 45 ve 46'daki değerlendirme tabloları elde edilmiştir. Bu tablodaki değerler incelendiğinde ölçeğin ayırım geçerliliğine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 44: Fiziki Boyut Ayırım Geçerliliği Değerlendirme Tablosu**

	yemek	temizlik	tesis_1	tesis_2	ergonomi	OAV	MSV	ASV
yemek	<b>0,79</b>					0,63	0,11	0,08
temizlik	0,46	<b>0,82</b>				0,68	0,16	0,10
tesis_1	0,52	0,61	<b>0,57</b>			0,32	0,16	0,10
tesis_2	0,40	0,47	0,51	<b>0,77</b>		0,60	0,10	0,07
ergonomi	0,55	0,53	0,64	0,53	<b>0,64</b>	0,40	0,16	0,08

**Tablo 45: Personel Boyutu Ayırım Geçerliliği Değerlendirme Tablosu**

	per_1	per_2	per_3	per_4	OAV	MSV	ASV
per_1	<b>0,66</b>				0,43	0,04	0,04
per_2	0,50	<b>0,78</b>			0,61	0,04	0,04
per_3	0,65	0,58	<b>0,62</b>		0,38	0,04	0,04
per_4	0,61	0,53	0,67	<b>0,58</b>	0,33	0,04	0,04

**Tablo 46: Süreç Boyutu Ayırım Geçerliliği Değerlendirme Tablosu**

	Yatis_sonrasi	yatis_sureci	yatis_onesi	Refakat	OAV	MSV	ASV
Yatis_sonrasi	<b>0,64</b>				0,41	0,08	0,05
yatis_sureci	0,33	<b>0,78</b>			0,62	0,08	0,05
yatis_onesi	0,57	0,25	<b>0,67</b>		0,45	0,03	0,03
refakat	0,74	0,63	0,26	<b>0,60</b>	0,36	0,08	0,06

**Ölçüt geçerliliği:** Ölçüt geçerliliği, bir ölçeğin ortaya koyduğu kavramın ilişkili olabilecek başka kavramlarla birlikte incelenmesi anlamına gelmektedir (Erdemir, 2007: 179). Örneğin yazın taraması sonuçlarına göre hizmet kalitesi algısı hasta tatmini ve davranışsal niyet üzerinde etkilidir. Ölçeğin söz konusu değişkenlerle anlamlı ilişkiler içerisinde olması ölçüt geçerliliğinin göstergesidir. Ölçüt geçerliliği

yordayıcı geçerlilik ve eş zamanlı geçerlilik olmak üzere iki ayrı bölümde incelenmektedir. Erdemir (2007: 179) verilerin uygun olmadığından dolayı tahmin edici ve eş zamanlı geçerliliği incelememiştir.

**Eş zamanlı geçerlilik:** Birlikte vuku bulma geçerliliği (Erdemir, 2007: 179) olarak da çevrilebilen eş zamanlı geçerlilik, ölçüt geçerliliğinin bir türüdür. Tüm faktör skorlarının toplamına dayanarak belirlenen toplam skorun tek madde olan toplam kalite ile orta veya önemli derecede yeterli derecede ilişkili olması eş zamanlı geçerliliğin göstergesidir (Teng, 2007: 479) Teng (2007: 479) bu anlamda r değerinin 0,3 ile 0,6 arasında olması gerektiğini ifade etmektedir.

Murti, Deshpande ve Sristava (2013: 563) ise çalışmasında hasta tatmini ve davranışsal niyeti hizmet kalitesinin çıktısı olarak seçip iki değişkenli (bivariate) korelasyon analizi gerçekleştirmiştir. Bu analizde tüm boyutların seçilen boyutlarla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif körele olması eş zamanlı geçerliliğin sağlandığını göstermiştir. Yılmaz (2012) de bu anlamda bir boyut altında yer alan soruların korelasyonunun, diğer boyutlardan yüksek olup olmadığının incelenmesini önermektedir.

Bu araştırma kapsamında daha önce benzeşim geçerliliği değerlendirmesinde de kullanılan toplam ölçek skoru ile 81. Soruda tek soru ile ağı arasındaki ilişkinin derecesi 0.587 olarak tespit edilmiştir.

### **3.7.3.7. Sonuç Kalitesi ve Davranışsal Niyet Analizi**

Anketi yanıtlayan hastaların hizmet alımı sonrasındaki davranışsal niyetleri de değerlendirilmesi gereken önemli bir konudur. Varinli&Çakır (2004), doktorlarla ve fiyatla ilgili faktörlerin davranışsal niyetler üzerinde önemli etkileri olduğunu tespit ederken (Yağcı, 2006: 222); Demirer ve Bülbül (2014: 95) kamu hastanelerinde hizmet kalitesinin hasta tercihini doğrudan etkilediği sonucuna varmıştır.

NPS'a davranışsal niyet içinde yer veren Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 133-134) modelinde genel hizmet kalitesi algılamalarının modeldeki temel boyutlar ile davranışsal niyet arasındaki aracı rolünü incelemiş, çalışmanın

sonucunda hizmet kalitesinin davranışsal niyetler üzerinde büyük etkisi olduğunu tespit etmiştir. Gülmez (2005: 166)'in çalışmasında da hastanede sunulan hizmetlerin kalitesiyle yeniden aynı hastanenin tercih edilmesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hizmet kalitesi ile kurumun başkalarına tavsiye edilmesi arasında da anlamlı bir ilişkiye ulaşılmıştır.

Bu anlamda Reicheld (2003) tarafından Harvard Business Review dergisinde yayınlanan bir makale ile kullanımı önerilen Net Promoter Index (NPI) (Pollack ve Alexandrov, 2013: 118)'in en büyük avantajı tek maddeli olduğu için kullanımındaki basitliktir (Pollack ve Alexandrov, 2013: 122) ve pazarlama disiplininde tek maddelik ölçülerin kullanılması popüler hale gelmektedir. Sadece tek bir soru ile hizmetin tavsiye edilip edilmeyeceğinin sorgulandığı indeks Sony, ING, Symantec gibi firmalar tarafından kullanılmaktadır. NPI'nın değişik hizmet sektörlerinde müşteri tatmin indeksleri ile pozitif korelasyonu tespit edilmiştir (Pollack ve Alexandrov, 2013: 121).

York ve McCarthy (2011: 178) sağlık alanında yapmış oldukları uygulama sonucunda mevcut yollarla elde edilen bilgi ile benzer bilginin NPS ile sonuçta tek bir soru ile daha ucuz elde edildiği sonucuna varmışlardır. NPS sorularının nomolojik geçerliliğini araştırmayı ve diğer “müşterinin sesi” metriklerine karşı üstünlüğünü göstermeyi amaçlayan çalışmalarında Pollack ve Alexandrov (2013: 118) müşteri tatmininin öncül, satınalma niyetinin ardıl olduğu bir model üzerinde analizlerini gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonucunda NPS sorusunun, müşteri bağlılığının bir bileşeni olan kulaktan kulağa iletişimin bir alternatifi olarak görülebileceği ifade edilmektedir. NPS de yer alan tek soruya 1-10 arasında bir değer verilmektedir. Bu soruya 9 veya 10 cevabı verenler “destekleyici” (promoter), 7 veya 8 cevabını verenler “pasif” ve 0-6 cevabını verenler ise “hor görenler”(detractors) olarak adlandırılmaktadır. Destekleyicilerin yüzdesinden hor görenlerin yüzdesi çıkarılarak NPS hesaplanmaktadır (Thomas, 2015: 32). Krol vd. (2014: 3099) ise NPS'nin hastaların deneyimleri ve tatminlerinin en kolay şekilde öğrenilmesi ve özetlenmesi noktasında kullanılabilirliği ve katkısı üzerine yürüttükleri çalışma sonucunda diğer ölçekler ile orta-güçlü arası ilişki tespit edilmekle birlikte bu alanda katkısının net bir şekilde ortaya konulamadığını ifade etmektedirler. Ayrıca Krol vd. (2014: 3101) NPS'de kullanılan ölçeğin Hollanda'da problemliliğini ifade etmektedir. Zira Alman okul sisteminde 8 çok iyi bir sonuç olarak algılanırken;

NPS’de pasif olarak nitelendirilmektedir. 60 bir testi geçme sınırı iken, NPS’de hor gören olmaktadır ki bu durum NPS’nin Alman sisteminde uygulanmasının geçerlilik açısından sıkıntılı olduğunu göstermektedir.

Bu bilgilerden hareketle davranışsal niyetin tespit edilmesi amacıyla NPS sorusunun sorulmasına, ancak 10’lu ölçek yerine Türk kültürüne ve ölçeğin geneline uyumu düşünülerek 5’li Likert ile uygulanmasına karar verilmiştir. Tablo 47’de yer alan sonuçlar incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğu (%64,9) hastaneyi başkalarına tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. Diğer en uçta yer alan, kesinlikle tavsiye etmeyi düşünen hastaların oranı ise sadece %2,8’dir.

**Tablo 47: Başkalarına Tavsiye Etme Konusundaki Düşünceler**

	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	7	2,8	2,8
<b>Katılmıyorum</b>	4	1,6	4,4
<b>Ne katılıyorum ne katılmıyorum</b>	30	12,0	16,3
<b>Katılıyorum</b>	47	18,7	35,1
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	163	64,9	100,0
<b>Toplam</b>	251	100,0	

Tavsiye etmenin yanı sıra, satınalma sonrası diğer bir davranış da şikâyet etmedir. Üstelik bir hizmetten memnun kalmayan bir müşterinin kurumu başkalarına şikâyet etme olasılığı, hizmetten memnun kalan bir müşterinin tavsiye etme olasılığından daha yüksektir. Bununla birlikte bir müşteri memnun kaldığı hizmeti tavsiye eden kişi sayısı, hizmetten memnun kalmayan müşterinin şikâyet ettiği kişi sayısından daha azdır. Bu bilgiler göz önüne alınarak hastalara 75. Soruda “*Hastaneyi başka insanlara şikâyet ederim.*” ifadesine katılma dereceleri sorulmuştur. Bu soru ölçekte yer alan tek olumsuz ifadeli soru olma özelliği de taşımaktadır. Tablo 48’de yer alan sonuçlara göre hastaların büyük çoğunluğu (%58,3) bu ifadeye kesinlikle katılmamaktadır. Kesinlikle şikâyet edeceklerini ifade eden hastaların oranı ise %12,1’dir.

Hastalara 81. Soruda sorulan “*Genel olarak verilen sağlık hizmetini yeterli buluyorum*” ifadesine katılım düzeyi ile nomolojik geçerlilik konusunda analiz

yapmak istenmiştir. Bu soruya en çok %59,6 ile “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilmiştir.

**Tablo 48: Başkalarına Şikâyet Etme Konusundaki Düşünceler**

	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	144	58,3	58,3
<b>Katılmıyorum</b>	41	16,6	74,9
<b>Ne katılıyorum ne katılmıyorum</b>	21	8,5	83,4
<b>Katılıyorum</b>	11	4,5	87,9
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	30	12,1	100,0
<b>Toplam</b>	247	100,0	

**Tablo 49: Genel Hizmet Kalitesi Algılamalarına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	2	,9	,9
<b>Katılmıyorum</b>	4	1,8	2,7
<b>Ne katılıyorum ne katılmıyorum</b>	26	11,7	14,3
<b>Katılıyorum</b>	58	26,0	40,4
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	133	59,6	100,0
<b>Toplam</b>	223	100,0	

Hastaneyi tavsiye ve şikâyet etmenin yanı sıra, satınalma sonrası davranışsal niyet konusunda diğer bir eylem de hastanenin tekrar tercih edilmesidir. Bu bağlamda öncelikle 82. Soruda hastalara cevabı “Evet/Hayır” olacak şekilde “*Hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?*” sorusu yöneltilmiştir. Hastaların tamamına yakını (%96,7) hastaneyi tekrar tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 50: Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeye İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
<b>Evet</b>	225	96,2	96,2
<b>Hayır</b>	9	3,8	100,0
<b>Toplam</b>	234	100,0	

Hastaneyi tekrar tercih edecek hastaların tercih nedenlerine ilişkin sorulan sorunun yanıtları Tablo 51 ve 52’de yer almaktadır. Bu verilere göre hastaneyi mecburen tercih eden hastaların oranı %38,2 iken; kaliteli hizmet nedeniyle tercih ettiklerini ifade eden hastaların oranı % 93,1’dir.

**Tablo 51: Tekrar Tercih Etme Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Mecburen Tercih	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	78	40,8	40,8
<b>Katılmıyorum</b>	28	14,7	55,5
<b>Ne katılıyorum ne katılmıyorum</b>	12	6,3	61,8
<b>Katılıyorum</b>	31	16,2	78,0
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	42	22,0	100,0
<b>Toplam</b>	191	100,0	

**Tablo 52: Tekrar Tercih Etme Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Kaliteli Hizmet Nedeniyle Tercih	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	10	4,8	4,8
<b>Katılmıyorum</b>	7	3,4	8,2
<b>Ne katılıyorum ne katılmıyorum</b>	18	8,7	16,9
<b>Katılıyorum</b>	45	21,7	38,6
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	127	61,4	100,0
<b>Toplam</b>	207	100,0	



### 3.7.3.8. Şikâyet Değerlendirme Sorusuna Verilen Cevapların Analizi

Şikâyetlerin değerlendirilmesine ilişkin sorular “*Hastanede yattığınız süre içerisinde herhangi bir konuda hastane yetkililerine şikâyette bulundunuz mu?*” şeklindeki 75. Soru ile başlamaktadır. 76. Soru şikâyet merciini ve 77. Soru şikâyet konusunu açık uçlu olarak sormaktadır. 78. Soru şikâyet edilecek yetkiliye kolay ulaşım ile 79. Soru yetkilinin ilgisiyle ve 80. Soru ise problemin çözülmesi ile ilgili olarak düşünceleri 5’li Likert ile ölçmektedir. Uygulama sonucunda 75. soruya sadece 11 kişinin “*evet*” şeklinde yanıt verdiği tespit edilmiştir. Bu soruyu boş bırakan ya da “*hayır*” şeklinde yanıtlayanların şikâyet değerlendirme süreci ile ilgili diğer sorulara verdikleri cevaplar (18 kişi) analiz kapsamına alınmamıştır. Büyük derecede kayıp veri olmasından dolayı süreç boyutunun bir alt boyutu olmadığı öngörülen şikâyet değerlendirme sürecine ilişkin sorular faktör analizine dahi edilmemiştir. Bununla birlikte elde edilen cevapların az sayıda olmasına rağmen raporlanmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

76. ve 77. Sorular incelendiğinde 11 kişiden sadece 3 kişinin bu soruları tam bir şekilde cevapladığı görülmektedir. Bu hastalardan 88 numaralı hasta, gecikmeler konusunda sorumlu hemşireye şikâyette bulunduğunu belirtirken; 172 numaralı hasta ameliyatın yanlış yapılması nedeniyle Sağlık Bakanlığı’na başvurduğunu kaydetmektedir. 238 numaralı hasta ise hemşirelerin ilgisizliği nedeniyle başhekimliğe başvurduğunu ifade etmektedir. 88 numaralı hasta şikâyet değerlendirme sürecine ilişkin diğer sorularla ilgili değerlendirmede bulunmazken; diğer iki hasta üç soruya da 5 puan vererek ifadelere tamamen katıldıklarını beyan etmişlerdir. Bu durum şikâyet değerlendirme sürecinden memnun olduklarını göstermektedir.

Şikâyet merciini (76. Soru) belirtmemekle birlikte, şikâyet konusu hakkında bilgi veren 3 hasta daha bulunmaktadır. Bunlardan 216 numaralı hasta doktorun hastayı dinlememesi, 230 numaralı hasta yatakların bozuk olması nedeniyle kullanılmaması ve 239 numaralı hasta ise tuvalet temizliği konularında şikâyette bulduklarını belirtmişlerdir.

11 hastadan 9’u şikâyet değerlendirme sürecine ilişkin soruları (78, 79, 80) yanıtlamışlardır. 122 numaralı hasta hariç (1 puan) diğer tüm hastalar şikâyet

edecekleri kişiye rahatlıkla ulaştıklarını belirtmişlerdir. Yatakların bozuk olduğundan şikâyet eden 230 numaralı hasta hariç (3 puan) diğer tüm hastalar, yetkilinin ilgisinden menün kaldıklarını (5 puan) ifade etmişlerdir. 80. Soruya verilen cevaplar incelendiğinde 239 numaralı hastanın tuvalet temizliği konusundaki şikâyeti haricinde (3 puan) diğer tüm şikâyetlerin çözüldüğü (5 puan) bilgisi elde edilmiştir.

Ölçekteki ilgili sorulara verilen cevaplarla yapılan eş zamanlı inceleme sonucunda yanıtlayıcıların tutarlı sonuçlar verdikleri gözlenmiştir. 88 numaralı hasta gecikmeler konusunda şikâyetçi olduğunu belirtirken; işlemler sırasında beklemeye ilişkin 64. Soruya 1 puan vermiştir. 172 numaralı hastanın şikâyet konusu, şikâyetler arasında en önemli şikâyetdir zira hasta ameliyatının yanlış yapıldığını iddia etmektedir. Söz konusu hasta bu konudaki düşüncelerini anketi yanıtlarken de göstermiş ve bazı sorulara 1 puan vermiştir. Ancak bu soruların doktor yerine hemşirelerle ilgili sorulara verilmesi dikkat çekicidir. Doktorun bilgi seviyesine 5 puan verirken (46. Soru), hemşirelerin bilgi seviyesine 1 puan vermiştir (47. Soru). Bu hasta ayrıca 45. Soruda doktora 5 puan verirken, hastaneye güvene ilişkin 46. Soruya 1 puan vermiştir. Yatağın bozuk olması nedeniyle yatağı kullanmadığını öne süren 230 numaralı ise yatağın rahatlığına ilişkin 18. Soruya 2 puan vererek tepkisini dile getirmiştir. Temizlik konusunda şikâyetçi olan 239 numaralı hastanın ölçekte yer alan hastane, oda ve yatak temizliğine ilişkin 11,12 ve 13. Soruların hepsine 3 puan verdiği görülmektedir.

Bunların yanısıra doktorun kendisini dinlemediğinden şikâyetçi olduğunu öne süren 216 numaralı hastanın ilgili sorulara (30, 32) 5 puan vererek tutarsız bir değerlendirme yaptığı da gözlenmektedir. Hemşireler konusunda başhekimliğe şikâyette bulunduğunu belirten 228 numaralı hasta da hemşirelerle ilgili sorulara (35, 37, 42, 48, 51) 5 puan vererek aynı tutarsızlığı göstermektedir.

### **3.7.3.9. Açık Uçlu Sorunun Nitel Analizi**

Bu çalışma kapsamında geliştirilen ölçeğe açık uçlu bir soru ilave edilmiştir. 83. soru "*Hastanede verilen hizmetin kalitesini iyileştirmek için eklemek istediğiniz başka bir konu var mı?*" şeklinde sorulmuş; 268 anketten 55 tanesine (%20,52) yanıt alınmıştır. Hair vd. (2010: vii) açık uçlu soruların analizi noktasında, Elnitzky vd.

(2014: 1627) ile Bernard ve Ryan (2009)'ın çalışmasına dayanarak, 20-60 arası bilgi sahibi insanın, yaşadıkları deneyimler konusunda ana temaları anlamak ve tanımlamak konusunda yeterli olduğunu; ayrıca bilginin derinliğinin örneklem sayısından daha önemli olduğunu ifade etmektedir.

Nitel analiz ile nicel analizin analiz ve yorumlama süreçleri farklıdır. Temel fark verinin doğasının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Nitel analizde veri metinsel iken nicel analizde sayısalıdır. Büyük oranda tümevarımcı olan nitel analiz, devam eden ve ardıştırmalı bir süreçtir (Hair vd.,2008: 197). Analiz sürecinde birinci adım veri indirgemedir. Veri indirgeme; sınıflandırma ve kodlama, karşılaştırma, kuram geliştirme ve ardıştırma ile olumsuz durum analizinden oluşmaktadır (Hair vd, 2008: 198). QSR NVivo ve Atlas/Ti veri indirgeme amacıyla kullanılabilen bilgisayar programlarıdır. Ancak İlgar ve İlgar (2016), nitel analizde 500 sayfanın üzerindeki veriler için bilgisayar programı kullanılmasının faydalı olduğunu belirtmektedir. Buradan hareketle Ek 9'da görüleceği üzere maddeler halinde sıralandığında sadece 4 sayfa olan metnin analizi MS Word ve MS Excel aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Hadwich vd. (2010: 124) de kaydetmiş olduğu görüşmelere içerik analizini herhangi bir yazılım olmadan uygulamıştır.

Söz konusu soruya cevap veren 55 kişiden alınan toplam 81 adet yanıt öncelikle Microsoft Word ortamına işlenmiştir. Söz konusu dosya Ek 9'da yer almaktadır. Burada yer alan 81 madde konularına göre sınıflandırılmış; her bir sınıfa ait öneri sayıları kaydedilmiştir. Kodlar tanımlandıktan sonra benzer olanlar birleştirilmiş ve son olarak kod gruplamaları için bir tanım oluşturulmuştur (Richardson, 2012: 86). Tekrarlanan ifadeler tespit edilmiştir. Aynı süreç tutarlılık sağlamak adına Microsoft Word programında yer alan "Find" komutu aracılığıyla da tekrarlanmıştır (Richardson, 2012: 85)

Açık uçlu soruya verilen cevaplar sayı açısından azalan bir şekilde Tablo 53'te yer almaktadır. Tabloya göre en fazla şikâyet/önerinin refakatçi konusunda geldiği görülmektedir. Otopark, oda ve personel davranışları ise dikkati çeken diğer konulardır. Nitel analizde güvenilirlik ve geçerliliği sağlamak adına metin analizi araştırmacı ve sağlık uzmanından (doktor) oluşan iki kişi tarafından gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları karşılaştırıldığında fark değerleri toplamının toplam şikâyet/öneri sayısına oranlanmasına % 89 güvenilirlik elde edilmiştir. Farklı olan maddeler incelendiğinde 39. hastanın birinci önerisi olan "*Erkek odasında*

*bayan refakatçiya izin verilmemesi*” araştırmacı tarafından refakatçi alt başlığına yerleştirilirken; sağlık uzmanı tarafından mahremiyet alt başlığına yerleştirilmiştir. “Oda” başlığı altında sayılar aynı olmasına rağmen, araştırmacı tarafından oda alt başlığında değerlendirilen 24. Hastaya ilişkin “*özel odalar çoğaltulsın*” ifadesi sağlık uzmanı tarafından genel hizmet kalitesi içerisinde değerlendirilmiştir. 210 numaralı hastaya ilişkin tuvaletlerin tasarımına ilişkin şikâyet araştırmacı tarafından tuvalet alt başlığına, sağlık uzmanı tarafından ise oda alt başlığına yerleştirilmiştir. Sağlık uzmanı 159.2 ve 204. şikayetleri gecikme alt başlığı açarak değerlendirirken; bu şikayetlerin araştırmacı tarafından öngöröldüğü üzere süreç başlığı altında tanımlanması uygun görölmüştür. Diğer bir fark araştırmacı tarafından taşıma alt başlığında değerlendirilen taşımaya ilişkin 203.3. maddedir. Sağlık uzmanı tarafından bu madde yetkinlik başlığı açılarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 53: Açık Uçlu Soruların Konularına Göre Sınıflandırılması**

Konu	Araştırmacı	Sağlık Uzmanı	Fark
Refakatçi	12	11	1
Otopark	10	10	0
Oda	9	9	2
Personel davranışı	8	9	1
Yemek	7	7	0
Kantin	6	6	0
Hemşire sayısı	5	5	0
Temizlik	5	5	0
Süreç (Tetik Süreç Gecikme)	3	3	0
Battaniye	3	3	0
İbadet	2	2	0
Koku-havalandırma	2	2	0
Dolap	1	1	0
Ziyaret saati	1	1	0
Asansör	1	1	0
Doktor	1	1	0
Yönlendirme tabelaları	1	1	0
Taşıma	1	0	1
Tuvalet tasarımı	1	0	1
Hizmet kalitesi	1	2	1
Mahremiyet	0	1	1
Yetkinlik	0	1	1
TOPLAM	81	81	9

Dagger, Sweeney ve Johnson vd. (2007: 127)'nin önerisi doğrultusunda anlaşmazlık durumlarında konular anlaşma sağlanana kadar tartışılmış ve sonuca ulaşılmıştır. Tablo 53'te yer alan konular araştırma modelindeki boyutlar altında gruplandırıldığında ise Tablo 54'te yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

**Tablo 54: Şikâyetlerin Boyutsal Dağılımı**

Boyut	Konu	Sayı	Toplam	%
Personel	Personel davranışı	8	15	18,52
	Hemşire sayısı	5		
	Mahremiyet	1		
	Doktor	1		
Tesis	Refakatçi	11	62	76,54
	Otopark	10		
	Oda	9		
	Yemek	6		
	Kantin	6		
	Temizlik	4		
	Dolap	3		
	Battaniye	3		
	İbadet	2		
	Ziyaret saati	2		
	Koku	2		
	Asansör	1		
	Yön.tab.	1		
	Taşıma	1		
	Tuvalet tasarımı	1		
Süreç	Süreç	3	3	3,7
GENEL	Hizmet kalitesi	1	1	1,24
TOPLAM		81	81	100

Tablo 54 incelendiğinde en çok şikâyet/önerinin %76,54'lık oran ile tesis boyutu altında yoğunlaştığı görülmektedir. Konular incelendiğinde aslında çoğu konuya, ölçekte yer verildiği görülmektedir. Bu anlamda açık uçlu soruya verilen cevaptaki ifadeler, aynı hastanın ankette yer alan ilişkili soruya verdiği değerler ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. İlgili analize ilişkin sonuçlar Tablo 55'te verilmiştir.

**Tablo 55: İfadelerin Ölçek İle Tutarlılık İncelemesi**

No*	İfade	Soru No	Skor	Tutarlı 1
9	Yemeklerde hastalara tatlı verilmeli	25	4	
21	Mescit ve abdest yerleri uygun değil	66	1	√
23	Mescit ve abdest yerleri uygun değil	66	1	√
38	Ziyaret saatleri günde ikiye çıkmalı	71	2	√
39.1	Erkek odasında bayan refakatçıya izin verilmemesi	70	2	√
39.2	Tedavi yapılırken stajyerlerin yanında öğrenci bulunması	40	5	
55	Personel sakız vb. konusunda eğitilmeli	36,37,38,39	4,5,3,3	√
73	Yemekler	22	4	
76.2	Otopark yeri yetersizliği	21	1	√
86	Yatak çarşafı sık değiştirilsin	13	2	√
92	Yemek sıcak gelmesi	23	1	√
119.1	Hemşireler daha nazik olabilir.	36	5	
119.2	Ara öğünde mandalina verilmesin hastanın şekeri çıkıyor.	25	4	
118.1	Yemekler biraz daha tuzlu olabilir.	24	4	
118.2	Hastanenin daha güzel kokması için bir şeyler yapılabilir.	16	3	√
122	Havalandırmaların daha çok olması. Odalarda klima olması	16	4	
153	Sağlık kurulu işlemleri insanı bu kadar yormasın	54	2	√
159.1	Doktor daha çok ziyaret etsin	32	2	√
159.2	MR daha çabuk çıkmalı	65	5	
160.1	Hemşire sayısı çok az	43	5	
160.2	Kantin pahalı	63	5	
163.2	Refakatçiler rahat değil	70	1	√
163.3	Kantin pahalı	63	1	√
165	Hemşireler bazen yapacağız dediklerini yapmıyorlar.	60	5	
166.2	Refakatçiler için koltuk yok.	70	5	
171.1	Her yatağın koltuğu olmalı refakatçi için.	70	1	√
175	Refakatçi koltuğu her yatağın olmalı	70	5	
176.1	Otopark yetersiz	21	5	
176.2	Hastane daha temiz olmalı	11	3	√
177.1	Kantindeki yiyecekler ucuzlamalı	63	1	√
177.2	Park alanı yetersiz	21	1	√
177.3	Hasta ziyaret saatleri Çoklu odalarda sıkıntı yaratıyor, oda kalabalık ve havasız kalıyor	71,72	2,2	√
178.1	Park alanı yetersiz.	21	1	√
178.2	Hemşire yetersiz.	43	5	
178.3	Kantin pahalı	63	4	
179.1	Hemşire sayısı artırılmalı.	43	1	√
179.2	Yemekler daha iyi ve doyurucu olmalı.	22,26	3,4	
179.3	Temizliğe daha fazla dikkat edilmeli.	11	2	√
180.1	Hemşire sayısı artırılmalı.	43	1	√
180.2	Kantindeki yiyecekler pahalı.	63	1	√
180.3	Otopark yetersiz.	21	2	√
182.	Temizliğe dikkat edilmesi lazım. Oda temizliği çok kötü durumlarda.	11,12	1,1	√
185.	Refakatçiler için koltuk ya da yatak tarzı bir şey konmalı.	70	2	√

No*	İfade	Soru No	Skor	Tutarlı 1
187. 1	Kafeterya fiyatları biraz düşmeli	63	1	√
187. 2	Refakatçılara yatmak için yatak verilmeli	70	5	
195. 2	Refakatçi için koltuk uyumak için yatak vs.	70	1	√
201.	Hijyene çok dikkat edilmelidir. Çünkü hijyen kalitesi düşük.	11	1	√
203.1	İnsan ilişkileri konusunda personele eğitim verilmeli.	34,35,36,37,38,39	1,2,3,2,4,5	√
203.2	Ayrımcılık söz konusu.	61	1	√
203.3	Temizlik personeli hastayı taşıırken sıkıntılar yaşıyor. Onlara uygun eğitim verilmeli.	55	3	√
204	Sonuçlar erken çıksın	64	5	
214	Refakatçi yatağı istiyorum.	70	2	√
215	Refakatçi yatağı istiyorum.	70	3	√
218. 1	Kalite biraz daha artırılabilir.	81	5	
218. 2	Hasta ile ilgili iletişim biraz daha iyi olabilir.	34,35,36,37,38,39	4,4,5,5,5,5	√
219	Personel hasta ilişkisi açısından eğitim alabilir	34,35,36,37,38,39	4,5,5,5,5,5	
220. 2	Refakatçiler için daha uygun bakım olmalı koltuk vs	70	1	√
231.1	Otopark sorunu	21	1	√
235.1	Otopark yeri yeterli değil.	21	1	√
236. 2	Refakatçiler açısından uygun değil.	70	1	√
236. 3	Hemşirelerin azarlaması.	35,37	5,5	
237	Otopark	21	1	√
238	Otopark	21	1	√
248.1	Hemşire sayısı artırılabilir.	43	1	√
248.2	Personeller daha bilinçli seçilebilir.	34,35,36,37,38,39	5,5,5,5,1,5	√
267	Otopark	21	1	√

\*Bu numara anket numarası. madde sayısı (eğer açık uçlu sorunun cevabında birden fazla madde varsa)ni ifade etmektedir.

Karşılaştırmalı analiz sonucunda her iki durumda verilen cevapların tutarlılık durumları incelendiğinde 44 soruya tutarlı sonuçlar verdiği gözlenmiştir. Bu sonuç ölçek cevaplarıyla karşılaştırma yapılabilen 66 maddeye oranlandığında, %67 oranında tutarlılık olduğu görülmektedir.

Tüm maddeler, ölçekte ilgili sorular olmadığı için karşılaştırılmamıştır. Örneğin; 24. hastanın özel odaların çoğaltılmasına ilişkin önerisinin karşılaştırılacağı doğrudan bir soru yoktur. Zira ölçekte 65. Soruda yer alan ifade aynı odada veya değil diğer tüm hastaları kapsamaktadır. Buradan hareketle ankete “Odadaki hasta sayısından memnunum” ifadesinin eklenebileceği düşünülmektedir.

Bazı cevapların da detaylı olarak incelenmesi faydalı bilgiler sağlayacaktır. 55 numaralı hastanın verdiği cevaplar incelendiğinde hastanın sadece yemek dağıtım ve temizlik personeli ile sıkıntı yaşadığı ortaya çıkmaktadır. 203. hasta ise tam tersine temizlik personeli ve yemek dağıtım personelinden memnun iken doktor ve

hemşirelerden şikâyetçidir. 248. hasta ise diğer tüm personele “5” puan verirken sadece temizlik görevlisine “1” puan vermiştir. Bu sonuçlar personelin ayrı ayrı incelenmesinin gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Tokay (2000) personelin yardıma istekli oluşunu laboratuvar personeli, temizlik personeli, teşhis birimleri (EKG, röntgen), yönetim ve destek olarak dört ayrı bölümde incelemiş ve ayrı sorular halinde sormuş

Çıkarılabilecek diğer bir sonuç ise hastaların kötü değerlendirmeleri için kararsızlığı ifade eden “3” değerini kullanmaları olmuştur. Bu sonuç belki de hastaların ankete verdikleri cevaptan ötürü çalışanların işten atılmalarına vesile olma korkularının da olduğu düşünülmektedir. Tablo 72’de görüleceği üzere 9 numaralı hasta şikâyet ettiği bir konuya 4 puan vermiştir. Bu durumun sebebinin de anket yanıtlayıcılarının korkuları olabileceği düşünülmektedir.

204. hastanın “*Sonuçlar erken çıksın*” önerisi, anket sorularının anlaşılabilirliğini sorgulatmaktadır. Ölçekte yer alan “*İşlemler sırasında beklemedim*” ifadesi yerine sorunun hastanın ifade ettiği şekilde sorulması anlaşılabilirliğin artırılması adına faydalı olabilecektir.

Bu analiz neticesinde bazı yan sonuçlara da ulaşılmıştır. Aynı anketör tarafından doldurulan veya aynı odadaki hastalara uygulanan anket sonuçlarında benzer şikâyet/öneriler gözlemlenebilmektedir. Örneğin 21. ve 23. hastaların her ikisi de “*Mescit ve abdest yerleri uygun değil*” ifadesini kullanmışlardır. Bu durum anket yanıtlayıcılarının birbirinden etkilenmelerinin bir göstergesidir. Analiz sonuçları, yeni sorular ekleme fırsatı sunmuştur. “*Odadaki hasta sayısından memnunum*” ve “*Asansörler yeterli*” ifadeleri ölçğe eklenebilecek sorular olarak tespit edilmiştir. Teng (2007: 477) de çalışmasında madde havuzu oluşturma aşamasında yararlandığı dört kaynaktan birinin hastaların şikâyetleri olduğunu ifade etmektedir.

Bazı cevaplar ise yatan hasta hizmet kalitesinin değerlendirilmesi yönünde detaylı bilgiler sağlaması açısından dikkate değerdir. “*Yönlendirme tabelaları hastalar için daha büyük yazılabilir.*”ve “*Erkek odasında bayan refakatçiya izin verilmemesi*” bu duruma örnektir. Ayrıca “*Odada buzdolabı olmalı*” ifadesi ölçekte yer alan 19. Sorunun değiştirilmesi gerekliliğini göstermektedir. Zira ilgili soruda buzdolabının olduğu varsayılmıştır ancak devlet hastanelerinde her odada buzdolabının yer almadığı tespit edilmiştir. Ölçek defalarca uzmanlar tarafından



kontrol edilmesine rağmen bu detayın gözden kaçmış olması da algıda seçiciliğin bir göstergesi şeklinde değerlendirilebilir.

Bunların yanısıra “*Ara öğünde mandalina verilmesin hastanın şekeri çıkıyor.*” ve “*Yemekler biraz daha tuzlu olabilir.*” gibi ifadeler öznel ve teknik bilgiden yoksun ifadeler olduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır.

### 3.7.3.10. Demografik Özelliklere İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları

Bu bölümde anket öncesi ve sonrasında yer alan demografik özelliklere ilişkin betimsel analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Öncelikle Tablo 56’da görüleceği üzere araştırma kapsamındaki anketi yanıtlayanların %49,8’i kadın, %50,2’si erkek hastalardan oluşmaktadır. Bu durum cinsiyet açısından dengeli bir dağılım olduğunu göstermektedir.

**Tablo 56: Cinsiyete İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Cinsiyet	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Kadın	120	49,8	49,8
Erkek	121	50,2	100,0
Toplam	241	100,0	

Tablo 57’de yer alan yaş verileri incelendiğinde öncelikle kayıp verilerin fazlalığı dikkat çekmektedir. 67 hastaya ilişkin yaş verisi tespit edilememiştir. Bu durumun nedeninin anket tasarımında yaş sorusunun, cinsiyet ile aynı satırda sorulması nedeniyle, bazı anketörlerin gözünden kaçması olduğu düşünülmektedir. Yaşları tespit edilebilen hastalar arasında en yüksek oranı %22,53 ile 51-60 ve %22,13 ile 41-50 yaş aralığındaki hastalar oluşturmaktadır. Diğer bir önemli nokta da hastaların %85’inin 50 yaş üzeri hastalardan oluşmasıdır. Yatan hastalar ile çalışıldığı için hastaların yaş ortalamasının yüksek olması normal bir durum olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 57: Yaş Aralığına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Yaş Aralığı	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
18-30	4	1,58	1,58
31-40	12	4,74	6,32
41-50	23	9,09	15,42
51-60	56	22,13	37,55
61-70	57	22,53	60,08
71-80	22	8,70	68,77
81-90	12	4,74	73,52
Kayıp Veri	67	26,48	100,00
<b>Toplam</b>	<b>253</b>	<b>100</b>	

Hastalar medeni halleri açısından incelendiğinde; hastaların büyük çoğunluğunun (%79,4) evli hastalar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 58).

**Tablo 58: Medeni Duruma İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Medeni Hal	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Bekâr	22	9,2	9,2
Evli	189	79,4	88,7
Dul	22	9,2	97,9
Boşanmış	5	2,1	100,0
<b>Toplam</b>	<b>238</b>	<b>100,0</b>	

Hastaların Tablo 59’da yer alan öğrenim durumuna ilişkin değerler incelendiğinde, %56,1 oranı ile en çok ilkokul mezunu hastalar olduğu görülmektedir. Hastalar arasında en az (% 4,5) üniversite mezunu hastalar olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 59: Öğrenim Durumuna İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Öğrenim durumu	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Okula gitmeyen	19	7,8	7,8
İlkokul	137	56,1	63,9
Ortaokul	40	16,4	80,3
Lise	37	15,2	95,5
Üniversite	11	4,5	100,0
<b>Toplam</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	

Tablo 60'da yer alan hastaların sahip oldukları sosyal güvenceye ilişkin bilgiler incelendiğinde, hastaların hemen hemen yarısının (%53,0) SSK aracılığıyla sağlık hizmeti aldıkları tespit edilmiştir. %1,3 oranı ile özel sigorta kuruluşları ile sağlık hizmeti alanların sayısı en azdır.

**Tablo 60: Sosyal Güvenceye İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Güvence	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Yok	28	11,9	11,9
SSK	125	53,0	64,8
Bağ-Kur	30	12,7	77,5
Emekli Sandığı	50	21,2	98,7
Özel	3	1,3	100,0
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>	

Hastalar ikamet bilgileri açısından değerlendirildiğinde (Bkz. Tablo 61), %86'sının Eskişehir'de yaşarken; %14'ünün Eskişehir dışında ikamet ettikleri belirlenmiştir.

**Tablo 61: İkamete İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Şehir	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Eskişehir	208	86,0	86,0
Eskişehir dışı	34	14,0	100,0
<b>Toplam</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>	

Hastalara yöneltilen diğ er bir soru da hastaneyi tercih edip etmemelerine ilişkindir. Bu konuda 197 hasta hastaneye tercih ederek geldiğini, 32 hasta ise tercih etmediğini ifade etmiştir. Söz konusu hastaların ayrıca tercih etme ve etmeme nedenleri de araştırılmıştır. Tablo 62’de tercih nedenine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Birden fazla cevap kabul edildiği için oransal ifadeler yerine sadece artan sırada düzenlenmiş sıklık değerleri kullanılmıştır. Buna göre hastaların en çok doktor nedeniyle hastaneyi tercih ettikleri görülmektedir. Yakınlık, tavsiye ve maddi nedenler ise diğ er en çok tekrar edilen nedenler arasındadır. Hastanede bir yakınının çalıştığı için hastaneyi tercih ettiğini söyleyenler ise azınlıktadır.

**Tablo 62: Tercih Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Tercih nedeni	Sayı
Doktor	94
Yakınlık	70
Tavsiye	57
Maddi	52
Zaman	26
Teknoloji	18
Yakınının Çalışması	10

Hastaneyi tercih etmediklerini belirten hastaların yarısı (%49,3) maddi nedenleri öne sürerken; diğ er yarısının ambulans veya sevk yoluyla geldikleri için hastaneyi tercih etmedikleri görülmektedir (Tablo 63).

**Tablo 63: Tercih Etmeme Nedenine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Tercih etmememe nedeni	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Ambulans	15	22,4	22,4
Sevk	19	28,4	50,7
Maddi	33	49,3	100,0
Toplam	67	100,0	

Tablo 64'te katılımcıların yatmış oldukları servislere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Anket yanıtlayıcıları içerisinde en yüksek oranı % 14,6 (7,9+6,7) ile dâhiliye hastalarının oluşturduğu görülmektedir. Nöroloji ve göğüs hastalıkları bölümleri, dâhiliye bölümünü izlemektedir. Tıbbi onkoloji ve hematoloji hastaları ise en az orana sahip servislerdir. Yatak sayıları da dikkate alındığında anket sayılarının servislere göre dengeli bir dağılım içerisinde olduğu bilinmektedir.

**Tablo 64: Hastaların Yattıkları Servise İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Bölüm	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Radyasyon onkolojisi	16	6,3	6,3
Göğüs hastalıkları	24	9,5	15,8
Dâhiliye-A	20	7,9	23,7
Tıbbi onkoloji	5	2,0	25,7
Hematoloji	5	2,0	27,7
Kardiyoloji	17	6,7	34,4
Dâhiliye-B	17	6,7	41,1
Ortopedi	17	6,7	47,8
KVC	10	4,0	51,8
Nöroloji	25	9,9	61,7
Üroloji	19	7,5	69,2
Beyin cerrahi	22	8,7	77,9
Enfeksiyon	8	3,2	81,0
Genel cerrahi	18	7,1	88,1
Ortopedi-KBB	8	3,2	91,3
KBB	8	3,2	94,5
Tıbbi onkoloji-hematoloji	14	5,5	100,0
<b>TOPLAM</b>	253	100,0	

Hastaların yatış şekilleri incelendiğinde Tablo 65'te yer alan veriler ışığında hastaların büyük çoğunluğunun (%69,6) poliklinikte gerçekleştirilen muayene neticesinde servise yatırıldıkları gözlenmiştir. En az oran ise %3,2 ile sevk edilen hastalardır.

**Tablo 65: Hastaların Yatış Şekline İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Yatış Şekli	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Acil	58	23,5	23,5
Poliklinik	172	69,6	93,1
Özel	9	3,6	96,8
Sevk	8	3,2	100
<b>Toplam</b>	<b>247</b>	<b>100</b>	

Tablo 66 ve 67’de yer alan oda türlerine ilişkin veriler incelendiğinde hastaların büyük oranda (%94,8) normal odada kaldıkları tespit edilmiştir. Odada kalan hasta sayıları incelendiğinde ise %40,3 oranında 6 kişilik odalarda kaldığı tespit edilmiştir.

**Tablo 66: Oda Türüne İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Oda Türü	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Normal	239	94,8	94,8
Özel	13	5,2	100,0
<b>Toplam</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	

**Tablo 67: Odadaki Hasta Sayısına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Odadaki Hasta Sayısı	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
1	11	4,4	4,4
2	64	25,8	30,2
3	65	26,2	56,5
4	5	2,0	58,5
5	3	1,2	59,7
6	100	40,3	100,0
<b>Toplam</b>	<b>248</b>	<b>100,0</b>	

Kalış sürelerine ilişkin veriler (Tablo 68) incelendiğinde anket yanıtlayıcılarının %19,6’sının 2 gündür yatan hastalar olduğu görülmektedir. Hastaların %95,9’unun ise 15 gün veya daha az yattıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 68: Kalış Süresine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

<b>Kalış Süresi (gün)</b>	<b>Sıklık</b>	<b>Oran (%)</b>	<b>Birikimli Oran (%)</b>
1	22	9,0	9,0
2	48	19,6	28,6
3	18	7,3	35,9
4	19	7,8	43,7
5	24	9,8	53,5
6	17	6,9	60,4
7	24	9,8	70,2
8	15	6,1	76,3
9	12	4,9	81,2
10	15	6,1	87,3
11	1	,4	87,8
12	7	2,9	90,6
13	4	1,6	92,2
14	5	2,0	94,3
15	4	1,6	95,9
16	1	,4	96,3
17	1	,4	96,7
20	2	,8	97,6
21	1	,4	98,0
22	2	,8	98,8
25	1	,4	99,2
33	1	,4	99,6
40	1	,4	100,0
<b>Toplam</b>	245	100,0	

Tablo 69'daki veriler incelendiğinde hastaların %55,2'si hastaneye ilk kez yatmadıklarını ifade eden deneyimli hastalardır. Kalan hastalar ise (%44,8) ise hastaneye ilk kez yattıklarını belirten deneyimsiz hastalardır.

**Tablo 69: Yatış Sayısına İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

<b>İlk Yatış</b>	<b>Sıklık</b>	<b>Oran (%)</b>	<b>Birikimli Oran (%)</b>
<b>Evet</b>	112	44,8	44,8
<b>Hayır</b>	138	55,2	100,0
<b>Toplam</b>	250	100,0	

Hastalar yatış sebepleri bağlamında incelendiğinde (Tablo 70) %56,7'sinin tetkik ve tedavi amacıyla yatarken; %43,3'ünün ameliyat sebebiyle yattıkları kaydedilmiştir.

**Tablo 70: Yatış Sebebine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Yatış Sebebi	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Ameliyat	109	43,3	43,3
Tetkik/tedavi	143	56,7	100,0
<b>Toplam</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	

Hastalara sorulan diğer bir soruda anketi yanıtladıkları an ne hissettiklerine ilişkindir. Tablo 71'de yer alan değerler incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun (%57,8) normal duygular içerisinde olduklarını belirtmişlerdir. Bu hastaları %26,2 ile mutlu hastalar izlemektedir. Kızgın ve korkmuş hastalar ise %1,2 oranı ile en düşük orana sahip hastalardır. Ayrıca sadece 3 hastanın birden fazla yanıt verdiği gözlenmiştir.

**Tablo 71: Hastanın Hislerine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

His	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Kızgın	3	1,2	1,2
Mutlu	64	26,2	27,5
Depresif	12	4,9	32,4
Heyecanlı	9	3,7	36,1
Korkmuş	3	1,2	37,3
Üzgün	9	3,7	41,0
Normal	141	57,8	98,8
<b>Toplam</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	

Hastaların büyük çoğunluğunun (%73) refakatçiya ihtiyaç duydukları da tespit edilen diğer bir durumdur (Bkz. Tablo 72).



**Tablo 72: Refakatçiya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Refakatçi	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Evet	178	73,0	73,0
Hayır	66	27,0	100,0
Toplam	244	100,0	

Tablo 73'te görüleceği üzere hastaların büyük çoğunluğu (%65,6) ağrı hissetmediklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 73: Ağrıya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Ağrı	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Evet	84	34,4	34,4
Hayır	160	65,6	100,0
Toplam	244	100,0	

“İnsanlarla ilişki kurmayı sever misiniz?” sorusuna Tablo 74'te görüleceği üzere hastaların %92,2'si “Evet” yanıtını vermiştir.

**Tablo 74: İnsanlarla İlişki Kurmaya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

İlişki	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Evet	224	92,2	92,2
Hayır	19	7,8	100,0
Toplam	243	100,0	

Hastalara sorulan diğer bir soru da hastaneye yatmadan önce hastane hakkında kötü şey duyup duymadığına ilişkindir. Bu soru daha önceden hastaneden sağlık hizmeti alan hastaların şikâyet eğilimlerinin de bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda bu soruya cevap veren hastaların sadece %12'sinin hastane hakkında kötü şeyler duyarak geldikleri tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 75).

**Tablo 75: Kötü Şey Duymaya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

Kötü Şey Duyma	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Evet	29	12,0	12,0
Hayır	213	88,0	100,0
Toplam	242	100,0	

Hastaneye yatmadan önce iyi şeyler duyduklarını ifade eden hastaların oranı ise Tablo 76’da görüleceği üzere %80,7’dir.

**Tablo 76: İyi Şey Duymaya İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları**

İyi Şey Duyma	Sıklık	Oran (%)	Birikimli Oran (%)
Evet	196	80,7	80,7
Hayır	47	19,3	100,0
Toplam	243	100,0	

Hastaların demografik özelliklerinin hizmet kalitesi değerlendirmeleri ile olan ilişkileri yazında daha önce incelenmiştir. Deveci ve Aksaraylı (2003) İzmir’de bir özel hastanede 105 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada yaşlı hastaların gençlere göre, düşük eğitilmiş hastaların yüksek eğitilmiş hastalara göre, yüksek gelirli hastaların düşük gelirli hastalara göre ve sadık hastaların sadık olmayanlara göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri sonucuna ulaşmıştır (Kayral, 2012: 71). Çatı ve Yılmaz (2002)’in araştırmasında ise bayanlar erkeklerden, daha önce farklı hastanelerden hizmet alan hastalar, diğer hastalardan, hastanede daha kısa süreli kalan hastalar, uzun süreli kalan hastalardan daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir (Yağcı, 2006: 222).

Ölçekte yer alan ilk 72 sorunun ortalaması (Hair vd, 2011: 142) ile elde edilen toplam kalite algısı değerinin yukarıda yer verilen özellikler açısından istatistiksel anlamda farklı olup olmadıklarını incelemek adına öncelikle normallik varsayımı denetlenmiştir. Tablo 77’de görüleceği üzere normallik varsayımı sağlanmadığı ( $p=000<0,05$ ) için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis 1-way ANOVA testleri uygulanarak gruplar arasından farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

**Tablo 77. Normallik Sınaması Sonuçları**

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Serbestlik derecesi	Sig	İstatistik	Serbestlik derecesi	Sig
Kalite algısı	.119	253	.00	.930	253	.000

Tablo 78’de ikili karşılaştırmalar için gerçekleştirilen bağımsız örneklem Mann-Whitney U ve çoklu karşılaştırmalara ilişkin gerçekleştirilen bağımsız örneklem Kruskal Wallis testi sonuçları yer almaktadır. Reddedilen hipotezler söz konusu değişken açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ifade etmektedir. %95 güven seviyesinde hastaların yatmış oldukları servis, hastane hakkında iyi şeyler duyma ve hastaneyi tercih etme durumlarına göre hizmet kalite algılamaları açısından anlamlı farklar tespit edilmiştir. Güven seviyesi %90’a çekildiğinde şehir, ağrı, his, hasta sayısı ve hastane hakkında kötü şeyler duyma anlamında da farklar anlamlı hale gelmektedir.

Gruplar arası farklar ortalamaları açısından incelendiğinde sağlık hizmet kalitesini hastane hakkında iyi şeyler duyanların duymayanlardan, hastaneyi tercih ederek gelenlerin tercih ederek gelmeyenlerden, Eskişehir dışından gelenlerin Eskişehir’de yaşayan hastalardan, hastane hakkında kötü şey duymayanların kötü şeyler duyanlardan, ağrısı olmayanların ağrısı olanlardan daha iyi algıladıkları tespit edilmiştir.

Ayrıca hastaneyi tercih ederek gelen hastaların algılarındaki farklılığın teknoloji, doktor ve yakınının çalışması nedeniyle hastaneyi tercih eden hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Servisler açısından incelendiğinde ise en yüksek kalite algısına sahip hasta grubunun genel cerrahi hastaları olduğu, tıbbi-onkoloji ve KBB-ortopedi hastalarının genel cerrahi hastalarını izlediği görülmektedir. En düşük kalite algısına sahip bölümler ise kardiyoloji, radyasyon onkolojisi ve kalp damar cerrahisi (KVC) olarak belirlenmiştir.

Odada kalan kişi sayısının etkisi incelendiğinde 5 ve 6 kişilik odalarda kalanların kalite algılarının en yüksek olarak tespit edilmesi dikkat çekicidir. En düşük kalite algılamalarına sahip hastalar ise 4 kişilik odalarda kalan hastalardır.

Hastalar anketi yanıtladıkları andaki hisleri göz önüne alınarak incelendiğinde ise en yüksek kalite algısına sahip hastalar kendilerini mutlu olarak tarifleyen hastalardır. Bu grubu depresif ve kızgın hastalar izlemektedir. En düşük kalite algısına sahip hastalar ise sırasıyla heyecanlı, korkmuş ve üzgün hastalardır.

**Tablo 78. Hipotez Değerlendirmeleri**

Ho hipotezi	p	Sonuç (%95)	Sonuç (%90)
Kalite algılamalarında cinsiyet açısından fark yoktur.	0,140	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında ilk kez yatış açısından fark yoktur.	0,913	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında yatış sebebi açısından fark yoktur.	0,241	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında şehir açısından fark yoktur.	0,05	Kabul	Red
Kalite algılamalarında tercih etme açısından fark yoktur.	0,013	Red	Red
Kalite algılamalarında maddi nedenlerden dolayı tercih edenler açısından fark yoktur.	0,118	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında yakınlık nedeniyle tercih edenler açısından fark yoktur.	0,660	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında zaman nedeniyle tercih edenler açısından fark yoktur.	0,961	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında teknoloji nedeniyle tercih edenler açısından fark yoktur.	0,003	Red	Red
Kalite algılamalarında doktor nedeniyle tercih edenler açısından fark yoktur.	0,003	Red	Red
Kalite algılamalarında tavsiye nedeniyle tercih edenler açısından fark yoktur.	0,137	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında yakını çalıştığı için tercih edenler açısından fark yoktur.	0,015	Red	Red
Kalite algılamalarında refakatçi bulundurma açısından fark yoktur.	0,749	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında ağrı hissetme açısından fark yoktur.	0,056	Kabul	Red
Kalite algılamalarında ilişki sevme açısından fark yoktur.	0,266	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında kötü şey duyma açısından fark yoktur.	0,056	Kabul	Red
Kalite algılamalarında iyi şey duyma açısından fark yoktur.	0,000	Red	Kabul
Kalite algılamalarında önceliklendirme açısından fark yoktur.	0,260	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında his açısından fark yoktur.	0,076	Kabul	Red
Kalite algılamalarında tercih etmeme nedeni açısından fark yoktur.	0,886	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında sağlık güvenceleri açısından fark yoktur.	0,783	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında öğrenim durumu açısından fark yoktur.	0,674	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında medeni durum açısından fark yoktur.	0,585	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında yatış şekli açısından fark yoktur.	0,183	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında oda türü açısından fark yoktur.	0,692	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında hasta sayısı açısından fark yoktur.	0,053	Kabul	Red
Kalite algılamalarında hastanede yatılan gün sayısı açısından fark yoktur.	0,336	Kabul	Kabul
Kalite algılamalarında servis açısından fark yoktur.	0,001	Red	Red
Kalite algılamalarında yaş açısından fark yoktur.	0,536	Kabul	Kabul

Reddedilen hipotezlere ilişkin detaylı bir analiz daha gerçekleştirilmiştir. Söz konusu analiz kapsamında öncelikle Ek-9'da yer alan ileri düzey DFA'dan elde edilen katsayılar ağırlık kabul edilerek 3 düzeyli toplamlar alınmıştır. Daha sonra bu toplamlar hangi boyutun ve söz konusu boyutun altında yer alan hangi faktörün farklılığına yol açtığını tespit etmek için kullanılmıştır.

Bu analiz neticesinde öncelikle Eskişehir'de yaşayanlar ile şehir dışından gelen hastalar arasındaki kalite algı farkının fiziksel kalite boyutundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu boyut altındaki tüm faktörlerin bu farklılıkta etkili olduğu gözlenmiştir.

Hastaneyi tercih etme durumundan kaynaklanan farklılığın personel ve süreç boyutundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Boyutlar içerisinde farklılığa yol açan faktörler ise p1, p2, s1 ve s3 olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle hastaneyi tercih eden hastaların yatış süreci ve personelin vakit ayırması ile ulaşılabilirlik faktörlerinin etkisiyle kaliteyi daha iyi algıladıkları tespit edilmiştir.

Hastaneyi teknoloji nedeniyle tercih ettiklerini ifade eden hastaların yatış süreci ve ziyaretçi faktörleri aracılığıyla süreç boyutu; bilgi seviyesi ve güvenilirlik aracılığıyla personel boyutu; yemek ve tesis aracılığıyla fiziksel boyut üzerinden kalite algılamalarını şekillendirdiği tespit edilmiştir. Hastaneyi doktor nedeniyle tercih ettiklerini ifade eden hastalarda ise farklılığa neden olan tüm personel ile ilgili faktörler ve yatış süreci faktörü aracılığıyla süreç boyutudur.

Ağrısı olan hastaların kötü hizmet kalitesi algılamalarının kaynağının yatış süreci aracılığıyla süreç boyutundan kaynaklandığı; p1 faktörünün personel boyutunun anlamlı farklılığa neden olacak şekilde etkilememekle birlikte önemli olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla bilgi seviyesi ve ulaşılabilirliğin önem kazandığı görülmektedir.

Hastane hakkında kötü ve iyi şeyler duyan hastaların kalite algılamalarında farklılığa yol açan boyutlar ise değişiktir. Hastane hakkında kötü şeyler duyduklarını ifade eden hastaların kötü kalite algılamasına neden olan tek faktörün fiziksel boyut altında yer alan temizlik faktörü olduğu tespit edilmiştir. İyi şeyler duyduklarını söyleyen hastalarda ise her üç boyutun etkili olduğu belirlenmiştir.

## SONUÇ

Gelişmekte olan ülkelerden biri olan Türkiye’de hizmet sektörünün payı gün geçtikçe artmaktadır. Hizmet sektörü içerisinde önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması gereği de araştırmanın ikinci bölümünde açıklanmıştır. Bu çalışma kapsamında sağlık sektöründe yatan hastaların hizmet kalite algısının değerlendirmeleri için kullanılacak çok boyutlu, hiyerarşik kavramsal bir çerçeve ve algılanan hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik 51 sorudan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilerek ilgili yazına kuramsal katkı sağlanmıştır (Ek-10). Ayrıca ölçeğin uygulanması sonucunda elde edilen bulgular, hastanelerin geliştirilmesi gereken yönlerini tespit ederek hastalara daha kaliteli hizmet sunulması hususunda değerli bilgiler sunmaktadır.

Çalışma sonucunda öncelikli olarak ifade edilmesi gereken konu, sağlık alanında bilimsel çalışmaların gerçekleştirilmesinin önündeki bürokratik zorlukların kaldırılması gereğidir. Bulgular, hastaların hizmet kalitesi algılarının fiziksel, personel ve süreç olmak üzere üç ana boyuta dayandığını göstermiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için süreci de içine alan bütüncül bir bakış açısı geliştirilmesi gereğinden hareketle, bu araştırmada “süreç” ayrı bir boyut olarak ele alınmıştır. Ölçek, hiyerarşik bir yapıya sahip olması yönüyle de diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

Fiziksel kalite boyutu altındaki alt boyutlar; yemek, temizlik, tesis-1, tesis-2 ve ergonomi olarak tespit edilmiştir. Personel kalitesi boyutu altındaki alt boyutlar tam anlamıyla ayrıştırılamamıştır. Süreç kalitesi boyutu altındaki alt boyutlar; yatış öncesi, yatış sırası, yatış sonrası ve refakatçi olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Buradaki tek problemlili alt boyut, yatış sonrasında yer alan bazı maddelerin yatış sürecine ilişkin olmasıdır.

Araştırma kapsamında geliştirilen önceliklendirme modeli sonuçlarına göre hastalar, üç ana boyut arasından personel kalitesi boyutunu en önemli boyut olarak tespit etmiştir. Fiziksel kalite boyutu ikinci derecede önem seviyesine sahipken, süreç kalitesi en düşük önem seviyesine sahip boyut olarak tespit edilmiştir. Bu durumda süreç kalitesi kavramının hastalar tarafından tam olarak anlaşılmasının

etkili olduğu gözlenmiştir. Araştırma sonuçları ayrıca hizmet kalitesinin satın alma sonrası davranışları etkilediğini göstermiştir.

%95 güven seviyesinde “hastaların yatmış oldukları servis, hastane hakkında iyi şeyler duyma ve hastaneyi tercih etme” durumlarında hizmet kalite algılamaları açısından anlamlı farklar tespit edilmiştir. Güven seviyesi %90’a çekildiğinde “şehir, ağrı, his, hasta sayısı ve hastane hakkında kötü şeyler duyma” değişkenleri açısından da farklar anlamlı hale gelmektedir. Bu anlamda araştırma kapsamında ortaya konan farklılığa neden olan faktörler konusunda önlem alınmalıdır. Örneğin, hastane hakkında kötü şeyler duyan hastaların duymayanlardan daha düşük olduğu tespit edilen kalite algılarının artırılması için temelde yatan fiziksel kalite boyutu altındaki temizlik alt boyutu konusunda iyileştirme yapılması gerekmektedir.

Ölçekte yer alan “hastanın anketi yanıtlarken sahip olduğu his durumu”, sağlık hizmet kalitesi ölçeklerinde kullanılabilecek yeni bir maddedir. Zira %90 güven seviyesinde his durumunun algılanan kalite üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. His durumuna ilişkin 7 farklı durum, geliştirmeye açık durumdadır.

Anket sonuçlarına göre fiziksel kalitenin geliştirilmesi için öncelikli alanlar otopark ve kafeteryadır. Süreç kalitesinin geliştirilmesi için bir hastanın hastaneye girişinden çıkışına kadar geçirdiği süreç adım adım izlenerek gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Bu anlamda personelin süreç içerisindeki rolleri ve farklı birimlerin uyum içerisinde çalışma koşulları iyi bir şekilde tanımlanmalıdır. Hasta ilişkileri birimlerinin sürece dâhil edilmesinin de yararlı olacağı düşünülmektedir. Personel kalitesinin geliştirilmesi için ise öncelikle eğitim çalışmaları gerçekleştirilmelidir.

Bu çalışmada önerilen ölçeğin hâlihazırda sağlık sektöründe hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan SERVQUAL ve HKS anketinden üstün yönleri bulunmaktadır. Öncelikle, bu araştırma sonucunda ortaya konulan ölçek, sağlık sektörüne özgü bir ölçektir. Bu anlamda, jenerik bir ölçek olan SERVQUAL’de yer almayan fiziksel boyuta detaylı bir şekilde yer verilmiştir. Araştırma bulguları, Türkiye özelinde bu boyuta ilişkin sorular sorulmasının gereğini ortaya çıkarmıştır. SERVQUAL’de dolaylı olarak ve az sayıda soru ile yer alan süreç ile ilgili maddeler, bu çalışmada önerilen ölçekte önemine binaen ayrı bir boyut altında yer almaktadır. Bu durum soru sayısının artmasına neden olsa bile SERVQUAL’de aynı soruların beklenen ve

algılanan şekilde iki kez sorulması yerine sadece algılanan durumun sorulması anket uzunluklarını birbirine yakın hale getirmektedir. Ayrıca SERVQUAL’de tek tip personel öngörölmüşken, geliştirilen ölçekte özellikle doktor ve hemşire olmak üzere personel ayrı ayrı ele alındığı için de soru sayısında artış meydana gelmiştir. Önerilen ölçeğin SERVQUAL’e diğer bir üstünlüğü de önerilen ölçeklendirme modelidir. Görsel desteği ve ikili karşılaştırma özelliği ile özellikle yaşlı hastalarda kolay bir şekilde uygulanabilen önceliklendirme modeli, SERVQUAL’de uygulanan 100 puanın dağıtılmasından daha hassas ve güvenilir sonuçlar elde edilmesine olanak sağlamıştır. HKS anketi ise oldukça yüzeyseldir ve önceliklendirmeye ilişkin bir analiz gerçekleştirilmesine izin vermemektedir. 3’lü Likert şeklinde yanıtlanıyor olması da ileri istatistiksel analiz yapılmasına izin vermemektedir. Sağlık Bakanlığı da hastaneleri anketin geliştirilmesi noktasında teşvik etmektedir. Bu anlamda sağlık sektöründe hastaların hizmet kalite algısının ölçümünde kullanılması için önerilen detaylı ölçek bu ihtiyaca cevap verir niteliktedir. Bu çalışmanın diğer çalışmalardan diğer bir farkı da, ölçeğin hastanelerin uygulanabilir tüm bölümlerinde uygulanmış olmasıdır. Söz konusu ölçeğin gelecek çalışmalarda poliklinik ve acil servis sağlık hizmetlerine de uyarlanabilmesi de mümkündür. Ölçeğin uygulanması ile elde edilecek sonuçların şehir hastanelerinin kurulması sürecine katkı sağlayacağı da açıktır.

Bu çalışma kapsamında sadece hastaların algıları değerlendirmeye alınmıştır. Gelecek çalışmalarda diğer paydaşları da içeren daha kapsamlı anketler tasarlanabilir. Böyle bir çalışmada anket tasarımının yine hasta temelli olması, verilerin aynı hastanın refakatçisi, hizmet veren doktoru ve hemşiresi ile eş zamanlı değerlendirilmesi aynı hizmete farklı paydaşların bakış açısını ortaya koyması açısından faydalı olabilecektir. Bu noktada yaşanması muhtemel sıkıntının, uygulama zorluğu olacağı düşünülmektedir. Açık uçlu soruya verilen cevapların analizi sonucunda elde edilen faydalı bilgiler dikkate alındığında, gelecek çalışmalarda hastalarla mülakatlar yapılmasının ve kritik olaylar tekniğinin kullanılmasının da faydalı olacağı düşünülmektedir.

Açık uçlu sorudan elde edilen bulgular çerçevesinde “telefon” ve “asansör” konularındaki ifadelerin de ölçeğin fiziksel boyutu altında yer alan tesis alt boyutuna eklenmesi önerilebilir. Ayrıca gelecek çalışmalarda kullanılacak ölçekte hastanede yatış sebebinde yer alan ameliyat seçeneği “ameliyat öncesi” ve “ameliyat sonrası”



şeklinde detaylandırılabilir. “Yaşadığınız şehir” sorusunda hastane ile aynı şehirde yaşayanlar kalite algılamalarındaki farklılıkların tespit edilebilmesi için “merkez” veya “ilçe” şeklinde detaylandırılabilir. Ölçeğin uygulanması düşünülen yere göre de bazı ilave sorular eklenebilir. Örneğin, ölçeğin ilk halinde yer alan 6. soru (Tedavi ücretleri ve ödemesi konusunda bilgilendirildim) ve 7. Soru (Fiyatlar uygun) uygulama yeri olarak devlet hastanesi seçildiği için çıkarılmışken; ölçeğin özel hastanelere uygulanması durumunda bu soruların eklenmesi gerekmektedir. Açık uçlu sorulardan elde edilen bulgulara göre hastalardan bazılarının odadaki hasta sayısından şikâyetçi oldukları gözlenmiştir. Buradan hareketle ölçeğe “*Odadaki hasta sayısından memnunum*” ifadesi eklenebilir. Hastaların şikâyet sürecine ilişkin sorulara yanıt verme konusundaki çekingenlikleri ve hizmet kalitesi algılamalarında sıkıntı olan sorulara 4 puan gibi yüksek puan verme eğilimlerinin pilot anket uygulaması sonucunda “*Hastaneyi şikâyet edersem, birilerinin benim yüzümden işten çıkarılacağını düşünüyorum.*” düşüncesinden kaynaklandığı görülmüştür. Şikâyet değerlendirme süreci ile ilgili sorulara bu sorunun da ilave edilmesinin analiz açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Uzun anket formlarında katılımcıların, formun son kısmındaki soruları sağlıklı bir şekilde cevaplandıramama ihtimali bulunmaktadır. Soruların yerleşimlerinin etkisini sınamak adına üç boyuta ait soruların diziliş alternatifleri göz önünde bulundurularak her birinin birinci, ikinci ve üçüncü sırada sorulmalarına dair 6 farklı anket formu doldurulabilir. Bu araştırma kapsamında anket tüketim esnasında uygulanmıştır. Gelecek çalışmalarda taburcu işlemlerine ilişkin sorular eklenerek hastaneden daha önce hizmet almış olan hastalara telefon veya e-mail yoluyla tüketim sonrası bir anket uygulaması gerçekleştirilebilir.

Çalışmanın sonuçları, ölçeğin uygulandığı hastanenin yanı sıra Türkiye’de yer alan devlet ve özel hastanelerin hizmet kalitelerini değerlendirme açısından değerli sonuçlar sunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın politikalarına yön vermeye ve hastaneler için sunulan HKS anketlerini detaylandırmaya da katkı sağlayacaktır. Hastane yöneticileri, hastanelerde kalite alanında çalışan personel ve sağlıkta kalite alanında çalışan akademisyenler için de sonuçların yararlı olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak bu çalışmada ulaşılan bulguların hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti almaları ve yaşam kalitelerinin artmasına hizmet ettiği görülmektedir.

## KAYNAKÇA

Aagja, J. P. ve Garg, R. (2010). “Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context”, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, C. 4 No: 1, ss. 60-83.

Akhade G.N. Jaju, S.B. ve Lakhe R.R. (2013). “A review on healthcare service quality dimensions”, *Sixth International Conference on Emerging Trends in Engineering and Technology*.

Akıncı, P. (2011). “The Relationship between TQM and Service Quality: An Application in Health Care Industry / Toplam Kalite Yönetimi ve Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki: Sağlık sektöründe bir uygulama”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Akter, S., D’Ambra, J. ve Ray, P. (2013). “Development and Validation of an Instrument to Measure User Perceived Service Quality of Health”, *Information&Management: C.50*, ss.181-195.

Alpar, R. (2011). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*, Detay Yayıncılık, Ankara.

Awasthi A., Chauhan S. S., Omrani H. ve Panahi A. (2011). “A Hybrid Approach Based on Servqual and Fuzzy TOPSIS for Evaluating Transportation Service Quality”, *Computers & Industrial Engineering*, C.61, ss. 637–646.

Aydın, B. (2010). “Motivasyonu Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli İle Belirlenmesi: Bir Tekstil İşletmesi Örneği”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Ayhan, E. (2009). “Sağlık İşletmelerinde Uygulanmak Üzere İç Aralık Analizi Modeli Oluşturulması”, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Baş, T. (2006). *Anket- Anket Nasıl Hazırlanır? Anket Nasıl Uygulanır? Anket Nasıl Değerlendirilir?*, Seçkin Yayınları, Ankara.

Bayram, N. (2010). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş AMOS Uygulamaları*, Ezgi Kitabevi, Bursa.

Barzi, A. (2009). “Quality in Healthcare Organizations: Its Meaning and Measurement, University of Texas”, Texas School of Public Health, Unpublished Doctor of Philosophy Thesis.

Berry, L.L., Parasuraman, A. ve Zeithaml, V.A. (1994). “Improving Service Quality in America: Lessons Learned, Executive Commentary”, *The Academy of Management Executive*, C. 8, No: 2, ss. 32.

Brady, M. K. ve Cronin, J. J. (2001). “Customer Orientation: Effects on Customer Service Perceptions and Outcome Behaviors”, *Journal of Service Research*, C. 3, ss. 241.

Brown, J. D. (2009). “Choosing the Right Type of Rotation in PCA and EFA”, *Testing & Evaluation SIG Newsletter*, C.13, No: 3, ss. 20-25.

Büyüközkan G., Çifçi G. ve Güteryüz S. (2011). “Strategic Analysis of Healthcare Service Quality Using Fuzzy AHP Methodology”, *Expert Systems with Applications*, C. 38, ss. 9407–9424.

Büyüköztürk, Ş. (2002). “Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı”, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, C. 32, ss. 470-483.

Byrne, B. (2001). *Structural Equation Modelling with AMOS-Basic Concepts, Applications and Programming*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, New Jersey.

Chahal H. ve Kumari N. (2010). “Development of Multidimensional Scale for Healthcare Service Quality (HCSQ) in Indian context”, *Journal of Indian Business Research*, C. 2 No: 4, ss. 230-255.

Chakravarty C.A. (2011). “Evaluation of service quality of hospital outpatient department services, *MJAFI*, C. 67, No 3.

Cronin, J. J. ve Taylor, S.A., (1992). “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension”, *Journal of Marketing*, 56, 3; ss. 55.

Carrillat, F.A., Jaramillo, F. ve Mulki, J. P. (2007). “The Validity of the SERVQUAL and SERVPERF Scales- A Meta-Analytic View of 17 Years of Research Across Five Continents”, *Service Industry Management*, C. 18 No: 5, ss. 472-490.

Çokluk, Ö. Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*, Pegem Akademi, Ankara.

Dagger, T. S., Sweeney, J. C. ve Johnson L.W. (2007). “A Hierarchical Model of Health Service Quality Scale Development and Investigation of an Integrated Model”, *Journal of Service Research*, C. 10, No: 2, ss. 123-142.

Dagger, T.S. ve Sweeney J. C. (2007). Service Quality Attribute Weights How Do Novice and Longer-Term Customers Construct Service Quality Perceptions?, *Journal of Service Research*, Cume 10, No: 1, ss. 22-42.

Değer, Ç. (2012). “Kano Modeli İle Bütünleştirilmiş SERVQUAL Analizinin Kalite Fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması”, Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Demirer, Ö. ve Bülbül, H. (2014). “Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercihleri Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, *Amme İdaresi Dergisi*, C. 47, No: 2, ss. 95-119.

Devebakan N. ve Aksaraylı M. (2003). “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulanması”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 5, No:1.

DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development Theory and Applications*, Second Edition, Applied Social Research Methods Series, Cume 26.

Ding, X. (2007). “Three Studies of Service Operations and Customer Experience Design in Online Services”, *ProQuest Dissertations and Theses*.

Doğan, N. Ö., (2011). “Sağlık Sektöründe Etkinliğin İyileştirilmesi: Bir Yalın Üretim Uygulaması”, Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Duggirala M., Rajendran, C. ve Anantharaman R.N. (2008). “Patient-perceived Dimensions of Total Quality Service in Healthcare”, *India Benchmarking: An International Journal*, C. 15 No: 5, ss. 560-583.

Durukan B. ve Kapucuoğlu İkiz A. (2007). “Denetim Kalitesi, Kalite ve Hizmet Kalitesine İlişkin Modeller”, *Mali Çözüm Dergisi*, No: 82.

Eldem, E. (2009). “Hizmet Sektöründe SERVQUAL Analizini Kullanarak Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulama Denemesi”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Erdemir, E. (2007). “İşe Almada Aday Odaklılık: Kavramsal Çerçeve ve Ölçek Geliştirme”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Ergin, B. M. (2010). “Üniversite Spor Merkezlerindeki Algılanan Hizmet Kalitesinin Yapısal Eşitlik Modelli (YEM) ile İncelenmesi”, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeği, 2015, (Çevrimiçi) [www.ogu.edu.tr](http://www.ogu.edu.tr), 27 Mart 2015.

Frost, F. A. ve Kumar, M. (2001). “Service Quality Between Internal Customers and Internal Suppliers in an International Airline”, *The International Journal of Quality & Reliability Management*, C. 18, No: 4/5, ss. 371.

Frost, F. A. ve Kumar, M. (2000). “INTSERVQUAL -An Internal Adaptation of the GAP model in a Large Service Organisation”, *The Journal of Services Marketing*, C. 14, No: 5, ss. 358-377.

- Garson, D. (2015). "Missing Values Analysis & Data Inputation", (Çevrimiçi) [www.statisticalassociates.com](http://www.statisticalassociates.com), 27.06.2016.
- Gaskin, J. (2016). "Youtube SEM Series, Gaskination's StatWiki", (Çevrimiçi) <http://statwiki.kolobkreations.com>, 27.06.2016.
- Grönroos C. ve Gummer J. (2014). "The Service Recreation and its Marketing Implications: Service Logic vs Service-Dominant Logic", *Managing Service Quality*, C. 24 No: 3, ss. 206-229.
- Grönroos C. ve Gummesson E. (2012) "The Emergence of the New Service Marketing: Nordic School Perspectives", *Journal of Service Management*, C. 23, No: 4, , ss. 479-497.
- Grönroos C. (2011). "Value Co-creation in Service Logic. A Critical Analysis", *Marketing Theory*, C. 11, No: 3, ss. 279-301.
- Grönroos C. (2011). "A Service Perspective in Business Relationships: The Value Creation and Marketing Interface", *Industrial Marketing Management*, C. 40, No: 1, ss. 240-247.
- Grönroos C. (2007). *Service Management and Marketing*, Third Edition, John Wiley&Sons, England.
- Grönroos C. ve Ojasalo K. (2004). "Service Productivity: Toward a Conceptualization of the Transformation of Inputs into Economic Results in Services", *Journal of Business Research*, C. 57, No: 4, ss. 414-423.
- Grönroos C. (2001). "The Perceived Service Quality Concept – A Mistake", *Managing Service Quality*, C. 11, No: 3, ss. 150-152.
- Grönroos, C. (1994). "From Scientific Management to Service Management", *International Journal of Service Industry Management*, C. 5, No: 1.
- Grönroos, C. (1988). "Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Service", *Review of Business*, C. 9, No: 3.

Grönroos, C. (1984). “A Service Quality Model and its Marketing Implications”, *European Journal of Marketing*, C. 18, No:4.

Gülmez, M. (2005). “Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü Ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama,” *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, C. 6, No: 2.

Gürbüz E. ve Ergülen A. (2006). “Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Grönroos Modeli Üzerine Bir Araştırma”, *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, No:35.

Haberal, E. B. (2012). “Hasta ve Refakatçi Tatmini: Bir eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Uygulama”, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Hair, J. F., Wolfinbarger, M., Ortinau, D. J. ve Bush, R. P. (2008). *Essentials of Marketing Research*, Mc Graw Hill.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. ve Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data analysis- A Global Perspective*, Pearson, New Jersey.

Hadwich K., Georgi D., Tuzovic S., Buttner J. ve Bruhn M. (2010). “Perceived Quality of e-health Services: A Conceptual Scale Development of e-health Service Quality Based on the COARSE approach”, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* C. 4 No: 2, ss. 112-136.

İkiz, H.E. (2010). “Hizmet Kalitesi Modellerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Araştırma”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

İlgar S. C. ve İlgar Z. (2016). Nitel Veri Analizinde Bilgisayar Programları Kullanılması, (Çevrimiçi) <http://docplayer.biz.tr>, 27.06.2016.

Kalof, L., Dan, A. ve Dietz, T. (2008). *Essentials of Social Search*, Berkshire:Open University Press.

Kanunname-i İhtisab-ı Bursa (1502). (Çevrimiçi), [www.tse.org.tr](http://www.tse.org.tr), 17.11.2016.

Kayral İ. H. (2012). “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara’da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Kennedy, D. M., Caselli, R.J. ve Berry L.L. (2011). “A Roadmap for Improving Healthcare Service Quality/Practitioner Application”, *Journal of Healthcare Management*, C. 56, No: 6, ss. 385.

Koç, U. (2008). “Örgütsel Öğrenme, Sonuçları ve İMKB’de Bir Araştırma”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Krol M.W., de Boer D., Delnoij D. M., Jany J. D. ve Rademakers J. M. (2014). “The Net Promoter Score – an asset to patient experience surveys?”, *Health Expectations*, C. 18, ss. 3099–3109.

Kumaraswamy S. (2012). “Service Quality in Health Care Centres: An Empirical Study”, *International Journal of Business and Social Science*, C. 3, No: 16.

Ladhari R. (2008). “Alternative Measures of Service Quality: A review”, *Managing Service Quality*, C. 18 No: 1, ss. 65-86.

Lee, H. Delene, L.M. Bunda, M. A. ve Kim, C. (2000). “Methods of Measuring Health-Care Service”, *Quality Journal of Business Research*, C. 48, ss. 233–246.

Lee H. ve Chulhyun K. (2012). “A DEA-SERVQUAL Approach to Measurement and Benchmarking of Service Quality”, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, C: 40, ss. 756-762.

Lee H., Vlaev I., King D., Mayer E., Darzi A. ve Dolan P. (2013). “Subjective Well-being and the Measurement of Quality in Healthcare”, *Social Science & Medicine*, C. 99, ss. 27-34.

Leebov, W. ve Scott, G. (1994). *Service Quality Improvement- The Customer Satisfaction Strategy for Healthcare*, AHA Books, USA.

Lin H. (2010). “Fuzzy Application in Service Quality Analysis: An Empirical Study”, *Expert Systems with Applications*, C. 37, ss. 517–526.



Lupo T. (2013). “A Fuzzy SERVQUAL Based Method for Reliable Measurements of Education Quality in Italian Higher Education Area”, *Expert Systems with Applications*, C. 40, ss. 7096–7110.

McColl-Kennedy, J. R., Vargo S.L., Dagger T. S., Sweeney J. C. ve van Kasteren Y. (2012). “Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles”, *Journal of Service Research*, C. 15, No: 4, ss. 370-389.

Meydan C. H., Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*, Detay Yayıncılık, Ankara.

Miranda F. J., Chamorro A., Murillo L. R. ve Vega J (2012) “Primary Health Care Services Quality in Spain-A Formative Measurement Approach Using PLS Path Modeling”, *International Journal of Quality and Service Sciences*, C. 4 No: 4, ss. 387-398.

Miranda F. J., Chamorro A., Murillo L. R. ve Vega J. (2010). “Assessing Primary Healthcare Services Quality in Spain: Managers vs. Patients’ Perceptions”, *The Service Industries Journal*, C. 30, No: 13, ss. 2137–2149.

Mirza, M. (2010). “Hastanelerde Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Analizi İle Ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Alan Araştırması”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi (2015). Sağlık Bakanlığı, (Çevrimiçi) <http://kalite.saglik.gov.tr>, 27.06.2016.

Mosadeghrad A. M. (2013). “Healthcare Service Quality: Towards a Broad Definition”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, C. 26 No: 3, ss. 203-219.

Murti, A. Deshpande, A. ve Srivastava, N. (2013). “Patient Satisfaction and Consumer Behavioural Intentions: An Outcome of Service Quality in Health Care Services”, *Journal of Health Management*, C. 15, No: 4, ss. 549–577.

Önder, Ç. (2012). *İşletme Araştırmaları Tasarımı*, Ders Notları.

Önder, Ç. ve Basım, N. (2008). “Examination of Developmental Models of Occupational Burnout Using Burnout Profiles of Nurses”, *Journal of Advanced Nursing*, C. 64, No: 5, ss. 514-523.

Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-Çok Değişkenli İstatistiksel Analizler*, 5. Basım, Kaan Kitabevi, Eskişehir.

Öziç, S. (2007). “Measurement of Quality in Health-Care Sector: Application of Servqual Method In Celal Bayar University Hospital”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Özkara, B. Y. (2015). “Tüketicilerin Çevrimiçi Bilgi Aramaları Bağlamında Akış Deneyiminin Bilgiden Tatmin Üzerindeki Etkisinin Araştırılması”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Özalbant, Z. (2010). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama*, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını No:77.

Pai Y.P. ve Chary S.T (2013). “Dimensions of Hospital Service Quality: A Critical Review Perspective of Patients from Global Studies”, *Abstract International Journal of Health Care Quality Assurance*, C. 26, No: 4, ss. 308-340.

Pantouvakis, A. ve Mpogiatzidis, P. (2013). “The Impact of Internal Service Quality and Learning Organization on Clinical Leaders’ Job Satisfaction in Hospital Care Services”, *Leadership in Health Services*, C. 26, No: 1, ss. 34-49.

Parasuraman, A., Berry, L. L. ve Zeithaml, V.A. (1991). “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”, *Journal of Retailing*, C. 67, No: 4; ss. 420.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. ve Berry, L. L. (1994). “Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring”, *Journal of Marketing*, C. 58, No: 1; ss 111.

Parasuraman, A., Berry, L. L. ve Zeithaml, V.A. (1991). “Understanding Customer Expectations of Service”, *Sloan Management Review*, C. 32, No: 3, ss. 39.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. ve Berry, L. L. (1988). "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions", *Journal of Retailing*, C. 64, No: 1; ss 12.

Parasuraman, A., Berry, L. L. ve Zeithaml, V.A. (1991). "Perceived Service Quality as a Customer-Based Performance Measure", *Human Resource Management*, C. 30, No: 3, ss. 335.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. ve Berry, L. L. (1994). "Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria", *Journal of Retailing*, C. 70, N: 3, ss. 201-230.

Parasuraman, A. (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, C. 49, ss 41.

Pollack B. L. ve Alexandrov A. (2013). "Nomological Validity of the Net Promoter Index Question", *Journal of Services Marketing*, C. 27, No: 2, ss 118–129.

Polsa P., Fuxiang W., Saaksjarvi M. ve Shuyuan P. (2013). "Cultural Values and Health Service Quality in China", *Abstract International Journal of Health Care Quality Assurance*, C. 26 No: 1, ss. 55-73.

Prachinkumar, G. (2013). "Locating 'Quality' in Health Care and Universal Health Care Mosaic", *Social Change*, C. 43, No: 2, ss. 191–212.

Ramsaran-Fowdar, R.R. (2004). "Identifying Health Care Quality Attributes", *Journal of Health and Human Services Administration*, C. 27, No: 3/4, ss. 428.

Ramsaran-Fowdar, R. R. (2008). "The Relative Importance of Service Dimensions in a Healthcare Setting", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, C. 21 No: 1, ss. 104-124.

Ramaswamy, R. (1996). *Design and Management of Service Processes*, Addison-Wesley Publishing, USA.

Raposo, M., Lino, E. H. Maria, A. E. ve Duarte P. A. (2009). "Dimensions of Service Quality and Satisfaction in Healthcare: a Patient's Satisfaction Index", *Serv Bus, C.* 3, ss. 85–100.

Rashid W. E. W. ve Jusoff H. K. (2009). "Service Quality in Health Care Setting", *International Journal of Health Care Quality Assurance, C.* 22 No: 5, ss. 471-482.

Richardson C. T. (2012). "A Study of Generation X's and Y's Perception of the Customer Experience When Purchasing Airline Travel", Capella University, Doctor of Philosophy Thesis.

Rocha L. R. M., Veiga D. F., Oliveira, P.R., Song, E. ve H Ferreira L. M. (2013). "Health Service Quality Scale: Brazilian Portuguese Translation, Reliability and Validity", *BMC Health Services Research, C.*13, No: 24.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, *Hastane Hizmet Kalite Standartları* (2011). Pozitif Matbaa, Ankara.

Sağlık Bakanlığı İstatistikleri (2015). (Çevrimiçi) <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>. 27.06.2016.

Senic V. ve Marinkovic´ V. (2013). "Patient Care, Satisfaction and Service Quality in Health Care", *International Journal of Consumer Studies, C.* 37, ss. 312–319.

Serbest, N. (2006). "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması", Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Seth N., Deshmukh, S. G. ve Vrat, P. (2005). "Service Quality Models: A Review", *The International Journal of Quality & Reliability Management, C.* 22, No: 8/9, ss. 913-949.

Seyran, D. (2004). *Hizmet Kalitesi- Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı*, Kalder Yayınları No: 34, İstanbul.

Sony, A. (2016). [www.pietutors.com](http://www.pietutors.com), 21.10.2016.

Tabachnick B. G. ve Fidell, L. S. (2011). *Using Multivariate Statistics*, 6<sup>th</sup> edition, Pearson, U.S.A.

Taş, D. (2009). “Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Taş, D. (2012). Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, C.1 No: 4.

Taşkıran Mohammad, G. (2007). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Taylor, S.A. ve Cronin, J. J. (1994). “Modeling Patient Satisfaction and Service Quality”, *Journal of Health Care Marketing*, C. 14, No: 1; ss. 34.

Teng C., Ing C., Chang H. ve Chung K. (2007). “Development of Service Quality Scale for Surgical Hospitalization”, *J Formos Med Assoc*, C. 106 , No 6.

Thomas, J.W. (2015). “The Ultimate Question and The Net Promoter Score”, *Customer*; C. 33, No: 5; ss. 32-33.

Tırpancı, M. (2008). “Service Quality Measurement and Improvement: A Comparative Approach”, Marmara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Tokay, M. (2000). “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Kalite ve Hasta Tatmini-Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Uygulama”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Türk Dil Kurumu (2016). Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü, [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr), 26.09.2016.

UNDP, Human Development Indeks (2014). (Çevrimiçi) <http://report.hdr.undp.org..>, 27.06.2016

Urban W. (2013). "Perceived Quality Versus Quality of Processes: A Meta Concept of Service Quality Measurement", *The Service Industries Journal*, C. 33, No: 2, ss. 200-217.

Vavra, T.G. (1999). *Müşteri Tatmini Ölçümlerini Geliştirmenizin Yolları*, Kalder Yayınları No:28 .

Voon, B.H., Abdullah, F., Lee, N. ve Kueh, K. (2014). "Developing a HospiSE Scale for Hospital Service Excellence", *International Journal of Quality & Reliability Management*, C. 31 No: 3, ss. 261-280.

Yağcı M. İ. ve Duman, T. (2006). "Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, C. 7, No: 2, ss. 218-238.

Yalçın İncik, E., Çakır, Ö. ve Özdemir Alıcı, D. (2015). "A Study of Scale Development on Primary School Students' Attitudes towards Project Based Learning", *Elementary Education Online*, C.14, No:3, ss. 1096-1105.

Yanık A. (2000). "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi.

Yaşa, E. (2012). "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması", Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

Yılmaz, C. (2012). *Pazarlamada Nicel Yöntemler*, Ders Notları.

Yildiz Ö. ve Demirors O., (2014). "Healthcare Quality Indicators- A Systematic Review", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, C. 27 No: 3, ss. 209-222.

York A.S. ve McCarthy K. A. (2011). "Patient, Staff and Physician Satisfaction: A New Model, Instrument and Their Implications", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, C. 24 No: 2, ss. 178-191.

Yüce Ş. A. (2011). “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti-Tokat Devlet Hastanesinde Bir Araştırma”, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Zeithaml, V. A., Berry, L.L. ve Parasuraman, A. (1996). “The Behavioral Consequences of Service Quality”, *Journal of Marketing*, C. 60, No: 2; ss. 31.

Zeithaml, V. A., Berry, L.L. ve Parasuraman, A. (1988). “Communication and Control Processes in The Delivery of Service”, *Journal of Marketing*, C. 52, No: 2, ss 35.

Zengin E. ve Erdal A. (2000). “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi”, *Journal of Qafqaz University*, C. 3, No:1.

## EK 1: HKS Yatan Hasta Anketi

- Yattığım oda temizdi.
- Oda sıcaklığı uygundu.
- Yattığım oda ve çevresi gürültülü değildi.
- Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.).
- Yemekler geldiğinde sıcaktı.
- Yemekler lezzetliydi.
- Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.
- Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı.
- Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı.
- Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler.
- Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.
- Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.
- Bu hastane güvenlidir.
- Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.
- Hastane genel olarak temizdi.
- Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.
- Hastanemize ilk başvurunuz mu?
- Öğrenim Durumunuz
- Cinsiyetiniz?
- Sosyal güvenceniz?
- Doğum yılınız?
- Mesleğiniz
- Medeni Durumunuz
- **Varsa görüş, önerileriniz.**

Not: Anket soruları 3'lü Likert ölçeğinde yanıtlanmaktadır.



## **EK 2: Pilot Anket Soruları**

**Değerli Katılımcı,**

**Bu anket Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü'nde Doktora öğrenimi gören Nurcan Deniz tarafından hazırlanan tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Sağlıkta hizmet kalitesinin artmasına katkıda bulunmayı amaçlayan bu çalışmaya yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.**

**Nurcan DENİZ**

**ESOGÜ İşletme Doktora Öğrencisi**

### **YATAN HASTA HİZMET KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

Yattığınız Servis: .....

Yatış Şekliniz:

- Acil
- Poliklinik muayene
- Özel muayene
- Sevk

Odanızın Türü: Normal /Özel

Odanızda Kalan Hasta Sayısı: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / .....

Planlanan Yatış Süresiniz: .... gün

Hastanede kaç gündür kalıyorsunuz? .... gün

Cinsiyetiniz: Kadın /Erkek

Doğum Tarihiniz: ...../...../.....

Medeni Durumunuz: Bekâr /Evli / Boşanmış

Okuma/Yazma biliyor musunuz? Evet/Hayır

### Öğrenim Durumunuz

- Okula gitmedim.
- İlkokul mezunuyum
- Ortaokul mezunuyum
- Lise mezunuyum
- Üniversite mezunuyum
- Yüksek lisans ve daha üzeri

### Sosyal güvenceniz;

- Yok
- SSK
- Bağ kur
- Emekli Sandığı
- Özel Sağlık Sigortası

Yaşadığınız şehir: *Eskişehir / Eskişehir dışı*

Bu hastaneyi *tercih etmedim/ tercih ettim.*

### Tercih etmedi iseniz nedeni;

- Ambulans
- Sevk
- Maddi

### Tercih etti iseniz nedeni; (birden çok cevap olabilir)

- Maddi uygunluk
- Evime yakınlık
- Zaman açısından uygunluk
- Teknoloji
- Doktor
- Tavsiye
- Yakınının Çalışması

Bu hastanede *ilk kez yatıyorum / daha önce de yatmıştım.*

Şu an kendimi

- Kızgın
- Mutlu
- Depresif
- Heyecanlı
- Korkmuş
- Üzgün
- Normal

hissediyorum.

Hastanede *ameliyat olduğum için / tetkik / tedavi amacıyla yatıyorum.*

Şu anda *ağrım var/ağrım yok.*

Ben insanlarla ilişki kurmayı *severim / sevmem.*

Bu hastane hakkında kötü şeyler *duydum / duymadım.*

Aşağıdaki ifadelere katılma dereceniz.

- 1: Kesinlikle katılmıyorum
- 2: Katılmıyorum
- 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum
- 4: Katılıyorum
- 5: Kesinlikle katılıyorum

1. Randevu alırken sıkıntı yaşamadım.
2. Hastaneye ulaşım konusunda sıkıntı yaşamadım.
3. Doktorumu kendim seçtim.
4. Hastane içerisinde yönlendirme tabelaları yeterli.
5. Aradığım yeri rahatlıkla buldum.
6. Muayene işlemlerinde sıkıntı yaşamadım.
7. Tedavi ücretleri ve ödenmesi konusunda bilgilendirildim. (Özel Hastane)
8. Fiyatlar uygun.(Özel Hastane)
9. Doğru teşhis aldığımı düşünüyorum.
10. Yatış işlemlerinde sıkıntı yaşamadım.

11. Hasta hakları konusunda bilgilendirildim.
12. Yatış süresince gerçekleştirilecek işlemler ile ilgili olarak bilgilendirildim.
13. Hastaneyi genel olarak temiz buldum.
14. Odamı genel olarak temiz buldum.
15. Yatak çarşaf larımı temiz buldum.
16. Odamın sıcaklığını uygun buldum.
17. Rahatsız edici bir gürültü yok.
18. Havalandırma yeterli.
19. Aydınlatma yeterli.
20. Yatağım rahat.
21. Odadaki buzdolabı, televizyon gibi eşyalar çalışıyor.
22. Odadaki eşyalar yeni.
23. Otopark yeterli.
24. Genel olarak yemekler iyi.
25. Yemekler sıcak.
26. Yemekler lezzetli.
27. Yemek çeşitleri iyi.
28. Yemekler doyurucu.
29. Yemekler dağıtım zamanlarına uygun şekilde dağıtılıyor.
30. Yemekler hijyenik (temizlik) şartlara uygun.
31. Doktorlar hastalığım ve tedavisi konusunda yeterli bilgi verdi.
32. Doktorlar soru sormama izin verdi.
33. Doktorlar sorularıma cevap verdi.
34. Doktorlar bana yeterli zaman ayırdı.
35. Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdi.
36. Doktorumun benimle olan ilişkisi iyiydi.
37. Hemşirelerin benimle olan ilişkisi iyiydi.
38. Doktorum bana kibar ve saygılı davrandı.
39. Hemşireler bana kibar ve saygılı davrandı.
40. Temizlik personeli bana kibar ve saygılı davrandı.
41. Yemek dağıtım personeli bana kibar ve saygılı davrandı.
42. Kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterildi.

43. Doktorum beni yeterli derecede ziyaret ediyor.
44. Hemşireler beni yeterli derecede ziyaret ediyor.
45. Hemşire sayısı yeterli.
46. Hemşirelerin değişmesi aldığım sağlık hizmetini değiştirmiyor.
47. Doktoruma güveniyorum.
48. Hastaneye güveniyorum.
49. Doktorun bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.
50. Hemşirelerin bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.
51. Doktor ve hemşireler uyumlu çalışıyor.
52. Doktorum isteklerimi hızlı bir şekilde anlıyor.
53. Hemşireler isteklerimi hızlı bir şekilde anlıyor.
54. Acil durumlarda doktoruma kolayca ulaşabildim.
55. Acil durumlarda hemşirelere kolayca ulaşabildim.
56. Hastanenin birimleri arasında yeterli işbirliği var.
57. Hastane içerisinde taşınma esnasında (MR, ameliyat, röntgen) sıkıntı yaşamadım.
58. Personelin giyimi temiz ve şıktı.
59. Hastane personeli yardımseverdi.
60. Hizmetler ilk seferinde doğru verildi. (Kan almada damar patlatma vb.)
61. Hizmetlerin ne zaman verileceği önceden bildirildi. (Doktorun ve hemşirelerin geliş sıklığı, MR çekimi vb.)
62. Hizmetler bildirilen zamanda verildi.
63. Tüm hastalara eşit muamele yapılıyor.
64. Gece vakti kendimi güvende hissediyorum.
65. Kafeterya hizmetlerinden memnunum.
66. İşlemler sırasında gereğinden fazla beklemedim.
67. Diğer hastalarla ilgili sıkıntı yaşamadım.
68. Dini vecibelerimi yerine getirmek konusunda sıkıntı yaşamadım.
69. Sağlığımın her şeyden önemli görüldüğünü düşünüyorum.
70. Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.
71. Hastaneye yattığım günden bu güne kendimi daha iyi hissediyorum.
72. Refakatçim *var /yok*.
  - Oda refakatçiler açısından uygun.
73. Ziyaret saatleri uygun.

74. Ziyaretçilerden rahatsız değilim.
75. Oda telefonu ile görüşmelerde sıkıntı yaşamadım.
76. Hastane içi asansör kullanımında sıkıntı yaşamadım.
77. Genel olarak verilen sağlık hizmet kalitesini yeterli buluyorum.
78. Hastaneyi başka hastalara tavsiye ederim.
79. Hastaneyi başka hastalara şikâyet ederim.
80. Hastaneyi hastane yetkililerine *şikâyet ettim /etmedim*.
- Şikâyet edilecek yetkiliye kolaylıkla ulaştım.
  - Yetkili benimle ilgilendi.
  - Problemim çözüldü.
81. Hastaneyi tekrar *tercih ederim/etmem*.
- Mecbur olduğum için tercih ederim.
  - Kaliteli hizmet aldığım için tercih ederim.
82. Hastanede verilen hizmetin kalitesini arttırdığını düşündüğünüz eklemek istediğiniz başka bir konu var mı?
83. Hastanede verilen hizmetin kalitesini düşürdüğünü düşündüğünüz eklemek istediğiniz başka bir konu var mı?

### **Önceliklendirme:**

**Soru 1:** Fiziksel özellikler mi daha önemli, personel ile ilgili özellikler mi?.....

**Soru 2:** Sürece ilişkin özellikler mi daha önemli, ..... özellikler mi?.....

**Soru 3:** ..... özellikler mi daha önemli, ..... özellikler mi?

### **Detay**

Fiziksel (Temizlik, Ergonomi, Malzeme, Tesis, Yemek)

Personel (Bilgi Verme, İlişki, Tutum, Görüntü, Bilgi Seviyesi, Ulaşılabilirlik, Sayı Olarak Yeterlilik)

Süreç (Yatış öncesi işlemler, yatış süresince işlemler, şikâyet değerlendirme, genel yatış süresi)

### **EK 3: Pilot Anketin İngilizce Hali**

#### **INPATIENT SERVICE QUALITY ASSESSMENT SCALE**

Hospital Type: *Public/Private/University*

Service: .....

Hospital entering way:

- Emergency
- Clinic for outpatient
- Private outpatient consultation
- From other hospital

Type of room: *Normal /Special*

Number of patients in your room: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / .....

Planned accommodation time: .... day

Today is ..... day.

Sex: *Woman /Man*

Birthday: ...../...../.....

Marital Status: *Single /Married/ Divorced*

Do you know literacy? *Yes/No*

Educational Background

- I didn't go to school.
- I am graduated from elementary school.
- I am graduated from secondary school.
- I am graduated from high school.
- I am graduated from university.
- I am graduated from high school.
- I am post graduated.

Social security type;

- None
- SSK (Social Security Institution of Turkey for workers)
- Bag-Kur(Social Security Institution of Turkey for job providers)
- Emekli Sandigi(Social Security Institution of Turkey for public servant)
- Private Health Insurance

Where do you live? : *Eskisehir / Other city in Turkey*

*I preferred / didn't prefer this hospital.*

If you didn't prefer, the reason is

- Ambulance brought me.
- Another hospital sent me.
- I can't afford another hospital.

If you prefer, the reason is; (multiple choice is possible)

- Affordability
- Proximity to my house
- Time suitability
- Technology
- Physician
- Advice
- Working relatives

*It is my first time in this hospital / I stayed in this hospital before.*

I feel myself

- Angry
- Happy
- Depressive
- Excited
- Afraid
- Sad



- Normal

now.

I am staying at hospital because of *being operation / investigation*.

I *have/haven't* pain now.

I *like/don't like* establishing relation.

I *heart/didn't heard* bad things about this hospital.

Please answer questions with degree of agreement.

1: Strongly disagree

2: Disagree

3: Undecided

4: Agree

5: Strongly agree

1. I didn't experience any problems about making appointment.
2. I didn't experience any problems about transportation.
3. I preferred my physician.
4. I could find anywhere using signs.
5. I didn't experience any problems during examination.
6. I was informed about treatment costs and payment.
7. Cost is affordable.
8. I think, I got the right diagnosis.
9. I didn't experience any problems in entering hospital room.
10. I was informed about patient rights.
11. I was informed about operations during time in hospital.
12. Generally, I found hospital clean.
13. Generally, I found my room clean.
14. I found bed sheet clean.
15. I found my room temperature appropriate.
16. There isn't any noise pollution.
17. Air condition is sufficient.

18. Lightening is sufficient.
19. My bed is comfortable.
20. Room facilities (refrigerator, television etc.) are working.
21. Room facilities are new.
22. Parking garage is sufficient.
23. Generally meals are good.
24. Meals are warm.
25. Meals are delicious.
26. Meal variety is sufficient.
27. Meals are satisfactory.
28. Meals are distributed timely.
29. Meals are hygienic.
30. Physicians gave me satisfactory information about my illness and treatment.
31. Physicians gave me opportunity to ask question.
32. Physicians answered my questions.
33. Physicians spared enough time for me.
34. Nurses gave me information about operations (temperature/tension monitoring, bloodletting, administering drugs)
35. My relation with doctors was close.
36. My relation with nurses was close.
37. Physicians behaved polite and respectful for me.
38. Nurses behaved polite and respectful for me.
39. Clean-up employee behaved polite and respectful for me.
40. Meal distribution employee behaved polite and respectful for me.
41. Personal privacy measures (closing door during examination, folding screens) was sufficient.
42. Physician visits are sufficient.
43. Nurse visits are sufficient.
44. Nurse quantity is sufficient.
45. I got the same service in different nurse's post.
46. I trust my doctor.
47. I trust this hospital.
48. I think that physician's knowledge is satisfactory.
49. I think that nurse's knowledge is satisfactory.

50. There is a harmony between physician and nurses.
51. Physicians understand my requests quickly.
52. Nurses understand my requests quickly.
53. I can access my doctor easily in urgent cases.
54. I can access nurses easily in urgent cases.
55. There is sufficient cooperation between hospital units.
56. I didn't experience any problems during transportation in hospital ( MR, surgery, X-ray)
57. Hospital staff's clothes were clean and smart.
58. Hospital staffs were helpful.
59. I got the service best at the first time (blood vessel bursting etc.)
60. I was informed about service receiving time before (physician and nurse visiting period, MR taking hour etc.)
61. I got the services at the determined moment.
62. They give equal quality services for all patients.
63. I feel safe myself at night.
64. I am satisfied about cafeteria services.
65. I didn't wait during operations.
66. I didn't experience any problems about the other patients.
67. I didn't experience any problems about religious worship.
68. I feel that my health is seen above all.
69. I think I got the right treatment.
70. I feel myself better since my first day in the hospital.
71. I *don't have/have* companion near me.
72. The room is suitable for companions.
73. Visiting hours *is /isn't* suitable.
74. I don't have any complaint about visitors.
75. Generally, I found service quality sufficient.
76. I will advise this hospital for other people.
77. I will make complain about this hospital for other people.
78. I *didn't make /made* complain about hospital for hospital staff. I you made;
  - a. I accessed to relevant hospital staff easily.
  - b. Staff showed concerned for me.
  - c. My problem was solved.

79. I *will prefer /won't prefer* this hospital again. Because;

- a. I don't have any other choice.
- b. I got high quality service.

80. Do you want to add another item that you think that increase hospital service quality?

81. Do you want to add another item that you think that decrease hospital service quality?



## EK 4: Anket Yanıtlama Ölçeği



: Hiç katılmıyorum



2: Katılmıyorum



3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum (kararsızım)



4: Katılıyorum



5: Tamamen katılıyorum

## **EK 5. Anketör Eğitimi**

### İlk Aşama: Ön Bilgi Verilmesi

- Uygulanacak anket çalışması bir doktora tezi kapsamında hazırlanmıştır.
- Anket yatan hastaların aldıkları sağlık hizmeti kalitesi algılamalarını ölçmeyi amaçlamaktadır.
- Hedef Kitle: YEDH’de 18 yaş ve üzeri, sağlık durumları anket yanıtlamaya uygun yatan hastalar

### İkinci Aşama: Anket Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar

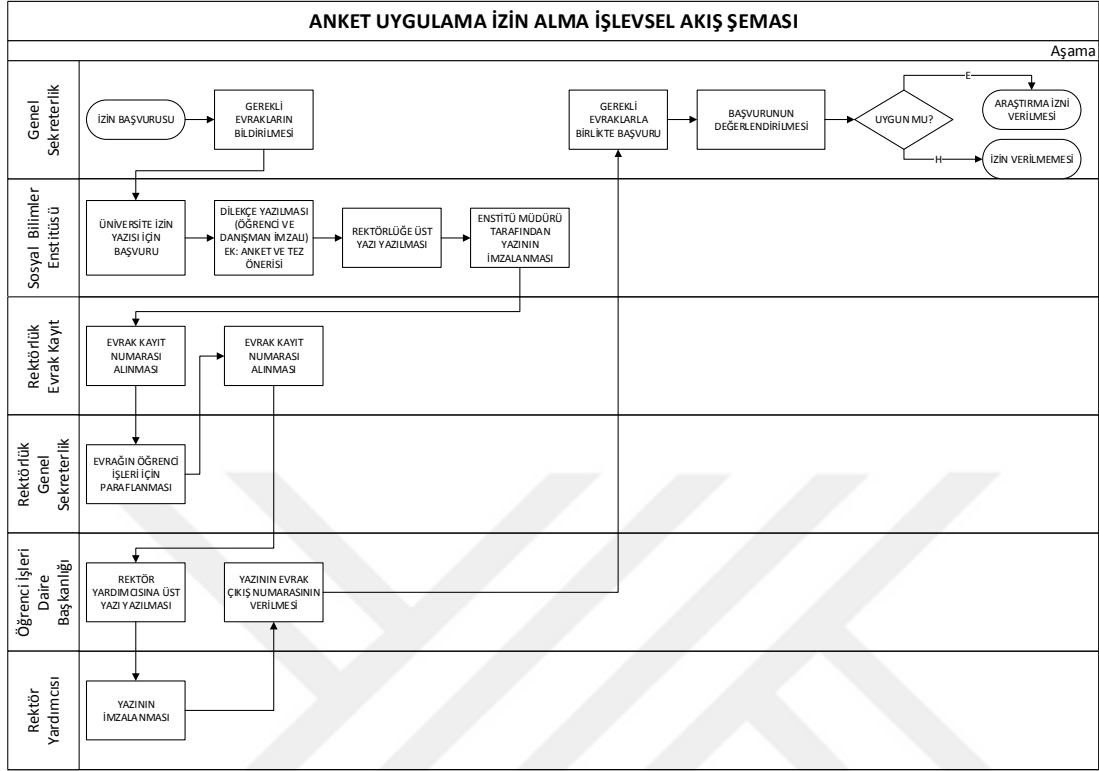
- Günlük, sade kıyafetler giyin.
- Anket uygulanacak servise gidildiğinde mevcut yatan hasta listesini alın.
- Listede yer alan hastalardan anket yapımına uygun olanları belirleyin.
- Hastaların odasına kapılarını çalarak ve izin isteyerek girin.
- “Merhaba, Geçmiş olsun. Nasılsınız?” diyerek söze başlayın.
- Hastanın cinsiyeti, yattığı servis bilgileri gibi soruları hastaya sormadan cevaplandırın.
- Anketin giriş paragrafını okuyun ve anketin seri cevaplanması durumunda yaklaşık 10 dakika süreceğini bildirin.
- Hastanın eline görsel yanıtlama ölçeğini verin.
- Soruları uygun bir ses tonu ile anlaşılır bir şekilde okuyun.
- Soruların anlaşılmadığını hissettiğinizde açıklama yapın.
- Hastaların cevaplarını yönlendirmeyin.
- Tüm soruların cevaplandırılmasına dikkat edin.
- Hastanın sağlık durumunda bir sıkıntı olduğunda anketi sonlandırın ve not alın.
- Anket sonrasında hastaya teşekkür edin ve tekrar “Geçmiş Olsun” deyin.

### Üçüncü Aşama: Anketörlerin Sorularının Cevaplanması

- Anket sorularının tek tek okunması
- Sorularda anlaşılmayan bir nokta olduğu takdirde açıklama yapılması

### Son Aşama: Uygulamalı Eğitim

## Ek 6: Anket Uygulama İzin Alma Akış Şeması



## EK 7: Uygulanan Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Bu anket Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü'nde Doktora öğrenimi gören Nurcan Deniz tarafından hazırlanan "Yatan Hasta Hizmet Kalitesi Algısının Belirlenmesine Yönelik Ölçek Geliştirilmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Hastanede yatan hastalar, yatış süresince bazı sorunlar yaşayabilmektedir. Hizmet kalitesi ile ilgili bilgi veren bu sorunların giderilmesi için öncelikle tespit edilmesi gerekmektedir. Bu anlamda yaşadıklarınız ve düşünceleriniz çalışmanın başarısı için çok önemlidir. Bu ankete vereceğiniz cevaplar sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümü ve geliştirilmesi amacıyla kullanılacaktır. Bu çalışmanın bir parçası olduğunuz için teşekkür ederiz.

Nurcan Deniz

Doç. Dr. Köksal BÜYÜK

ESOGÜ İşletme Doktora Öğrencisi

Anadolu Üniversitesi AÖF  
Koordinatörü

### YATAN HASTA HİZMET KALİTESİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Yattığınız Servis: .....

Yatış Şekliniz:

Acil

Poliklinik muayene

Özel muayene

Sevk

Odanızın Türü: Normal

Özel

Odanızda Kalan Hasta Sayısı: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / ....

Hastanede kaç gündür kalıyorsunuz? ..... gün

Bu hastanede ilk kez mi yatıyorsunuz?

Evet

Hayır

Hastanede yatış sebebiniz

Ameliyat

Tetkik/Tedavi



Aşağıdaki ifadelere katılma dereceniz. (1: Kesinlikle Katılmıyorum-5: Kesinlikle Katılıyorum)

No	Soru İfadesi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Randevu alırken sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
2	Hastaneye ulaşım konusunda sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
3	Doktorumu kendim seçtim.	1	2	3	4	5
4	Hastane içerisinde yönlendirme tabelaları yeterli.	1	2	3	4	5
5	Aradığım yeri rahatlıkla buldum.	1	2	3	4	5
6	Muayene işlemlerinde sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
7	Doğru teşhis aldığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8	Yatış işlemlerinde sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
9	Hasta hakları konusunda bilgilendirildim.	1	2	3	4	5
10	Yatış süresince gerçekleştirilecek işlemler ile ilgili olarak bilgilendirildim.	1	2	3	4	5
11	Hastaneyi genel olarak temiz buldum.	1	2	3	4	5
12	Odamı genel olarak temiz buldum.	1	2	3	4	5
13	Yatak çarşaf larımı temiz buldum.	1	2	3	4	5
14	Odamın sıcaklığını uygun buldum.	1	2	3	4	5
15	Rahatsız edici bir gürültü yok.	1	2	3	4	5
16	Havalandırma yeterli.	1	2	3	4	5
17	Aydınlatma yeterli.	1	2	3	4	5
18	Yatağım rahat.	1	2	3	4	5
19	Odadaki buzdolabı, televizyon gibi eşyalar çalışıyor.	1	2	3	4	5
20	Odadaki eşyalar yeni.	1	2	3	4	5
21	Otopark yeterli.	1	2	3	4	5
22	Genel olarak yemekler iyi.	1	2	3	4	5
23	Yemekler sıcak.	1	2	3	4	5
24	Yemekler lezzetli.	1	2	3	4	5
25	Yemek çeşitleri iyi.	1	2	3	4	5
26	Yemekler doyurucu.	1	2	3	4	5

No	Soru İfadesi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
27	Yemekler dağıtım zamanlarına uygun şekilde dağıtılıyor.	1	2	3	4	5
28	Yemekler temizlik şartlarına uygun.	1	2	3	4	5
29	Doktorlar hastalığım ve tedavisi konusunda yeterli bilgi verdi.	1	2	3	4	5
30	Doktorlar soru sormama izin verdi.	1	2	3	4	5
31	Doktorlar sorularıma cevap verdi.	1	2	3	4	5
32	Doktorlar bana yeterli zaman ayırdı.	1	2	3	4	5
33	Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdi.	1	2	3	4	5
34	Doktorumun benimle olan ilişkisi iyiydi.	1	2	3	4	5
35	Hemşirelerin benimle olan ilişkisi iyiydi.	1	2	3	4	5
36	Doktor bana kibar ve saygılı davrandı.	1	2	3	4	5
37	Hemşireler bana kibar ve saygılı davrandı.	1	2	3	4	5
38	Temizlik personeli bana kibar ve saygılı davrandı.	1	2	3	4	5
39	Yemek dağıtım personeli bana kibar ve saygılı davrandı.	1	2	3	4	5
40	Kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterildi.	1	2	3	4	5
41	Doktorum beni yeterli derecede ziyaret ediyor.	1	2	3	4	5
42	Hemşireler beni yeterli derecede ziyaret ediyor.	1	2	3	4	5
43	Hemşire sayısı yeterli.	1	2	3	4	5
44	Hemşirelerin değişmesi aldığım sağlık hizmetini değiştirmiyor.	1	2	3	4	5
45	Doktoruma güveniyorum.	1	2	3	4	5
46	Hastaneye güveniyorum.	1	2	3	4	5
47	Doktorun bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
48	Hemşirelerin bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
49	Doktor ve hemşireler uyumlu çalışıyor.	1	2	3	4	5
50	Doktorum isteklerimi hızlı bir şekilde anlıyor.	1	2	3	4	5
51	Hemşireler isteklerimi hızlı bir şekilde anlıyor.	1	2	3	4	5

No	Soru İfadesi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
52	Acil durumlarda doktoruma kolayca ulaşabildim.	1	2	3	4	5
53	Acil durumlarda hemşirelere kolayca ulaşabildim.	1	2	3	4	5
54	Hastanenin birimleri arasında yeterli işbirliği var.	1	2	3	4	5
55	Hastane içerisinde taşınma esnasında (MR, ameliyat, röntgen) sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
56	Personelin giyimi temiz ve şıktı.	1	2	3	4	5
57	Hastane personeli yardımseverdi.	1	2	3	4	5
58	Hizmetler ilk seferinde doğru verildi. (Kan almada damar patlatma vb.)	1	2	3	4	5
59	Hizmetlerin ne zaman verileceği önceden bildirildi. (Doktorun ve hemşirelerin geliş sıklığı, MR çekimi vb.)	1	2	3	4	5
60	Hizmetler bildirilen zamanda verildi.	1	2	3	4	5
61	Tüm hastalara eşit muamele yapılıyor.	1	2	3	4	5
62	Gece vakti kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
63	Kafeterya hizmetlerinden memnunum.	1	2	3	4	5
64	İşlemler sırasında beklemedim.	1	2	3	4	5
65	Diğer hastalarla ilgili sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
66	Dini vecibelerimi yerine getirmek konusunda sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
67	Sağlığımın her şeyden önemli görüldüğünü düşünüyorum.	1	2	3	4	5
68	Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
69	Hastaneye yattığım günden bu güne kendimi daha iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
70	Oda refakatçiler açısından uygun.	1	2	3	4	5
71	Ziyaret saatleri uygun.	1	2	3	4	5
72	Ziyaretçilerden rahatsız değilim.	1	2	3	4	5
73	Hastaneyi başka insanlara tavsiye ederim.	1	2	3	4	5
74	Hastaneyi başka insanlara şikâyet ederim.	1	2	3	4	5
75	Hastanede yattığınız süre içerisinde herhangi bir konuda hastane yetkililerine şikâyetle bulundunuz mu? Evet <input type="checkbox"/> (76. Soruya geçiniz) Hayır <input type="checkbox"/> (82. Soruya geçiniz)					
76	Kime şikâyet ettiniz?					
77	Şikâyet konusu:					

No	Soru İfadesi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
78	Şikâyet edilecek yetkiliye kolaylıkla ulaştım.	1	2	3	4	5
79	Yetkili benimle ilgilendi.	1	2	3	4	5
80	Problemim çözüldü.	1	2	3	4	5
81	Genel olarak verilen sağlık hizmet kalitesini yeterli buluyorum.	1	2	3	4	5
82	Hastaneyi tekrar tercih ederim.	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>				
a	Mecbur olduğum için tercih ederim.	1	2	3	4	5
b	Kaliteli hizmet aldığım için tercih ederim.	1	2	3	4	5
83	Hastanede verilen hizmetin kalitesini iyileştirmek için eklemek istediğiniz başka bir konu var mı?					

Cinsiyetiniz: *Kadın*  *Erkek*  Yaşınız: .....

Medeni Durumunuz: *Bekâr*  *Evlî*  *Dul*  *Boşanmış*

Öğrenim Durumunuz: *Okula gitmedim.*  *İlkokul*  *Ortaokul*   
*Lise*  *Üniversite*

Sosyal güvenceniz; *Yok*  *SSK*  *Bağ -kur*   
*Emekli Sandığı*  *Özel Sağlık Sigortası*

Yaşadığınız şehir: *Eskişehir*  *Eskişehir dışı*

Bu hastaneyi tercih ederek mi geldiniz? *Evet*  *Hayır*

Tercih etmedi iseniz nedeni; *Ambulans*  *Sevk*  *Maddi*

Tercih etti iseniz nedeni; (birden çok cevap olabilir): *Maddi uygunluk*   
*Evinize yakınlık*  *Zaman açısından uygunluk*  *Teknoloji*   
*Doktor*  *Tavsiye*  *Yakınınızın Çalışması*

Şu an kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

*Kızgın*  *Mutlu*  *Depresif*  *Heyecanlı*

*Korkmuş*  *Üzgün*  *Normal*

Refakatçiniz var mı? *Evet*  *Hayır*

Şu anda ağrınız var mı? *Evet*  *Hayır*

İnsanlarla ilişki kurmayı sever misiniz? *Evet*  *Hayır*

Bu hastane hakkında kötü şeyler duydunuz mu? *Evet*  *Hayır*

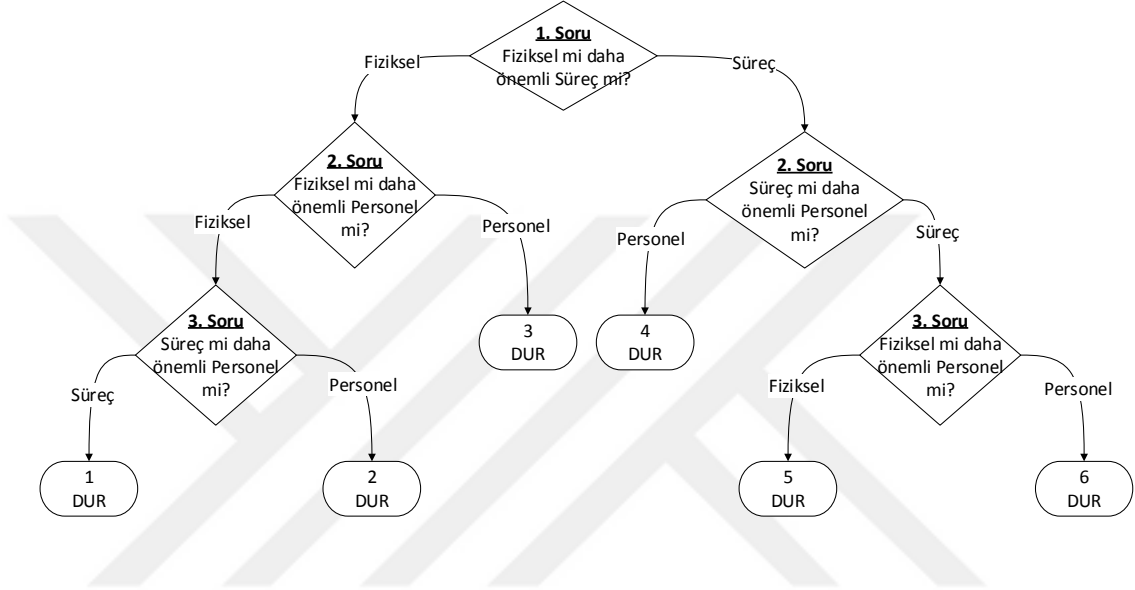
Bu hastane hakkında iyi şeyler duydunuz mu? *Evet*  *Hayır*

## ÖNCELİKLENDİRME SORULARI

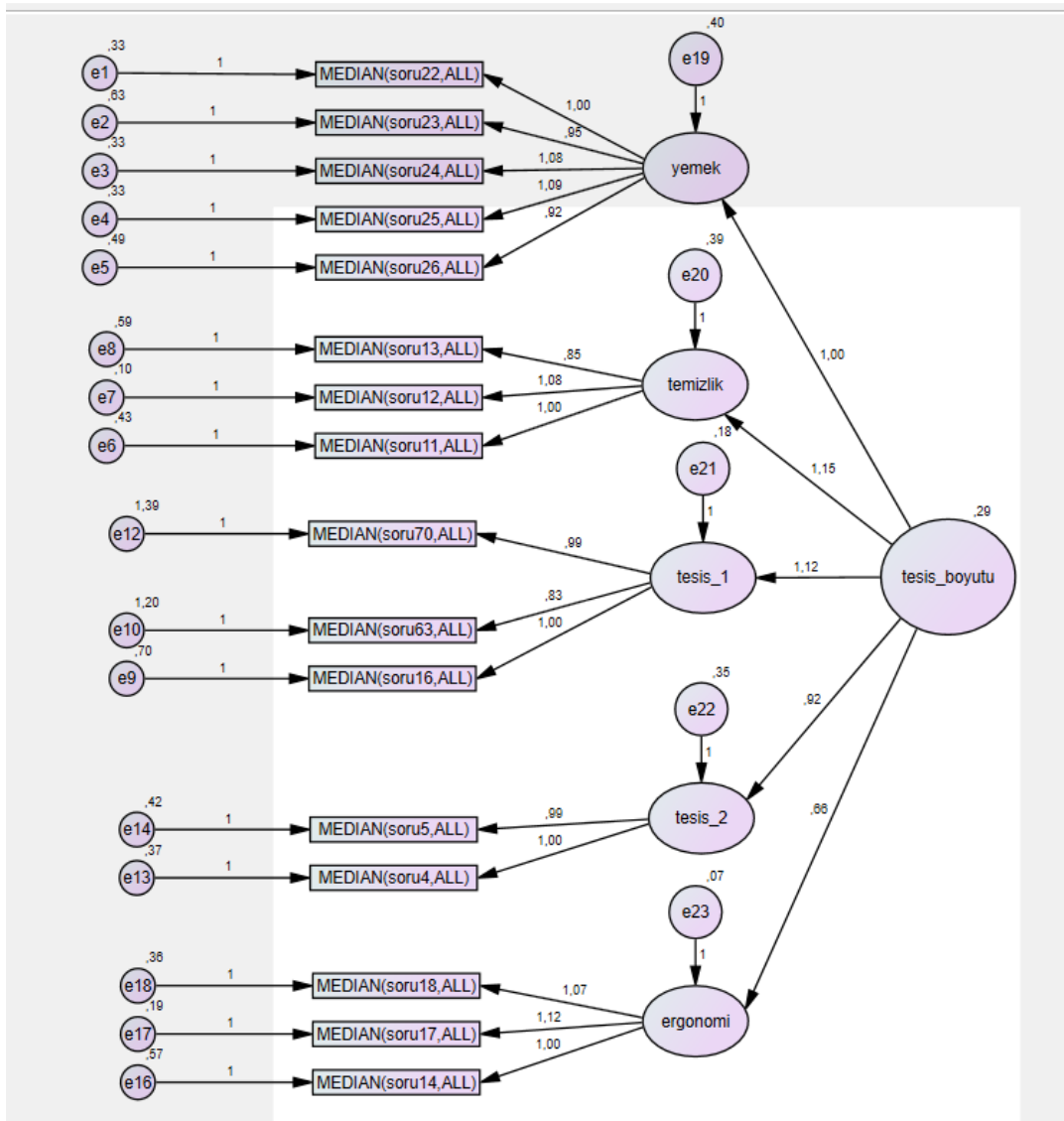
**Fiziksel Özellikler** (Tesis, Yemek, Eşyalar vb.)

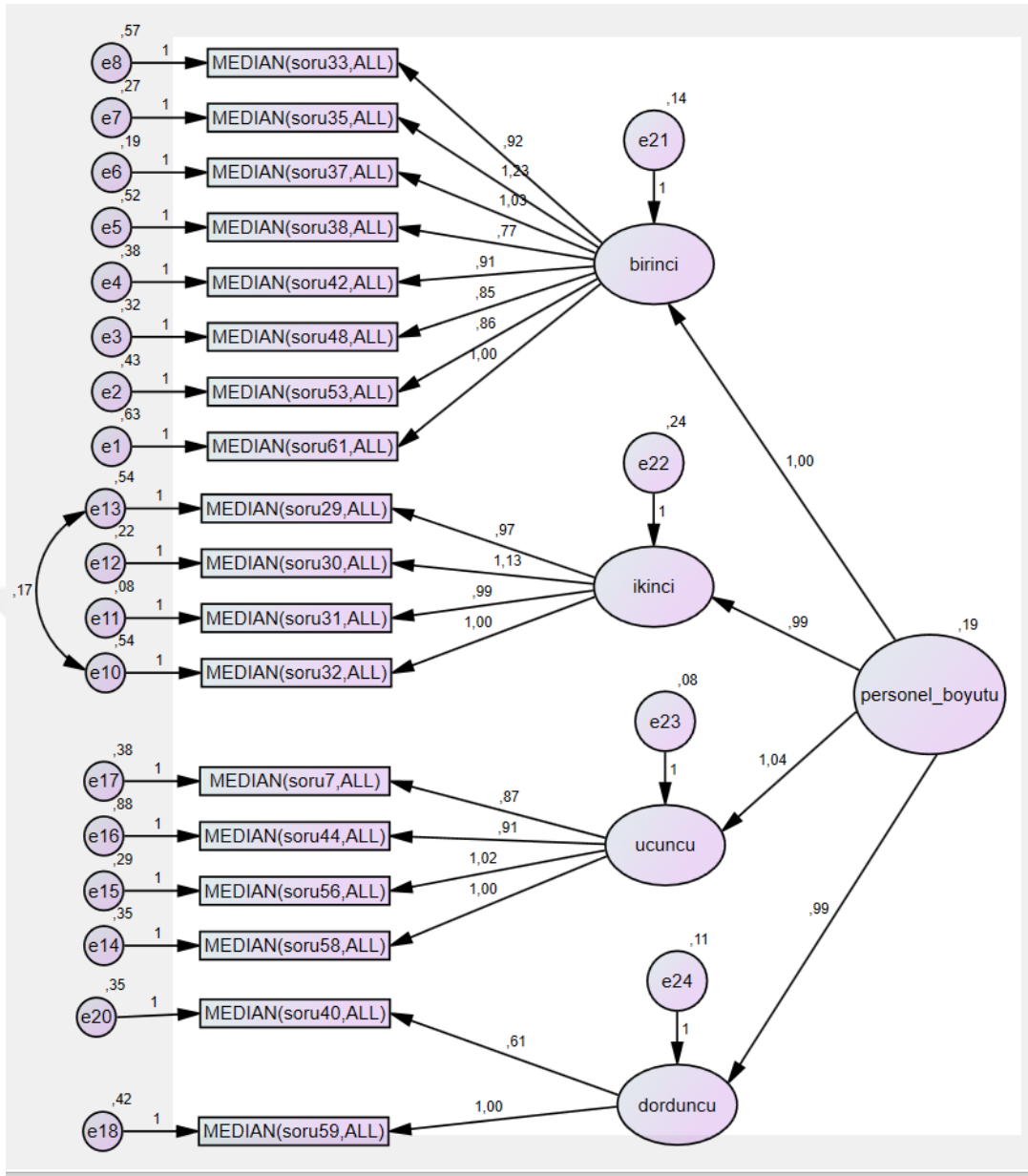
**Süreç ile İlgili Özellikler** (Yatış Öncesi İşlemler, Yatış Süresince İşlemler, Şikâyet Değerlendirme vb.)

**Personel İle İlgili Özellikler** (Doktor, Hemşirenin İlgisi, Bilgi Seviyesi vb.)

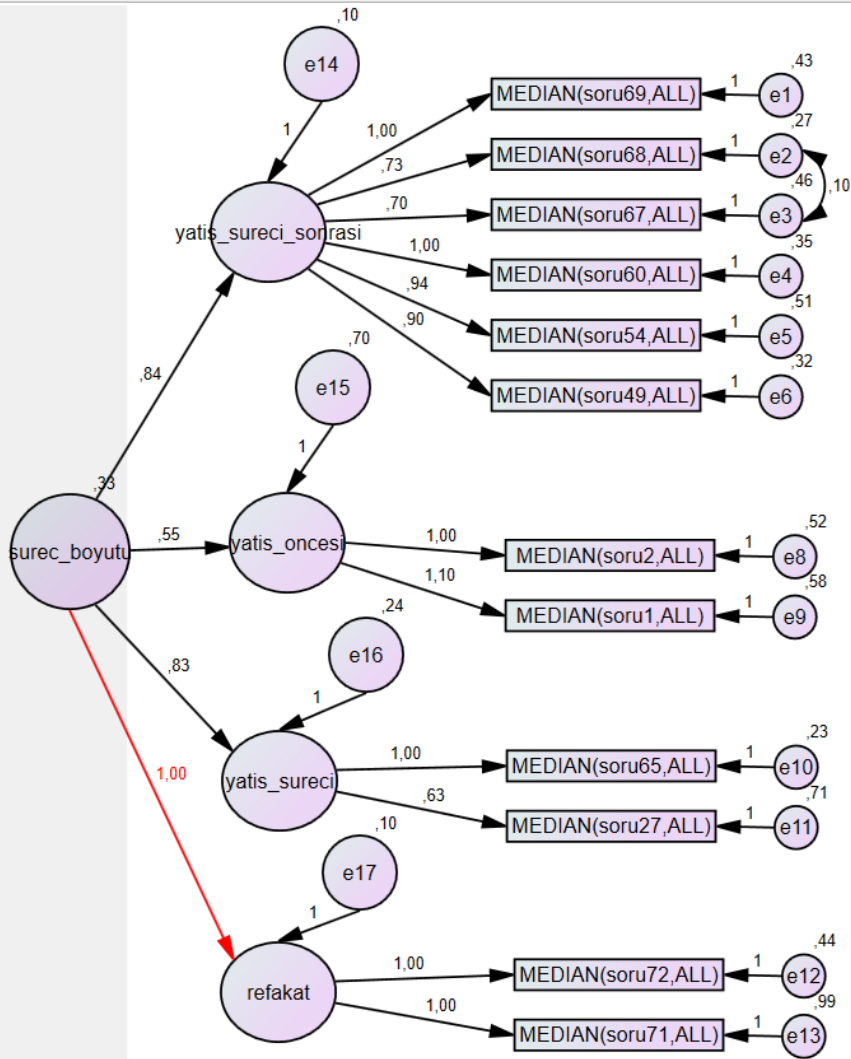


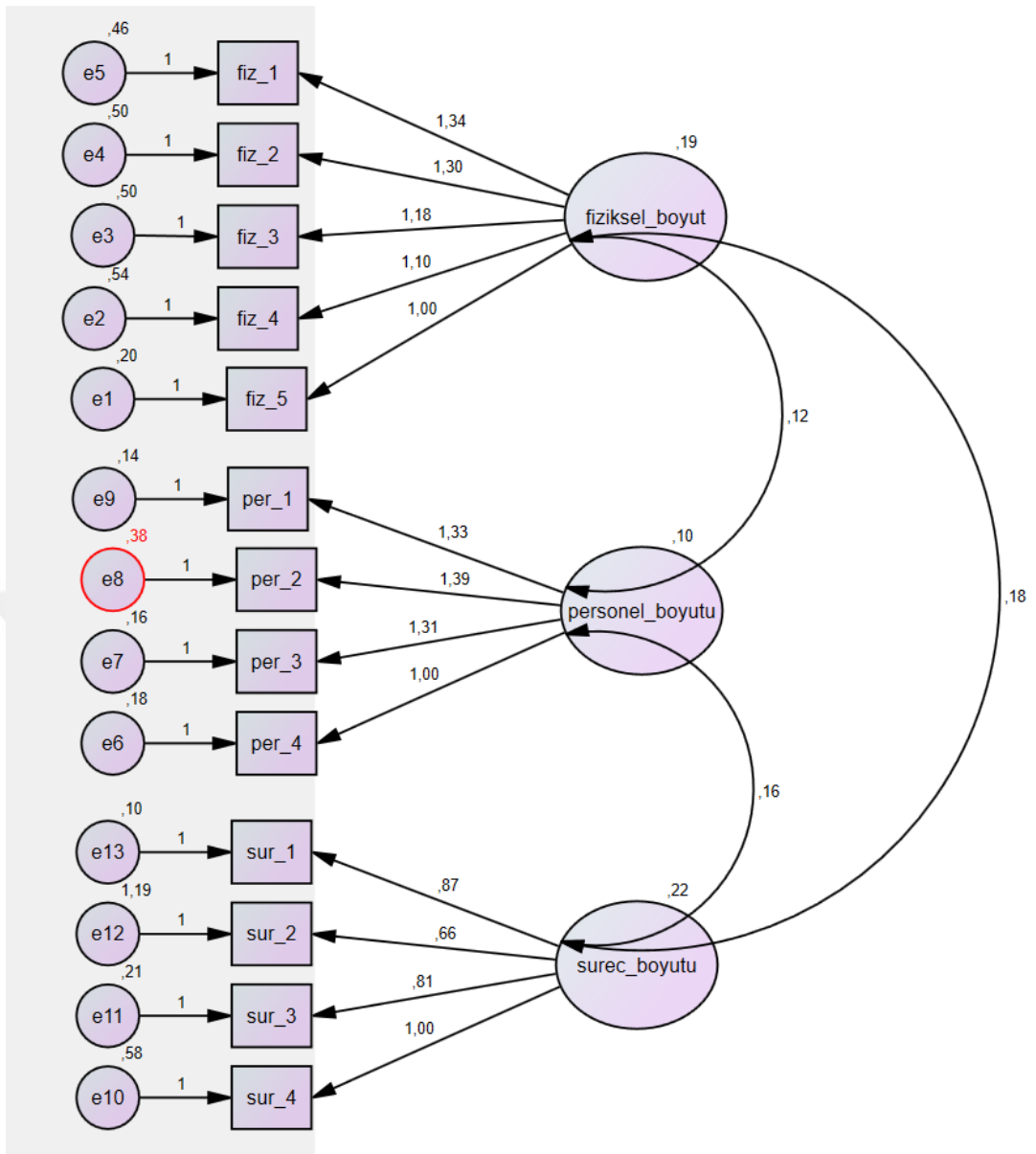
## EK 8: İleri Derece DFA Analizi

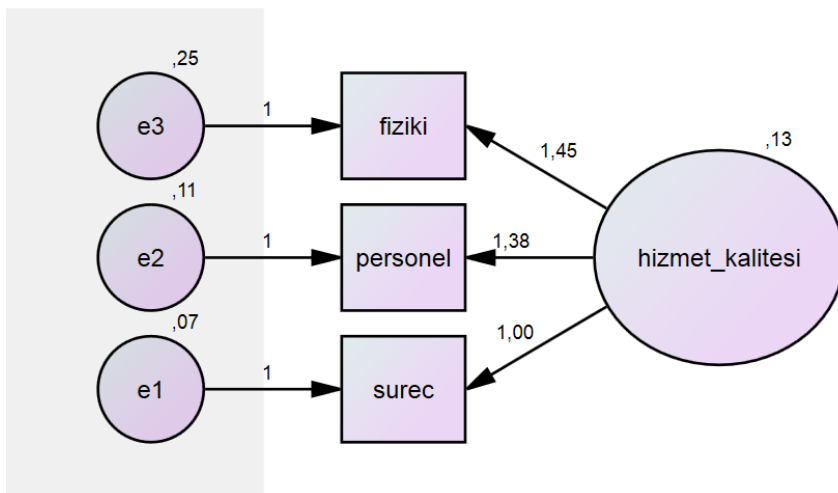
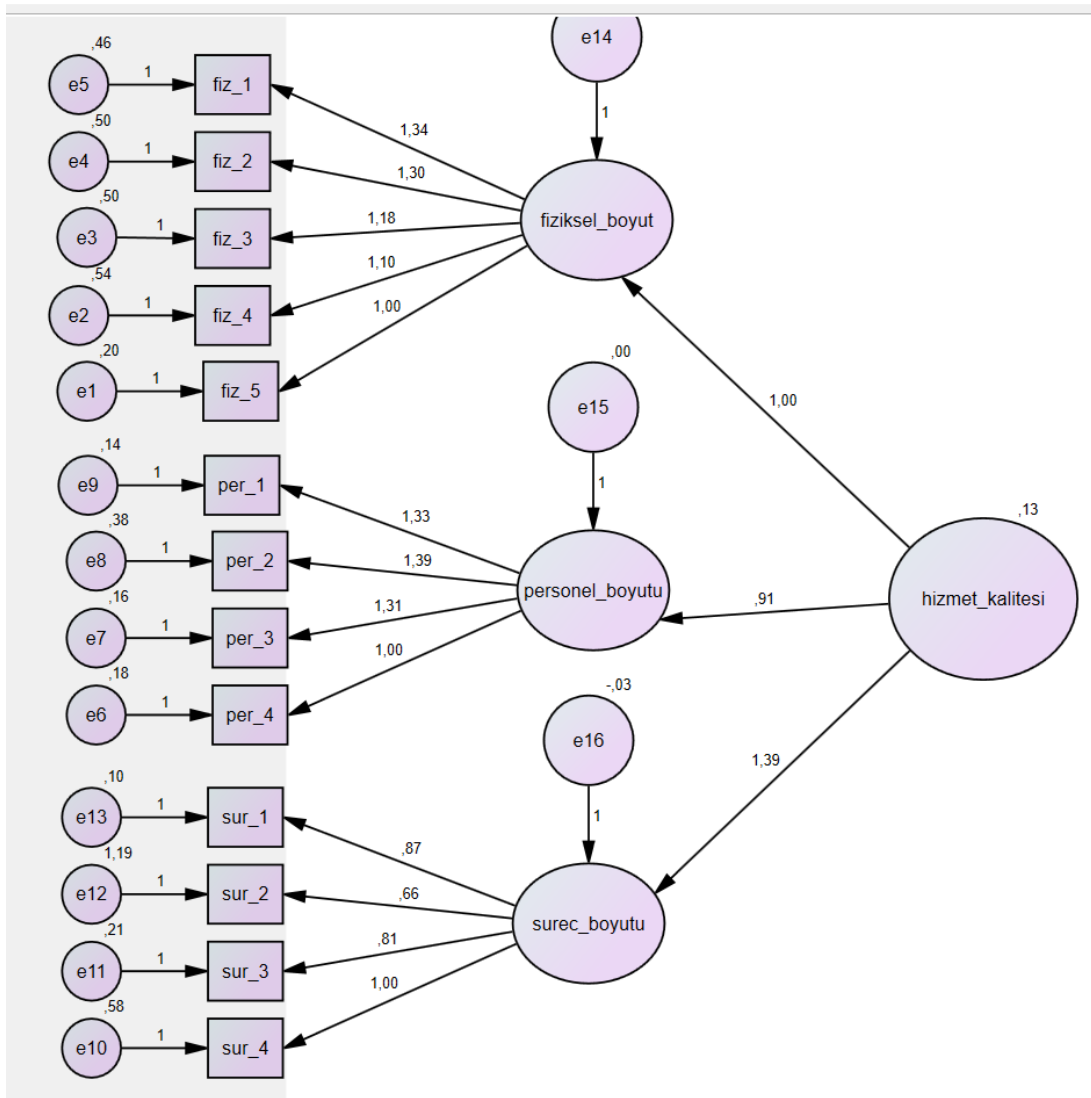












## EK 9: Açık Uçlu Soruya Verilen Cevaplar

- 9\*. Yemeklerde hastalara tatlı verilmeli.
21. Mescit ve abdest yerleri uygun değil.
23. Mescit ve abdest yerleri uygun değil.
24. Özel odalar çoğaltılsın.
38. Ziyaret saatleri günde ikiye çıkmalı.
- 39.1. Erkek odasında bayan refakatçiya izin verilmemesi,
- 39.2. Tedavi yapılırken stajyerlerin yanında öğrenci bulunması
51. Odalar 4 yataklı olsa daha yeterli olurdu. 2 yataklı odalar ne güzel.
55. Personel sakız vb. konusunda eğitilmeli
73. Yemekler
- 76.1. Asansör yetersizliği
- 76.2. Otopark yeri yetersizliği
86. Yatak çarşafı sık değiştirilsin.
92. Yemek sıcak gelmesi
- 119.1. Hemşireler daha nazik olabilir.
- 119.2. Ara öğünde mandalina verilmesin hastanın şekeri çıkıyor.
- 118.1. Yemekler biraz daha tuzlu olabilir.
- 118.2. Hastanenin daha güzel kokması için bir şeyler yapılabilir.
122. Havalandırmaların daha çok olması. Odalarda klima olması
153. Sağlık Kurulu işlemleri insanı bu kadar yormasın
- 159.1. Doktor daha çok ziyaret etsin
- 159.2. MR daha çabuk çıkmalı
- 160.1. Hemşire sayısı çok az
- 160.2. Kantin pahalı
- 163.1. Güvenlikler fazla kaba davranıyor.
- 163.2. Refakatçiler rahat değil
- 163.3. Kantin pahalı
165. Hemşireler bazen yapacağız dediklerini yapmıyorlar.
- 166.1. Yönlendirme tabelaları hastalar için daha büyük yazılabilir.
- 166.2. Refakatçiler için koltuk yok.
- 171.1. Her yatağın koltuğu olmalı refakatçi için.
- 171.2. Herkesin dolabı olmalı

174. Odaların yatak sayısı azalmalı hasta odaları küçülmeli
175. Refakatçi koltuğu her yatağın olmalı
176. Otopark yetersiz hastane daha temiz olmalı
- 177.1. Kantindeki yiyecekler ucuzlamalı
- 177.2. Park alanı yetersiz
- 177.3. Hasta ziyaret saatleri çoklu odalarda sıkıntı yaratıyor, oda kalabalık ve havasız kalıyor.
- 178.1. Park alanı yetersiz.
- 178.2. Hemşire yetersiz.
- 178.3. Kantin pahalı.
- 179.1. Hemşire sayısı arttırılmalı.
- 179.2. Yemekler daha iyi ve doyurucu olmalı.
- 179.3. Temizliğe daha fazla dikkat edilmeli.
- 180.1. Hemşire sayısı arttırılmalı.
- 180.2. Kantindeki yiyecekler pahalı.
- 180.3. Otopark yetersiz.
182. Temizliğe dikkat edilmesi lazım. Oda temizliği çok kötü durumlarda.
185. Refakatçiler için koltuk ya da yatak tarzı bir şey konmalı.
186. Hasta odaları sıkışık hasta sayısı fazla
- 187.1. Kafeterya fiyatları biraz düşmeli
- 187.2. Refakatçılara yatmak için yatak verilmeli
195. Odada buzdolabı olmalı refakatçi için koltuk uyumak için yatak vs.
201. Hijyene çok dikkat edilmelidir. Çünkü hijyen kalitesi düşük.
- 203.1. İnsan ilişkileri konusunda personele eğitim verilmeli. Ayrımcılık söz konusu.
- 203.2. Temizlik personeli hastayı taşırken sıkıntılar yaşıyor. Onlara uygun eğitim verilmeli.
204. Sonuçlar erken çıksın
210. Tuvaletlerin tasarımı yanlış. Klozet ve musluk çok yakın zor geçiliyor.
214. Refakatçi yatağı istiyorum.
215. Refakatçi yatağı istiyorum.
- 218.1. Kalite biraz daha arttırılabilir.
- 218.2. Hasta ile ilgili iletişim biraz daha iyi olabilir.
219. Personel hasta ilişkisi açısından eğitim alabilir.
220. Her oda iki kişilik olmalı refakatçiler için daha uygun bakım olmalı koltuk vs

- 231.1. Otopark sorunu.
- 231.2. Battaniye eksikliği
233. Odalarda buzdolabı eksik
- 235.1. Otopark yeri yeterli değil.
- 235.2. Yemeklerde plastik çatal, bıçak kullanılması.
- 235.3. Battaniye yetersiz.
- 236.1. Battaniye eksikliği.
- 236.2. Refakatçiler açısından uygun değil.
- 236.3. Hemşirelerin azarlaması.
237. Otopark
238. Otopark
239. Tek kişilik odalar (banyo ve tuvalet)
242. Odaların 6 kişilik olması çok fazladır. Bunun işlemde olmasını istiyorum.
248. Hemşire sayısı artırılabilir. Personeller daha bilinçli seçilebilir.
258. Ağır hasta olduğu için özel odaların fazla olması
267. Otopark

\*Bu numaralar ilk uygulanan anketler işlenen hasta numaralarıdır. Daha sonra analiz dışına çıkarılan anketler olduğu için en sonda yer alan anket numaraları ile birebir örtüşme olmayabilir.

## EK 10. Önerilen Anket Formu

### YATAN HASTA HİZMET KALİTESİ ÖLÇME ANKETİ

Yattığınız Servis: .....

Yatış Şekliniz:

Acil

Poliklinik muayene

Sevk

Odamızda Kalan Hasta Sayısı: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 /....

Hastanede kaç gündür kalıyorsunuz? ..... gün

Bu hastanede ilk kez mi yatıyorsunuz?

Evet

Hayır

Hastanede yatış sebebiniz

Ameliyat

Tetkik/Tedavi

Aşağıdaki ifadelere katılma dereceniz. (1: Kesinlikle Katılmıyorum-5: Kesinlikle Katılıyorum)

No	Soru İfadesi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum	Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Randevu alırken sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5	
2	Hastaneye ulaşım konusunda sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5	
3	Hastane içerisinde yönlendirme tabelaları yeterli.	1	2	3	4	5	
4	Aradığım yeri rahatlıkla buldum.	1	2	3	4	5	
5	Doğru teşhis aldığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5	
6	Hastaneyi genel olarak temiz buldum.	1	2	3	4	5	
7	Odamı genel olarak temiz buldum.	1	2	3	4	5	
8	Yatak çarşaf larımı temiz buldum.	1	2	3	4	5	
9	Odamın sıcaklığını uygun buldum.	1	2	3	4	5	
10	Havalandırma yeterli.	1	2	3	4	5	
11	Aydınlatma yeterli.	1	2	3	4	5	
12	Yatağım rahat.	1	2	3	4	5	
13	Genel olarak yemekler iyi.	1	2	3	4	5	
14	Yemekler sıcak.	1	2	3	4	5	

No	Soru İfadesi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum Ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15	Yemekler lezzetli.	1	2	3	4	5
16	Yemek çeşitleri iyi.	1	2	3	4	5
17	Yemekler doyurucu.	1	2	3	4	5
18	Yemekler dağıtım zamanlarına uygun şekilde dağıtılıyor.	1	2	3	4	5
19	Doktorlar hastalığım ve tedavisi konusunda yeterli bilgi verdi.	1	2	3	4	5
20	Doktorlar soru sormama izin verdi.	1	2	3	4	5
21	Doktorlar sorularıma cevap verdi.	1	2	3	4	5
22	Doktorlar bana yeterli zaman ayırdı.	1	2	3	4	5
23	Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdi.	1	2	3	4	5
24	Hemşirelerin benimle olan ilişkisi iyiydi.	1	2	3	4	5
25	Hemşireler bana kibar ve saygılı davrandı.	1	2	3	4	5
26	Temizlik personeli bana kibar ve saygılı davrandı.	1	2	3	4	5
27	Kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterildi.	1	2	3	4	5
28	Hemşireler beni yeterli derecede ziyaret ediyor.	1	2	3	4	5
29	Hemşirelerin değişmesi aldığım sağlık hizmetini değiştirmiyor.	1	2	3	4	5
30	Hemşirelerin bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
31	Doktor ve hemşireler uyumlu çalışıyor.	1	2	3	4	5
32	Acil durumlarda hemşirelere kolayca ulaşabildim.	1	2	3	4	5
33	Hastanenin birimleri arasında yeterli işbirliği var.	1	2	3	4	5
34	Personelin giyimi temiz ve şıktı.	1	2	3	4	5
35	Hizmetler ilk seferinde doğru verildi. (Kan almada damar patlatma vb.)	1	2	3	4	5



No	Soru İfadesi	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
36	Hizmetlerin ne zaman verileceği önceden bildirildi. (Doktorun ve hemşirelerin geliş sıklığı, MR çekimi vb.)	1	2	3	4	5
37	Hizmetler bildirilen zamanda verildi.	1	2	3	4	5
38	Tüm hastalara eşit muamele yapıyor.	1	2	3	4	5
39	Kafeterya hizmetlerinden memnunum.	1	2	3	4	5
40	Diğer hastalarla ilgili sıkıntı yaşamadım.	1	2	3	4	5
41	Sağlığımın her şeyden önemli görüldüğünü düşünüyorum.	1	2	3	4	5
42	Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
43	Hastaneye yattığım günden bu güne kendimi daha iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
44	Oda refakatçiler açısından uygun.	1	2	3	4	5
45	Ziyaret saatleri uygun.	1	2	3	4	5
46	Ziyaretçilerden rahatsız değilim.	1	2	3	4	5
47	Hastaneyi başka insanlara tavsiye ederim.	1	2	3	4	5
48	Hastaneyi başka insanlara şikâyet ederim.	1	2	3	4	5
49	Genel olarak verilen sağlık hizmet kalitesini yeterli buluyorum.	1	2	3	4	5
50	Hastaneyi tekrar tercih ederim.	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>				
a	Mecbur olduğum için tercih ederim.	1	2	3	4	5
b	Kaliteli hizmet aldığım için tercih ederim.	1	2	3	4	5
51	Hastanede verilen hizmetin kalitesini iyileştirmek için eklemek istediğiniz başka bir konu var mı?					

Cinsiyetiniz: *Kadın*  *Erkek*

Yaşınız: .....

Medeni Durumunuz: *Bekâr*  *Evli*  *Dul*  *Boşanmış*

Öğrenim Durumunuz: *Okula gitmedim*  *İlkokul*  *Ortaokul*

*Lise*  *Üniversite*

Sosyal güvenceniz; *Yok*  *SSK*  *Bağ -kur*

*Emekli Sandığı*  *Özel Sağlık Sigortası*

Yaşadığınız şehir: *Eskişehir*  *Eskişehir dışı*

Bu hastaneyi tercih ederek mi geldiniz? *Evet*  *Hayır*

Tercih etmedi iseniz nedeni; *Ambulans*  *Sevk*  *Maddi*

Tercih etti iseniz nedeni; (birden çok cevap olabilir): *Maddi uygunluk*

*Evinize yakınlık*  *Zaman açısından uygunluk*  *Teknoloji*

*Doktor*  *Tavsiye*  *Yakınınızın Çalışması*

Şu an kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

*Kızgın*  *Mutlu*  *Depresif*  *Heyecanlı*

*Korkmuş*  *Üzgün*  *Normal*

Refakatçiniz var mı? *Evet*  *Hayır*

Şu anda ağrınız var mı? *Evet*  *Hayır*

İnsanlarla ilişki kurmayı sever misiniz? *Evet*  *Hayır*

Bu hastane hakkında kötü şeyler duydunuz mu? *Evet*  *Hayır*

Bu hastane hakkında iyi şeyler duydunuz mu? *Evet*  *Hayır*

## ÖNCELİKLENDİRME SORULARI

**Fiziksel Özellikler** (Tesis, Yemek, Eşyalar vb.)

**Süreç ile İlgili Özellikler** (Yatış Öncesi İşlemler, Yatış Süresince İşlemler, Şikâyet Değerlendirme vb.)

**Personel ile İlgili Özellikler** (Doktor, Hemşirenin İlgisi, Bilgi Seviyesi vb.)

