

Sağlık Hizmetlerine Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama

Dilara Şansel ARISOY*

Geliş Tarihi (Received: 27.03.2017 – Kabul Tarihi (Accepted): 13.07.2017

Öz

Hizmet sektörü bilgi, teknoloji, küreselleşme ve iletişimin hızlı gelişimi ile bugün önemli bir konumdadır. Hizmetlerin soyut olması, heterojen olması ve standardizasyonunun zor olması gibi sebeplerden dolayı müşteri beklenti ve algılarının tespit edilmesi bir hayli güçtür. Sağlık sektörü birincil ihtiyaçlarımıza dönük, her zaman varlığını sürdürecektir bir alandır. Bu yüzden bu alanda belli bir kalite standardının yakalanması ve müşteri tatmininin sağlanması son derece gereklidir.

Araştırmanın temel amacı, Niğde ilinde hizmet sunan 10 aile sağlığı merkezinde müşteri konumundaki hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini ve bu hizmetlere yönelik algılarını tespit etmektir. Ayrıca sunulan hizmetin müşteri memnuniyet derecesini ölçmek ve hastaların cinsiyet, yaş, eğitim, sosyal güvence ve gelir durumları gibi demografik özelliklerinin beklenti ve algılamalar üzerine etkilerini ortaya koymaktır.

Çalışmada A. Parasuraman, V.A. Zeithaml ve L.L. Berry tarafından geliştirilen Servqual ölçeği kullanılmıştır. Servqual ölçeği bir ankettir. Uygulamada 500 katılımcıya anket yapılmıştır. Analiz sonucunda, boyutlar Servqual puanlarına göre yüksekten düşüğe doğru empati, güvenilirlik, güvence, heveslilik, fiziksel değerler şeklinde sıralanmıştır. Hesaplanan Servqual puanı hizmet kalitesinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmetleri Kalitesi, Servqual, Kalite Yönetimi, Algılanan Hizmet Kalite

* Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üretim Yönetimi, e-posta: dilarasanselariso@gmail.com

Service Quality in The Healthcare Services and An Application to Measure Service Quality with Servqual Method

Abstract

The service sector became important with the rapid development of information technology, globalization and advances in digital communication. It is difficult to determine customer expectations and perceptions in services because of the fact the services are intangible, heterogeneous and difficulty of setting standards. Healthcare sector is growing rapidly and becoming an important part of the economy. It is therefore very important to set up quality standards in measuring service sector quality.

The main purpose of this study is to determine customer expectations of the patients in 10 family health centers in Niğde and perceptions of these patients after taking the healthcare service. In this way the degree of customer satisfaction is measured according to gender, education, social security and levels of income.

Seervqual scala developed by A. Parasuraman, V.A. Zeithaml and L.L. Berry is used in this study. The survey covers a sample of 500 patients. The dimensions of quality are measured by empathy, reliability, assurance, responsiveness and physical values. Servqual scores are calculated and service quality is interpreted according to scores.

Keywords: *Service Quality, Quality of Healthcare Services, Servqual, Quality Management, Perceived Services Quality*

Giriş

Dünyada ve ülkemizde yaşanan hızlı değişimler, teknolojik ilerlemeler, artan bilgi paylaşımı, istenilenin en iyisine en kalitelisine ulaşma arzusu gerek üretim gerekse hizmet sektörlerinin kendilerini geliştirmeyi zorunlu kılacak nedenlerden sadece birkaç tanesini oluşturmaktadır. Ekonomi içindeki payı günden güne artan hizmet sektörünün gelişimi, dünyada hızla geçiş yapılan şehirleşmeye, kamu alanındaki gelişmelere, teknolojinin akıl almaz süratine, küreselleşmeye, artan müşteri beklentilerine ve sonrasında ortaya çıkan kıyasıya rekabete bağlanabilir.

Hizmetlerin soyut olması, heterojen olması ve standardizasyonunun zor olması gibi nedenlerden dolayı müşteri beklenti ve algılarının tespit edilmesi bir hayli güçtür. Hizmet sektörünün en önemli kollarından biri olan sağlık hizmetleri birincil ihtiyaçlarımıza dönük ve her zaman varlığını sürdürecektir. Bu sebepten ötürü sağlık hizmetleri sunan gerek kamu kurumlarının gerekse özel kurumların bu alanda belirli bir kalite standardını yakalaması ve müşteri memnuniyetini sağlaması son derece önemlidir.

Sağlık kurumlarında kalitenin derecelendirilmesinde dış müşterilerin yani hastaların rolü çok büyüktür. Çünkü gerek personelle kurulan diyalogu, gerek personelin tedavi usul ve yaklaşımını, gerekse hastanenin fiziksel unsurlarının temizlik ve yeterliliğini dikkatli bir gözle inceleyen, dışarıdan tarafsız bir şekilde değerlendirebilen ve gün geçtikçe daha da bilinçlenen hastaların aldıkları hizmetten memnuniyet dereceleri, sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin belirlenmesi ve artırılması çalışmalarında kullanılan temel ölçütlerdendir.

Bu çalışmada hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak, müşteri beklenti ve algılarının tespiti üzerine inşa edilmiş ve birçok bilim adamı tarafından da kabul görmüş, Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli kullanılmıştır.

Birçok çalışma alanı için aktif bir yol gösterici ve kolay analizi ile birlikte net sonuçlar ortaya çıkaran Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli bir ankettir. Üç bölümden oluşan bu anket, sağlık hizmetlerine uyarlanmış ve Niğde ilinde faaliyet gösteren toplam 10 adet aile sağlığı merkezinde uygulanmıştır.

Çalışmanın amacı, sağlık sektöründe müşteri konumundaki hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin ve bu hizmetlere yönelik algılarının tespit edilmesi ve sunulan hizmetlerin hizmet kalitesi boyutları göz önüne alınarak müşteri memnuniyet derecesinin ölçülmesidir.

Uygulama aşaması sonrasında yapılan analizler, bilgi ve araştırmalar ışığında yorumlanmıştır.

1. Hizmet Kavramı ve Hizmet Kalitesi

1.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Ülkeler ekonomik yönden kalkındıkça hizmet sektörünün, sanayi ve tarım sektörleriyle oluşturdukları pastadan daha çok pay aldığı görülmektedir. Dolayısıyla bu payın büyümesi, bize, o ülkenin gelişmişliği hakkında daha net bir bilgi verecektir. Hizmet alanında istihdamın artması, yeniliklerin yakından takip edilip; müşteri istek, ihtiyaç ve beklentilerine yönelik çalışmaların büyük bir titizlik ve özveriyle yapılması günümüzün olmazsa olmazları arasına girmiştir. Çünkü işletmelerin piyasada var olma ve bu varlığı sürdürebilme savaşları artık yalnızca maliyet avantajı, geniş pazar payı gibi maddelerle sınırlı kalmayıp ne kadar kaliteli, fark yaratan ve rağbet gören hizmetler sunduklarıyla çok yakından ilgilidir. Verilen hizmetin değerlendirilmesinde müşterinin o işletmeye karşı tutumunu etkileyecek güven, dürüstlük, güler yüzlülük gibi davranışsal boyutun da önemi yadsınamayacak kadar büyüktür.

Günümüzde hemen hemen tüm örgütler varoluş amaçlarını “hizmet vermek: halka, tüketiciye hizmet etmek” biçiminde ifade etmektedirler (Öztürk, 2007:3). Birçok ekonomik faaliyetin yerine getirilmesinde önemli bir role sahip olan hizmetler geniş bir yelpazeye sahiptirler. Danışmanlık, mühendislik, ulaştırma, yazılım, sağlık, eğitim, kişisel bakım üniteleri gibi birçok alan hizmet sektörünün içinde yer almaktadır (Taşkesenlioğlu, 2010:9). Böylesine geniş ve karmaşık yapısından dolayı hizmet kavramını tam anlamıyla açıklamak çok güçtür. Bu sebeple literatürde birçok tanım bulunmaktadır.

Kotler hizmeti; “Herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan ve temelde soyut olan, bir tarafın bir başkasına sunabildiği bir performans ya da eylemdir. Üretilmesi fiziksel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir.” şeklinde tanımlamıştır (Kotler, 1997:467). Hizmet kavramını Amerikan Pazarlama Birliği “Bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir. ” olarak açıklamışlardır (Sevim, Akdemir ve Vatansever, 2008). Hizmetin başka bir tanımı da, tüketicilerin yaşantılarından kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözmeye yarayan ya da çözümünü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ve faydalar toplamıdır, şeklindedir (İslamoğlu, Candan, Haciefendioğlu ve Aydın, 2006:18).

Birbirinden farklı hizmet tanımlarının mevcut olması, hizmet kavramının geniş bir alanı kapsaması ile birlikte hizmeti mallardan ayıran birkaç ayırt edici özelliğinden kaynaklanmaktadır. Bu özellikler dokunulmazlık, stoklanamama, standardize edilememe, ayrılmazlık ve sahipliğin olmamasıdır. Hizmetin ayırt edici bu özellikleri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

▪ Dokunulmazlık (Soyut olması)

Hizmetler yapıları icabı soyutturlar. Yani mallar gibi dokunulması, bir bütün olarak görülmesi mümkün değildir (Seyran, 2004:19). Dolayısıyla yalnızca hizmetin deneyimlenmesi yoluyla hizmet hakkında bir fikir sahibi olunabilir.

- **Stoklanamama (Dayanıksızlık)**

Dayanıksızlık, sunulan hizmetlerin depolanamayacağını, saklanıp daha sonra yeniden satılabilmesi olasılığını ve herhangi bir sebepten iadesinin imkansızlığını ifade eden bir özelliktir. Örneğin, bir restoranın boş kalan masaları, sinemada satılamayan biletler geri döndürülemeyecek, telafisi mümkün olmayan kayıplardır.

- **Standardize edilememe (Çeşitlilik)**

Hizmetler genellikle insanlar tarafından üretilen performanslar olduğu için aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olması olanaksızdır. Hizmetin her bir birimi aynı hizmetin diğer birimlerinden farklıdır (Öztürk, 2007:20). Gerek hizmet personeli gerekse müşteri algısı ve müşterilerin kendileri hizmette dalgalanmalara sebep olabilir (Eser, 2007:11).

- **Ayrılmazlık (Üretim ve tüketimin eş zamanlı olması)**

Hizmetin üretim ve tüketiminin eş zamanlı oluşu hizmeti alan müşterilerin üretime katılımını ve sürecin tam içinde yer aldıklarını ifade eder. Dolayısıyla hizmet sağlayıcının hizmet ürününü gerektiği biçimde sunması için yalnızca tek bir şansı bulunmaktadır (İçöz, 2005:48).

- **Sahipliğin Olmaması**

Malları satın alanlar aynı zamanda onların sahibi de olmaktadır. Ancak hizmetlerin sahiplenilmesi olası değildir. Yalnızca belli bir sürelerde o hizmetten yararlanma söz konusu olabilmektedir (Kozak, Özel ve Yüncü, 2011:9).

1.2. Hizmet Kalitesi

Kalite (Qualities) Latince “nasıl oluştuğu” anlamına gelen “qualis” kelimesinden gelmektedir. Esasta kalite sözcüğü hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacı taşımaktadır. Kalite, genel olarak günlük konuşmalarda üstünlüğü ve iyiliği, diğer bir deyişle kaliteye konu olan ürün ve hizmetin iyi niteliklerinin olduğunu belirtir. Bu bakımdan kalite subjektif değerleri içermektedir (Şimşek, 2007:5). Kalitenin bu kişisel değerleri gelenekler, toplumsal yapı, eğitim seviyesi ve yaşam standardı gibi değişkenlere bağlı olarak değişecek ve dolayısıyla tüketicilerin kalite beklentileri farklılık gösterecektir.

Ishikawa kaliteyi dar anlamda “ürün kalitesi”, geniş anlamda “Kalite, iş kalitesi, hizmet kalitesi, iletişim kalitesi, proses kalitesi, işçiler, mühendisler, idareciler ve yöneticiler dahil insanların kalitesi, sistem kalitesi, firma kalitesi, hedeflerin kalitesi vb.dir.” şeklinde tanımlamıştır (Ishikawa, 1997:47).

Deming’in kalite tanımlarının ilki, işletmenin ürettiği ürün ve performansın kalite spesifikasyonlarına uygun olmasıdır, diğeri ise tüketicinin, işletmenin ürettiği ürün ya da hizmet hakkındaki yargısıdır, şeklindedir (Deming, 1998:137).

Kalite tanımı Feigenbaum'a göre ise, en düşük maliyetle müşteri tatmini sağlamak, şeklindedir (Akın, Çetin ve Erol, 1998:117).

Dünyada ve ülkemizde yaşanan hızlı değişimlere bağlı olarak daha iyiye sahip olabilme inancının perçinlenmesiyle artan beklentiler, üretim sektörünün yanında hizmet sektörünün de varlığını sürdürebilmesi ve rakiplerine karşı rekabet avantajı sağlayabilmesi açısından sektörün değişime uyum sağlaması gerekliliğini kaçınılmaz hale getirmiştir. Dolayısıyla hizmet işletmeleri verdikleri hizmetin kalitesini artırma yolunda daha fazla çaba harcamaya başlamışlardır.

Hizmet sektöründe kalite; müşterinin ihtiyaç ve beklentilerine uygunluk, sürekli başarı, sunulan hizmetin eksiksiz ve hatasız gerçekleştirilmesi, ölçülebilen ve değerlendirilebilen müşteri memnuniyeti ile doğru orantılı bir unsur olarak kabul edilmektedir (Murat ve Çelik, 2007).

Hizmet kavramının soyutluğundan kaynaklı nasıl birçok değişik tanım var ise, hizmet kalitesinin tanımının yapılmasında da farklı bakış açıları mevcuttur. Bu tanımlar şu şekildedir (Seyran, 2004:38):

- Robinson hizmet kalitesi tanımını, bir hizmetin üstünlüğü hakkındaki bir tavır veya global yargı şeklinde yapmıştır.
- Hizmet kalitesini Pride ve Ferrel, bir hizmetin müşterilerin beklentilerini nasıl karşıladığı ve aştığının algılanması olarak tanımlamıştır.
- Wild'in hizmet kalitesi yorumu, müşteri ihtiyaçlarına uygunluğun derecesi, şeklindedir.

Hizmet kalitesi soyut bir kavram olduğu için sunulan hizmeti deneyimlemeden kalite bazında derecelendirme yapmak oldukça güç olacaktır. Dolayısıyla henüz tecrübe edilmemiş bir hizmetten beklenenlerden çok, hizmet sunumu sırasında ve sonrasında algılananlar değerlendirmeye tabi tutulur. Bu yüzden kaynaklarda hizmet kalitesi kavramı daha çok algılanan hizmet kalitesi kavramıyla açıklanmaya çalışılmıştır.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry algılanan hizmet kalitesini müşterinin beklentileri ve algılamaları arasındaki farklılığın derecesi ve yönü olarak tanımlamışlardır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988). Lewis ve Booms'un algılanan hizmet kalitesi tanımı ise, sunulan hizmet düzeyinin müşteri beklentileriyle ne kadar iyi eşleştiğinin bir ölçüsüdür, şeklindedir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985).

2. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık, yaşamımızı devam ettirebilmemizi sağlayan hususların en önemlisidir. Sağlık durumunun algılanması her ne kadar kültürden kültüre farklılık gösteriyor olsa da, tüm insanoğlunu ilgilendiren ortak bir kavram olması nedeniyle, sağlığın da evrensel bir tanımının yapılması gerekmektedir (Yalkın, 2010: 22). Sağlık 1946'da Dünya Sağlık Örgütü anayasasında, "Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir." şeklinde tanımlanmıştır (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006). Dünya sağlık örgütünün yaptığı bu tanımda sağlık kavramının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık gibi bir çok

boyuttan oluştuğu ve bu boyutların dengeli bir şekilde bir araya gelerek sağlıklı olma halinin sürdürülmesini sağlayan önemli değişkenler olduğu aşikârdır.

İnsan hayatında bu denli öneme sahip olan sağlık kavramının kalitesi ve seviyesinin artması için yapılan tüm çalışmalar sağlık hizmetleri kavramıyla açıklanabilir. Sağlık hizmetlerini Dünya Sağlık Örgütü (WHO) “Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak 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 sistemdir” şeklinde tanımlamıştır (Güllülü, Erciş, Işık ve Yapraklı, 2008:33).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun sağlık hizmetlerini, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.” şeklinde tanımlamıştır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 72).

Bir başka tanıma göre sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34).

Sağlık hizmetleri, insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna ek olarak, onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler. Sağlık hizmetleri böylece üç önemli amaca hizmet edecektir. Bunlar (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005):

- Hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek,
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek,
- Hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri siteminde temel birim sağlık ocaklarıdır. Buralarda koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilir. Bu hizmetler ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklarla savaş, sağlık eğitimi, erken tanı, evde ve ayakta hasta tedavisi, ilk yardım, okul sağlığı, adli hekimlik, çevre sağlığı, esnaf denetimi, gıda kontrolü ve toplum kalkınmasına destektir (Öztek ve Kubilay, 2008: 303-304). İlaveten, sağlık ocakları hizmet verdiği nüfusun özelliklerini bilerek hizmet sunumunu gerçekleştirmesi gerekir. Bunun için bölge nüfusu hane halkı olarak sayılır, tek tek kaydı yapılır. Ve daha sonra o bölgedeki tüm nüfus hareketliliği ve bu nüfusun sağlık durumu sağlık ocağı tarafından yakından takip edilir (Sözen, 2003: 89).

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Hizmet kavramı anlatılırken ele alınan hizmetin özellikleri olan soyutluk, stoklanamama, standardize edilememe, üretim ve tüketimin eş zamanlılığı ve sahipliğin olmaması ilkeleri sağlık hizmetlerinin de özellikleri olmasıyla beraber, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran kendine ait bir takım özellikler de mevcuttur.

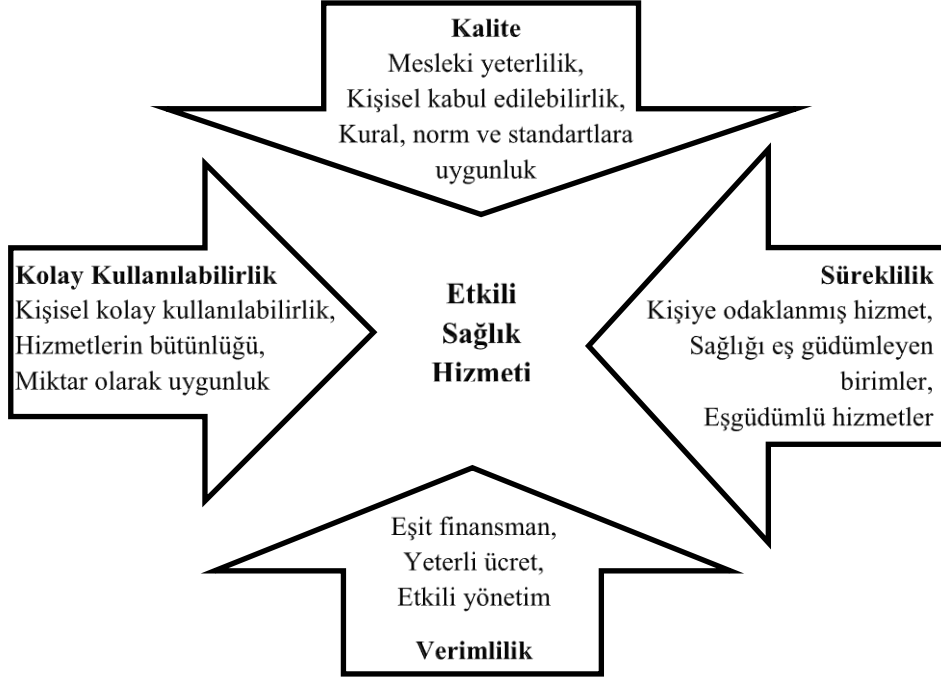
Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir (Yerebakan, 2000: 47-50):

- Sağlık hizmetleri yüksek düzeyde profesyonel yeterlilik gerektirmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını diğer sektörlerde olduğu gibi kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün değildir.
- Sağlık hizmetleri bünyesinde çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet verir. Bunlara örnek olarak, teknik hizmetler (bakım-onarım, aydınlatma vb.), otelcilik hizmetleri (çamaşır, ütü, banyo vb.), eğitim ve araştırma hizmetleri verilebilir.
- Hastalıkların çok etkenli oluşu dolayısıyla hizmetler kişiye özgüdür ve standardize edilememektedir.
- Sağlık hizmetlerinde yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir.
- Sağlık hizmetlerinde farklı meslek grupları arasında “karşılıklı bütünleyici bağımlılık” (reciprocal interdependence) yüksek düzeydedir. Yani farklı birimlerin koordinasyon içinde çalışması çok önemlidir. Çünkü bir noktadaki aksamadan kurumun/hizmetin tümü olumsuz etkilenecektir.
- Sağlık hizmetlerinde, hizmetin dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları tümüyle denetlenebilir özellikte değildir.
- Sağlık hizmetlerinde yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı oldukça dardır.
- Profesyonellere, mesleki bilgi ve deneyimleri, yönetime karşı otorite kazandırmaktadır.

Yukarıdaki özelliklere ek olarak (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 73-78):

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır. Yani sağlık hizmetlerine kimin, ne zaman, nerede ve ne kadar gereksinim duyacağı ile hangi hastalığa yakalanacağı öngörülemez.
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
- Sağlık hizmeti alan tüketicilerin davranışları irrasyoneldir. Çünkü tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır.
- Sağlık hizmetinden sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek oldukça zordur.

- Sağlık hizmetlerinde, hizmet sunumunda garanti vermek söz konusu değildir. Bir enjeksiyon uygulamasında bile hayati tehlike söz konusu olabilir.



Şekil 1. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 65.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulan değişiklikleri yaratabilmesi için ayrıca bir takım özelliklere de sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler Şekil 1’de gösterilmiştir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini taşıyamaması durumunda toplum ve birey sağlığı üzerinde arzulan etkileri yaratamayacağı söylenebilir (Kavuncubaşı, 2000: 64). Bir başka deyişle, bu özellikler birbirlerine çok sıkı bağlıdırlar ve halkın bir parçasının eksik, hatalı veya yetersiz olması etkili sağlık hizmeti verilebilmesine imkan vermeyecektir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

21. yüzyılın başlarından itibaren sağlıkta kalite ve performans üzerine sürekli bir arayış içerisinde yeni yaklaşımlar geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. Her ülke bu yeni uygulamaları kendi iç dinamikleri ile harmanlayarak sağlık sistemlerini iyileştirme çabası içerisine girmektedir. Bu uğraşın esas gayesi; kaliteli sağlık hizmetini etkili ve verimli olarak yani yüksek performansta sunabilmektir (Ünal, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren bir lider olan Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra hastanın

iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” şeklinde tanımlamıştır (Kaya, 2005:3). Roemer ve Montoya-Aguilar sağlık hizmetlerinde kaliteyi “kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi olarak tanımlarken; Uz’a göre kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili bir biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetler ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (İnternet: <http://www.merih.net>, 28.05.2016). Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti, yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet, şeklinde tanımlamıştır (Kaya, 2005:14).

Sağlık insan yaşamında olmazsa olmaz bir unsurken, sağlık kurumları da sağlıklı yaşama atılan adımda bir o kadar vazgeçilmez yapıdadırlar. Dolayısıyla insan hayatında bu denli öneme sahip sağlık kurum ve kuruluşlarının ve buralarda sunulan hizmetin birinci sınıf olmasının istenmesi gayet olağandır. Bu yüzden herhangi bir nedenden sağlık hizmeti almayı talep eden tarafın istek, ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ve eksiksiz hizmet sağlanması bir sağlık kurumunun yegâne görevidir.

3. Araştırma Yöntemi

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, sağlık sektöründe müşteri konumundaki hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin ve bu hizmetlere yönelik algılarının tespit edilmek ve sunulan hizmetin hizmet kalitesi boyutları göz önüne alınarak müşteri memnuniyet derecesini ölçerek hastaların cinsiyet, yaş, eğitim, sosyal güvence ve gelir durumları gibi demografik özelliklerinin beklenti ve algılamalar üzerine etkilerini ortaya koymaktır.

3.2. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları

Tezin uygulama kısmı için, Niğde ili merkezinde bulunan toplam 10 aile sağlığı merkezinde çalışılmıştır.

Yapılan çalışmanın daha sağlıklı sonuçlar verebilmesi için 18 yaş altındaki kişiler araştırma kapsamına alınmamıştır. Bununla beraber rahatsızlık, yaşlılık gibi sebeplerden ötürü soruları cevaplayabilecek uygunlukta olmayan hastaların yakınları anket çalışmasına dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hasta yakınları toplam anketlerin %36’sını oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Çalışmada, müşteri konumundaki hastaların almak istedikleri hizmetten kalite beklentilerini ve algılamalarını saptayan ve bu yolla firma ve kurumlara hizmet kalitelerini yükseltme konusunda net, güvenilir ve gerçekçi bir rota çizen aynı zamanda hizmet kalitesi ölçümünde de en çok kullanılan model olan Servqual Ölçeği kullanılmıştır.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş Servqual ölçeği, fiziksel boyut, güvenilirlik boyutu, heveslilik boyutu, güvence boyutu ve empati boyutu olmak üzere toplam beş boyuttan ve 22’şer adet beklenti ve algı sorusundan oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada veri toplamak amacı ile anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler, cevaplama oranının artırılması ve olası yanlış anlamalara anında müdahale edilebilmesi için hastalara birebir uygulamıştır.

Anketin birinci bölümünde Servqual ölçeğinin sağlık kurumlarına uyarlanan ve hasta beklentilerinin ölçülmesini amaçlayan 22 sorusu mevcuttur. Sorularda, hastalar tarafından anketin daha kolay algılanıp değerlendirilebilmesi amacıyla orijinal ankette kullanılan 7’li likert ölçeği yerine 5’li likert ölçeği kullanılmış olup; “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arası seçeneklerden oluşmaktadır. Bu bölümde hastalara mükemmel bir aile sağlığı merkezinin nasıl olması gerektiğine dair sorular sorulmuş ve hastaların bu sorulara ilişkin beklentilerini puanlandırmaları istenmiştir.

Hizmet kalitesi boyutları ile ilgili tanımlamaları içeren ikinci bölümde, aile sağlığı merkezleri ve sundukları hizmetlerin taşınması gereken özellikler beş maddede hastalara sunulmuş ve hastalardan bu beş maddeyi önceliklerine göre toplamı 100 puan olacak şekilde puanlandırmaları istenmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde ise, birinci bölümde yer alan 22 soru hizmet alınan aile sağlığı merkezi için sorulmuş ve hastalardan bu özelliklerin o aile sağlığı merkezinde ne derece bulunduğu “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arası seçenekler vasıtasıyla belirtilmesi istenmiştir.

Literatürde sağlık alanında hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlayan birçok çalışmada Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen servqual ölçeği sağlık alanına uyarlanarak kullanılmıştır. Örneğin Devedakan ve Aksaraylı’nın 2003 yılında kaleme aldıkları makalenin sonuçlarına göre uygulama yapılan sağlık kurumunda en yüksek hasta algısı empati boyutuna ait olup söz konusu sağlık kurumundan hizmet alan hastalar için, ellerinden gelenin en iyisini yaparlar, şeklinde olmuştur. Araştırmaya dahil edilen hastalar önem derecesine göre hizmet kalitesi boyutlarını ise güvenilirlik, güven, heveslilik, fiziksel özellikler ve empati olarak sıralamışlardır. 2010 yılında Serkan Yalkın tarafından sağlık sektöründe hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlayan tez çalışmasında da servqual ölçeği kullanılmış olup sağlık hizmetlerine uyarlanmıştır. Bu çalışmadan alınan sonuçlara göre katılımcıların en yüksek beklenti düzeyine sahip ifade, doğru teşhis konulması ve uygun tedavi uygulanması şeklinde olup; en yüksek algı düzeyine sahip ifade ise sağlık kurumunun hastalara zarar verebilecek etkenlere dikkat etme konusunda güven verebilmesi, şeklindedir. Söz konusu sağlık kurumundan hizmet alan hastalar önem derecesine göre hizmet kalitesi boyutlarını güvenilirlik, heveslilik, güvence, fiziksel varlıklar ve empati şeklinde sıralamışlardır. İlaveten uygulama yapılan sağlık kurumunda beklentiler ile algılamalar arasında büyük bir fark bulunmaması ile birlikte beklentilerin bütünüyle karşılanamadığı görülmüştür. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen servqual ölçeğinin sağlık alanına

uyarlanarak kullanıldığı bir başka tez çalışması Murat Mirza'ya aittir. Bu çalışmaya ait en yüksek beklenti düzeyi 4.63 puan ile çalışanların düzenli olduğu şeklinde ve en yüksek algı puanının ise 4.30 puan ile kayıtların düzenli şekilde tutulduğu yönündedir. Beklenti ve algılamalar arasında büyük farklar olmaması ile birlikte beklentilerin tam olarak karşılanamadığı görülmektedir.

3.5. Örnekleme Yöntemi

Uygulama Niğde il merkezinde bulunan toplam 10 adet aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Örneklem seçiminde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmış olup, rastsal olarak her aile sağlığı merkezinden 50 kişi olmak üzere toplamda 500 adet anket birebir hastalara uygulanmıştır. Analizler %95 güven aralığında, 0,05 hata oranı ile yapılmıştır.

Araştırma 13 Haziran 2016 - 1 Temmuz 2016 tarihleri arasında 2 Nolu Dr. Hüseyin Ülkü Aile Sağlığı Merkezi, Hidayet Okay Aile Sağlığı Merkezi, Hüdavent Hatun Aile Sağlığı Merkezi, 3 Nolu Dr. Doğan Baran Aile Sağlığı Merkezi, 4 Nolu Şehit Uzm. Çvş. Kenan Erdem Aile Sağlığı Merkezi, AÇS ve AP Aile Sağlığı Merkezi, Niğde Evleri Aile Sağlığı Merkezi, Şehit Kahraman Çelikbaş Aile Sağlığı Merkezi, 7 Nolu Belma ve Mümtaz Çankaya Aile Sağlığı Merkezi, Halk Sağlığı Laboratuvarı Aile Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan kişileri kapsamaktadır.

4. Bulgular ve Değerlendirme

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ile ilgili istatistikler verilmiştir. Araştırmanın uygunluk ve güvenilirlik analizlerinin sonuçları ve değerlendirmeleri sonrasında çalışmanın yapıldığı 10 aile sağlığı merkezine ait hizmet kalitesi puanları (SP) hesaplanmıştır. Son olarak öne sürülen hipotezler test edilmiş ve elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

Tezin uygulamasından elde edilen verilerin analizlerinde Microsoft Office Excel 2010 ve IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Program for Social Sciences) programlarından yararlanılmıştır.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı frekans analizi ile incelenmiştir.

Çizelge 1. Katılımcıların demografik özellikleri

		Frekans	Yüzde %
Cevaplayan	Hasta	320	64,0%
	Hasta Yakını	180	36,0%
Cinsiyet	Kadın	286	57,2%
	Erkek	214	42,8%
Yaş	18-25	135	27,0%
	26-30	70	14,0%
	31-35	57	11,4%
	36-40	74	14,8%
	41-50	82	16,4%
	51-60	57	11,4%
	61 yaş ve üstü	25	5,0%
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazarlık yok	14	2,8%
	İlköğretim	116	23,2%
	Lise	174	34,8%
	Üniversite	182	36,4%
	Y.Lisans/Doktora	14	2,8%
Sosyal Güvence	SGK	463	92,6%
	Yeşil Kart	22	4,4%
	Özel Sigorta	15	3,0%
Aylık Gelir	1000 TL ve altı	53	10,6%
	1001-1500 TL	132	26,4%
	1501-2000 TL	79	15,8%
	2001-2500 TL	49	9,8%
	2501-3000 TL	97	19,4%
	3001 TL ve üstü	90	18,0%

Araştırmaya katılanların %64'ü (320 kişi) hasta ve %36'sı (180 kişi) hasta yakınıdır. Araştırmaya katılan hastaların %57'si (286 kişi) kadın ve %43'ü (214 kişi) erkektir. Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde, %92,6'sının (463 kişi) SGK'ya, %4,4'ünün (22 kişi) yeşil karta ve %3'ünün de (15 kişi) özel sigortaya tabi olduğu belirlenmiştir.

4.2. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizinin ifadesi olan alfa (α) katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilecek α katsayısı 1'e ne kadar yakın ise anketin güvenilirlik derecesi o kadar yüksektir.

Araştırma için güvenilirlik analizi hem kalite beklentisi soruları hem de kalite algısı soruları için yapılmıştır.

Çizelge 2. Güvenilirlik analizi

	Cronbach's Alpha	N	N of Items
Kalite Beklentisi	,964	500	22
Kalite Algısı	,948	500	22

4.3. Uygunluk Analizleri

Hair ve arkadaşlarına göre, verilerin uygunluklarının kanıtlanması için üç ayrı teste tabi tutulması gerekir. Bu testler verilerin şekilsel olarak incelenmesini, çarpıklık - basıklık açısından incelenmesini ve Kolmogorov - Smirnov testini içermektedir (Serbest, 2006:54). Verilerin şekilsel olarak incelenmesi araştırmacılara veriler hakkında genel bir bilgi sağlarken, verilerin programa doğru bir şekilde girilip girilmediğini göstermesi açısından önemlidir. Bu inceleme sonucunda verilerin programa girişinde herhangi bir hata olmadığı gözlenmiştir. Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) Testi, analize dahil edilen algılama ile ölçülen verilerin normal dağılım eğrisinde nasıl bir davranış sergilediklerini göstermektedir. Çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 saçılımı normal olarak değerlendirilir. Analize tabi tutulan algı sorularının yalnızca biri dışında bütün değerlerin ± 2 saçılımına uygun olduğu görülmüştür. Kolmogorov - Smirnov Testi, rastgele elde edilmiş örnek bir verinin belirli bir dağılıma (uniform, normal veya poison) uyup uymadığını test etmek amacıyla kullanılır ve prensip olarak Kolmogorov - Smirnov Testi örnek verinin kümülatif dağılım fonksiyonunun öne sürülen kümülatif dağılım fonksiyonuyla karşılaştırılması esasına dayanır (İnternet: <http://www.istatistikanaliz.com>, 20.08.2016). Yapılan test sonucu çıkan anlamlılık (Sig.(2-tailed)) değeri 0,05'in altında olması gerekir. Eğer değer 0,000 ise verilerin anlamlılığı oldukça yüksek demektir. Hem kalite beklentisi hem kalite algısı için yapılan analizler sonucu bütün değerler 0,000 çıkmıştır. Dolayısıyla verilerin anlamlılığının oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

4.4. Servqual Puanlarının Hesaplanması

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen servqual ölçeğinde hizmet kalitesi, hastaların kalite beklentisi ve kalite algısı sorularına verdikleri puanların arasındaki farkın hesaplanması yoluyla belirlenmektedir.

Araştırmada 5'li likert ölçeği kullanılmış olması dolayısıyla beklenti ve algı puanları arasındaki fark -4 ile +4 arasında değerler alacaktır. Araştırma modelinde bahsedildiği üzere beklenti puanı ile algı puanı birbirine eşit ise yani farkları 0 ise aile sağlığı merkezinin hasta beklentilerini karşıladığı ve hastaya beklentileri doğrultusunda doyurucu bir hizmet sunduğu sonucuna ulaşılabilecektir. Servqual puanının 0'dan büyük olduğu durumda, sözü geçen aile sağlığı merkezinde, hastanın beklentilerinin üzerinde bir hizmet verildiği ve hastanın aldığı hizmetten ziyadesiyle memnun olduğu sonucuna varılırken; ideal bir kalite anlayışının

benimsenmiş olduğu aşikârdır. Servqual puanının 0'dan küçük olması halinde ise varılacak sonuç; hasta beklentilerinin karşılanamamış olmasıdır; dolayısıyla eksik, yetersiz ve özensiz bir hizmet anlayışından bahsetmek mümkündür.

Bu açıklamalara ilaveten, servqual puanının 0'dan ne derece büyük ya da ne derece küçük olduğunun da bir hayli önemi vardır. Puanın -4 olması ile -1 olması arasında yorum farkı olacak ve bu fark araştırmacıya, beklentilerin ne oranda karşılanmadığı aksi durumda ise beklentilerin ne oranda karşılandığı hakkında fikir verecektir.

Söz konusu 22 soru için hesaplanan Servqual puanları incelendiğinde en büyük farkın -1,16 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y14)” ifadesinde olduğu saptanmıştır. Bu puan, çalışmaya konu edilen aile sağlığı merkezlerinde hizmet kalitesi açısından en düşük kalite düzeyinin bu ifadeye ait olduğunu ve -1,16'lık fark ile algıların beklentiyi karşılayamadığını göstermektedir. Çalışmada en küçük fark ise -0,21 puana sahip olan “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y18)” ifadesidir. Hem bu iki ifade açısından hem de geriye kalan diğer 20 ifadeden elde edilen puanlar sonucunda, sorun teşkil edecek kadar büyük bir farkın olmaması ile birlikte hastaların beklentilerinin bütünüyle karşılamadığı sonucuna varılmıştır.

Boyutlar bazında Servqual puanları incelendiğinde ise; en büyük boşluğun -0,83'lük bir fark ile Fiziksel Değerler boyutunda, en küçük farkın ise -0,41 puan ile Empati boyutunda olduğu saptanmıştır. Puanlar Çizelge 3'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3. Kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları

Hizmet Kalitesi Boyutları	Bağımlı Değişkenler	Beklenti Puanları Ortalaması O _B	Algı Puanları Ortalaması O _A	Servqual Puanları O _A -O _B	Boyutlar Bazında Servqual Puanları
Fiziksel Değerler	Y ₁ 1	4,69	3,60	-1,09	-0,83
	Y ₁ 2	4,82	4,51	-0,31	
	Y ₁ 3	4,86	4,12	-0,74	
	Y ₁ 4	4,79	3,62	-1,16	
Güvenilirlik	Y ₁ 5	4,82	4,41	-0,41	-0,42
	Y ₁ 6	4,83	4,37	-0,46	
	Y ₁ 7	4,82	4,44	-0,38	
	Y ₁ 8	4,87	4,46	-0,41	
	Y ₁ 9	4,84	4,38	-0,46	
Heveslilik	Y ₁ 10	4,79	4,34	-0,45	-0,50
	Y ₁ 11	4,82	4,33	-0,49	
	Y ₁ 12	4,77	4,30	-0,47	
	Y ₁ 13	4,80	4,19	-0,61	
	Y ₁ 14	4,84	4,37	-0,47	
Güvence	Y ₁ 15	4,85	4,44	-0,40	-0,43
	Y ₁ 16	4,71	4,21	-0,50	
	Y ₁ 17	4,83	4,23	-0,60	
	Y ₁ 18	4,84	4,63	-0,21	
Empati	Y ₁ 19	4,73	4,37	-0,36	-0,41
	Y ₁ 20	4,79	4,39	-0,40	
	Y ₁ 21	4,64	4,21	-0,43	
	Y ₁ 22	4,77	4,30	-0,47	

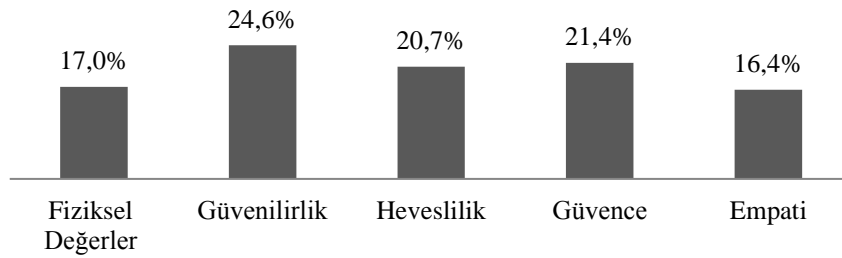
Çizelge 3 incelendiğinde en yüksek beklenti düzeyinin 4,87 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yapacağı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁8)” ve en düşük beklenti düzeyinin ise 4,64 puan ile “Personelin, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olması (Y₁21)” olduğu görülmüştür. Dolayısıyla aile sağlığı merkezinde hizmet alan hastaların sağlık durumunu ve kuruma olan güvenini doğrudan etkileyecek olan teşhis ve tedavinin yerinde ve güvenilir olması beklentisinin yüksek bir değere sahip olması öngörülen bir sonuçtur. En düşük beklenti düzeyine sahip olan, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olunması ifadesi ise hastalar gözünde aile sağlığı merkezinin doğru teşhis koyup, yerinde ve güvenilir tıbbi müdahaleler gerçekleştirmesinin, özel istek ve ihtiyaçların karşılanmasından çok daha mühim olduğu gerçeğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla hastaların beklentisinin, hastalık durumunun ortadan kaldırılması ile ilişkili parametrelerde yoğunlaştığı saptanmıştır.

Kalite algısı ifadelerine verilen puanların ortalaması incelendiğinde ise en yüksek algı düzeyini 4,63 puan ile “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılması (Y₁18)” ve bunu 4,46 puan ile takip eden “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması

(Y₁₈)” ifadelerinin oluşturduğu görülmüştür. En düşük algı düzeyine ise 3,60 puan ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)” ifadesi sahiptir. Bu durum, adı geçen aile sağlığı merkezlerindeki personelin yaptığı tıbbi müdahalenin güvenilir ve uygun olduğu aynı zamanda hasta bilgilerinin paylaşılmaması konusunda da titiz davranarak yüksek kalite algısını oluşturduğunu gösterirken; modern ve yeterli ekipmana sahip olma konusunda diğer parametrelere göre daha düşük kalite algısına sahip oldukları saptanmıştır.

Söz konusu 22 soru için hesaplanan Servqual puanları incelendiğinde en büyük farkın -1,16 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadesinde olduğu saptanmıştır. Bu puan, çalışmaya konu edilen aile sağlığı merkezlerinde hizmet kalitesi açısından en düşük kalite düzeyinin bu ifadeye ait olduğunu ve -1,16’lık fark ile algıların beklentiyi karşılayamadığını göstermektedir. Çalışmada en küçük fark ise -0,21 puana sahip olan “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₈)” ifadesidir. Hem bu iki ifade açısından hem de geriye kalan diğer 20 ifadeden elde edilen puanlar sonucunda, sorun teşkil edecek kadar büyük bir farkın olmaması ile birlikte hastaların beklentilerinin bütünüyle karşılamadığı sonucuna varılmıştır.

Kalite beklentisi ve kalite algısı ifadelerine verilen puanlar ile boyutlar bazında elde edilen Servqual puanları, sunulan hizmetin kalitesinin seviyesi hakkında aile sağlığı merkezlerinin yönetimine iyileştirilmesi gereken hizmetler hakkında bilgi sağlamaktadır. İyileştirme çalışmalarına nereden başlanması gerektiği konusunda önceliklerin belirlenmesi de bu aşamada büyük önem arz etmektedir. Hangi hususlara öncelik verilmesi gerektiğini doğru bir şekilde belirleyebilmek için, hastaların hizmet kalitesi boyutlarına verdikleri önem derecesinin de değerlendirmeye alınması gerekmektedir. Grafik 1’de boyutların önem derecelerine göre ağırlıkları on aile sağlığı merkezini de içine alan grafikte gösterilmiştir.



Grafik 1. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları

Araştırmaya katılan hastaların hizmet kalitesi boyutlarına verdikleri önem derecelerinin incelenmesi sonucunda, en büyük önceliği güvenilirlik boyutuna verdikleri ve bunu sırasıyla güvence, heveslilik, fiziksel değerler boyutu ile empati boyutunun takip ettiği görülmüştür. En fazla ağırlığın güvenilirlik, güvence ve heveslilik boyutlarına verilmiş olması uygulamanın sağlık sektöründe yapılması dolayısıyla en ufak bir hatanın bile telafisinin olmayışından kaynaklanmaktadır.

4.5. Hipotez Testleri ve Değerlendirme

Hipotezlerin test edildiği bu bölümde verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 Paket Programı %95 güven aralığında kullanılmıştır. %5 hata payı için anlamlılık değeri 0,05'ten büyük ise H0 kabul edilmiş; 0,05'ten küçük ise H0 reddedilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonucu 0,000 çıkmıştır. Dolayısıyla değişkenlerin parametrik dağılıma uymadığı anlaşılmıştır. Bu bakımdan ikili bağımsız örneklemelerin analizinde Mann-Whitney U Testi ve çoklu bağımsız örneklemelerin analizinde ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Yapılan bu testler sonucunda ise anlamlılık (Asymp. Sig.) değerleri yorumlanmıştır.

H_0^1 : Algılanan hizmet kalitesi hasta ve hasta yakınına göre farklılık göstermemektedir.

H_1^1 : Algılanan hizmet kalitesi hasta ve hasta yakınına göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. Algılanan hizmet kalitesinin hasta ve hasta yakınına göre anlamlılığı

Ranks				
	AnketiCevaplayan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Algılanan Hizmet Kalitesi	Hasta	320	240,30	76895,50
	Hasta yakını	180	268,64	48354,50
	Total	500		

Mann-Whitney U Test	
	Algılanan Hizmet Kalitesi
Mann-Whitney U	25535,500
Z	-2,111
Asymp. Sig. (2-tailed)	,035

Anketi cevaplayana göre aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Bu analizin sonucu Çizelge 4'de gösterilmiştir. Çizelgede görüldüğü üzere anlamlılık değeri 0,05'ten küçük çıkmıştır. Dolayısıyla H0 yani algılanan hizmet kalitesinin anketi cevaplayana göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilmiş, hasta yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu anlaşılmıştır.

H_0^2 : Algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

H_1^2 : Algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 5. Algılanan hizmet kalitesinin cinsiyete göre anlamlılığı

Ranks				
	Cinsiyet	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Algılanan	Kadın	286	254,84	72883,00
Hizmet	Erkek	214	244,71	52367,00
Kalitesi	Total	500		

Mann-Whitney U Test

	Algılanan Hizmet Kalitesi
Mann-Whitney U	29362,000
Z	-,778
Asymp. Sig. (2-tailed)	,437

Cinsiyete göre aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Analizin sonucu Çizelge 5’de gösterilmiştir. Buna göre H₀ yani algılanan hizmet kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilememiştir.

H₀³ : Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁³ : Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 6. Algılanan hizmet kalitesinin yaş gruplarına göre anlamlılığı

Ranks			
	Yaş	N	Mean Rank
	18-25	135	222,65
	26-30	70	225,99
Algılanan	31-35	57	252,70
Hizmet	36-40	74	283,14
Kalitesi	41-50	82	252,82
	51-60	57	259,02
	61 yaş üstü	25	340,88
	Total	500	

Kruskal Wallis Test

	Algılanan Hizmet Kalitesi
Chi-Square	20,944
Df	6
Asymp. Sig.	,002

Yaş gruplarına göre aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz Çizelge 6’de gösterilmiştir. Buna göre H₀ yani algılanan hizmet kalitesinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilmiştir. Sırasıyla 61 yaş üstü, 36-40 yaş arası ve 51-60 yaş arası hastaların, gene sırasıyla 18-25 yaş arası, 26-30 yaş arası, 31-35 yaş arası ve 41-50 yaş arası hastalara göre algıladıkları hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu anlaşılmıştır.

H₀⁴ : Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.

H₁⁴ : Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 7. Algılanan hizmet kalitesinin eğitim düzeyine göre anlamlılığı

Ranks			
	Eğitim Düzeyi	N	Mean Rank
Algılanan Hizmet Kalitesi	Okur-yazarlık yok	14	286,21
	İlköğretim	116	286,41
	Lise	174	246,22
	Üniversite	182	229,03
	Y.Lisans/Doktora	14	249,54
Total		500	
Kruskal Wallis Test			
	Algılanan Hizmet Kalitesi		
Chi-Square	12,262		
Df	4		
Asymp. Sig.	,016		

Eğitim düzeyine göre aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz Çizelge 7’te gösterilmiştir. Buna göre H₀ yani algılanan hizmet kalitesinin eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilmiş, okur-yazar olmayan hastalar ile ilköğretim düzeyinde eğitime sahip hastaların, sırasıyla üniversite, lise ve yüksek lisans/doktora eğitimi almış hastalara oranla algıladıkları hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

H_0^5 : Algılanan hizmet kalitesi sosyal güvence faktörüne göre farklılık göstermemektedir.

H_1^5 : Algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye faktörüne göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 8. Algılanan hizmet kalitesinin sosyal güvenceye göre anlamlılığı

Ranks			
	SosyalGüvence	N	Mean Rank
Algılanan	SGK	463	248,47
Hizmet	Yeşil kart	22	310,05
Kalitesi	Özel sigorta	15	225,93
	Total	500	

Kruskal Wallis Test	
	Algılanan Hizmet Kalitesi
Chi-Square	4,287
Df	2
Asymp. Sig.	,117

Sosyal güvenceye göre aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz Çizelge 8’de gösterilmiştir. Çizelgeye göre anlamlılık değeri 0,05’ten büyük çıkmıştır. Dolayısıyla H_0 yani algılanan hizmet kalitesinin sosyal güvence faktörüne göre değişiklik göstermediği hipotezi reddedilememiştir.

H_0^6 : Algılanan hizmet kalitesi aylık gelire göre farklılık göstermemektedir.

H_1^6 : Algılanan hizmet kalitesi aylık gelire göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 9. Algılanan hizmet kalitesinin aylık gelire göre anlamlılığı

Ranks			
	AylıkGelir	N	Mean Rank
Algılanan Hizmet Kalitesi	1000TL ve altı	53	245,28
	1001-1500TL	132	267,60
	1501-2000TL	79	226,53
	2001-2500TL	49	276,09
	2501-3000TL	97	244,95
	3001TL ve üstü	90	241,58
Total		500	

Kruskal Wallis Test	
	Algılanan Hizmet Kalitesi
Chi-Square	6,152
df	5
Asymp. Sig.	,292

Aylık gelire göre aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz Çizelge 9’de gösterilmiştir. Çizelgeye göre anlamlılık değeri 0,05’ten büyük çıkmıştır. Dolayısıyla H_0 yani algılanan hizmet kalitesinin aylık gelire göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilememiştir.

Algılanan hizmet kalitesinin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini bulmayı amaçlayan hipotez testlerinin sonuçları incelendiğinde; cinsiyet, sosyal güvence ve aylık gelir ile algılanan hizmet kalitesi arasında bir fark görülmemiştir. Bununla birlikte algılanan hizmet kalitesi, anketi cevaplayana, yaşa ve eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir.

SONUÇ

Gelişen teknoloji ve değişen yöntemlerin faaliyete geçirilmesi hizmet sektörünün gelişiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. Müşteri istek ve ihtiyaçları doğrultusunda arzu edilen niteliklere sahip olan hizmetlerin ömrünün daha uzun olacağı yadsınamaz bir gerçektir. Hizmet sektörü içinde yer alan sağlık hizmetleri ise diğer hizmet alanlarına kıyasla daha fazla dikkat, özveri ve emek gerektiren bir alan olduğu için yüksek derecede güvenilirliğe sahip olmalıdır. Çünkü sağlık hizmetleri insan sağlığı ile doğrudan ilişkili bir alandır ve yapılacak bir hata veya olası bir dikkatsizlik hastada kalıcı bir hasara yol açabileceği gibi ölümle

sonuçlanma riskini de beraberinde getirmektedir. Bu sebepten ötürü sağlık hizmetleri büyük bir özen gerektirir. Dolayısıyla diğer hizmetlere oranla sağlık hizmeti sunumu çok daha yüksek kalite standartlarına sahip olmalıdır.

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda ve araştırmaya konu olan aile sağlığı merkezlerinde görev alan gerek doktorların gerek hemşirelerin gerekse diğer hizmet personelinin, hastanın güven ve sevgisini kaybetmemeleri için doğru bir yönetim anlayışı ile beklentileri karşılamaya yönelik çalışmalar yapmaları gerekmektedir. Bunun yolu da etkili bir kalite yönetim sisteminin kurulmasından geçmektedir. Kalite iyileştirme çalışmalarının ilk adımı mevcut durumun tespit edilmesidir. Mevcut durumun tespiti, müşterilerin sunulan hizmeti değerlendirmesi yoluyla yapılır. Bu adım işletmeye ya da kuruma iyileştirme çalışmalarına nereden başlanacağını gösterdiği gibi uygulanan yöntemin sonuçları elde edildiğinde ne kadar bir ilerleme sağlandığının da bilgisini verecektir. Dolayısıyla bu tez çalışması, söz konusu aile sağlığı merkezlerinde kalite iyileştirme çalışmalarına bir yön verilmesi ve dikkat edilmesi gereken hususların belirlenmesi açısından önemlidir.

Niğde ilinde hizmet veren on adet aile sağlığı merkezinde sunulan hizmetin kalitesini ölçmeyi amaçlayan bu çalışmada, uygulama sonucu elde edilen veriler analiz edilerek Servqual puanları hesaplanmış ve sunulan hizmetlere verilen bu puanların hastaların demografik özellikleri ile ilişkileri incelenmiştir. Beklentilerin tamamını karşılamaya oldukça yakın olan söz konusu aile sağlığı merkezlerinde yapılan incelemeler neticesinde en düşük hizmet kalitesine sahip alanın fiziksel değerler olduğu tespit edilmiştir. Bekleme salonu ve tedavi odaları gibi ek hizmet alanları başta olmak üzere bütün fiziksel koşulların gözden geçirilmesi gerektiği sunucuna varılmıştır.

Aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastaların en önem verdikleri kalite boyutlarının güvenilirlik ve güvence boyutları olduğu belirlenmiştir. Ancak çok belirgin bir fark olmaması ile birlikte en yüksek kalite algısının ise empati ve güvenilirlik boyutunda olduğu görülmüştür. Bu sebeple aile sağlığı merkezlerinin yönetiminin güvence boyutu içinde yer alan hususlar üzerinde iyileştirme çalışmaları yapması gerekmektedir.

Sonuç olarak, beklentileri karşılama konusunda oldukça başarılı olan on adet aile sağlığı merkezinin bu zamana kadar yaptıkları kalite çalışmalarına ara vermeden devam etmesi, yapılan uygulama sonunda çıkan sonuçlar ışığında, belirtilen noktalarda iyileştirmeler yapması ve ilerleyen dönemlerde tekrar hizmet kalitesi ölçümü yaptırarak gelişimi takip etmesi tavsiye edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akın, B., Çetin, C., Erol, V. (1998). *Toplam kalite yönetimi ve ISO 9000 kalite güvence sistemi*. (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 117.
- Deming, E.W. (1998). *Krizden çıkış*. (2. Baskı). İstanbul: KalDer Yayınları, 137.
- Eser, Z. (2007). *Hizmetlerde pazarlama iletişimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 11.
- Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S., Yapraklı, Ş. (2008). *Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti*. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık, 33.
- Ishikawa, K. (1997). *Toplam kalite kontrol*. (2. Baskı). İstanbul: KalDer Yayınları, 47.
- İçöz, O. (2005). *Hizmet pazarlaması*. Ankara: Turhan Kitabevi, 48.
- İslamoğlu, A.H., Candan, B., Haciefendioğlu, Ş., Aydın, K. (2006). *Hizmet pazarlaması*. (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım A.Ş., 18.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları, 3, 14.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlıkın Tanımı; Başaçıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, (3), 47.
- Kotler, P. (1997). *Marketing management: analysis, planning, implementation and control*. (9. Baskı). New Jersey: Prentice Hall International, Inc., 467.
- Kozak, N., Özel, Ç.H., Yüncü, D. (2011). *Hizmet pazarlaması*. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık, 9.
- Murat, G., Çelik, N. (2007). Analitik hiyerarşi süreci yönetimi ve otel işletmelerinde hizmet kalitesini değerlendirme: Bartın örneği. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(6), 2.
- Öztek, Z. ve Kubilay, G. (2008). Toplum Sağlığı Hemşireliği. (3. Baskı). Ankara: Palme Yayıncılık.
- Öztürk, S.A. (2007). *Hizmet pazarlaması*. (7. Baskı). Eskişehir: Ekin Yayınevi, 3, 20.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(Fall), 41-50.
- Serbest, N. (2006). *Sağlık sektöründe hizmet kalitesi ve müşteri tatminin ölçülerek davranışlar üzerindeki etkisinin bulunmasına yönelik model çalışması (Yüksek Lisans Tezi)*. Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 54.
- Sevim, Ş., Akdemir, A., Vatanserver, K. (2008). Lojistik faaliyetlerinde dış kaynak kullanan işletmelerin aldıkları hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesine yönelik bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 13(1), 10.
- Seyran, D. (2004). *Hizmet kalitesi: modeller ve hizmet kalitesine yeni bir bakış açısı*. İstanbul: KalDer Yayınları, 19, 38.
- Sözen, C. (2003). *Hemşirelikte Yönetim*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Şimşek, M. (2007). *Kalite yönetimi*. (5. Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları, 5.
- Taşkesenlioğlu, Z. (2010). *MÜSİAD Araştırma raporları:63. 2009 yılı hizmet sektör raporu*, 9.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. and Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (5. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 7.
- Ünal, D. (2014). Önsöz. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8, IX.
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. İstanbul: İTO Yayınları.
- Kolmogorov-Smirnov (K-S) Testi. Erişim tarihi: 20 Ağustos 2016.
<http://www.istatistikanaliz.com/kolmogorov-smirnov-testi.asp>
- Toplam kalite yönetimi ve kalite kavramları. Erişim tarihi: 28 Mayıs 2016.
<http://www.merih.net/ml/whulkuz11.htm>