

**T.C.
GAZI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİ
VE HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL YÖNTEMİ İLE
ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA**

DİLARA ŞANSEL ARISOY

**İŞLETME ANABİLİM DALI
ÜRETİM YÖNETİMİ BİLİM DALI**

EYLÜL 2017



**SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİ VE HİZMET
KALİTESİNİN SERVQUAL YÖNTEMİ İLE ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK
BİR UYGULAMA**

Dilara Şansel ARISOY

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
ÜRETİM YÖNETİMİ BİLİM DALI**

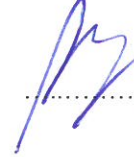
**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2017

Dilara Şansel ARISOY tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

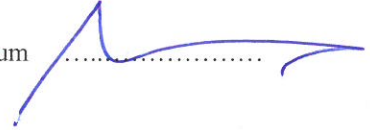
Danışman: Prof. Dr. Abdullah ERSOY
İşletme Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



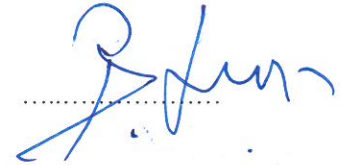
Başkan: Doç. Dr. Mehmet BAŞ
İşletme Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Doç. Dr. Bahar KURTULMUŞOĞLU
İşletme Bölümü, Başkent Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 25.09.2017

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



.....
Prof. Dr. Hilmi ÜNSAL
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Dilara Şansel ARISOY

25/09/2017

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİ VE HİZMET KALİTESİNİN
SERVQUAL YÖNTEMİ İLE ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA

(Yüksek Lisans Tezi)

Dilara Şansel ARISOY

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Eylül 2017

ÖZET

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 tatminin 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.

Bilim Kodu : 1143

Anahtar Kelimeler : Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmetleri Kalitesi, Servqual

Sayfa Adedi : 122

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Abdullah ERSOY

SERVICE QUALITY IN THE HEALTHCARE SERVICES AND AN APPLICATION
TO MEASURE SERVICE QUALITY WITH SERVQUAL METHOD

(Master Thesis)

Dilara Şansel ARISOY

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

September 2017

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 an service quality is interpreted according to scores.

Science Code : 1143

Keywords : Service Quality, Quality of Health Services, Servqual

Page Number : 122

Supervisor : Prof. Dr. Abdullah ERSOY

TEŐEKKÖRLER

Tez alıőmamn her aşamasında bana rehberlik eden, yardım ve bilgilerini esirgemeyen, tecrübelerinden azami ölçüde yararlandığım danıőmanım Prof. Dr. Abdullah ERSOY'a ve çok kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Mesiha SAAT ERSOY'a teőekkörü bir borç bilirim.

Araőtırmamn analizleri sırasında doğru ve güvenilir sonuçlar elde edebilmem için aldığı eğitim doğrultusunda bilgi ve donanımını benimle paylaşan biricik kardeőim Ahmet Buğra ARISOY baőtta olmak üzere eğitimime son derece önem veren, her zaman her konuda arkamda olan, beni bugünlere getiren canım annem ve sevgili babama sonsuz teşekkürler!

Dilara şansel ARISOY

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|------------------------------|--------------|
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| TEŞEKKÜRLER | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR..... | xvi |
| GİRİŞ..... | 1 |

1. BÖLÜM

HİZMET VE SAĞLIK HİZMETLERİ

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. Hizmetin Tanımı | 4 |
| 1.2. Hizmetin Özellikleri..... | 7 |
| 1.2.1. Dokunulmazlık (Soyut olması) | 7 |
| 1.2.2. Dayanıksızlık (Stoklanamaması) | 8 |
| 1.2.3. Çeşitlilik (Standardize edilememesi) | 9 |
| 1.2.4. Ayrılmazlık (Üretim ve tüketimin eş zamanlı olması)..... | 9 |
| 1.2.5. Sahipliğin olmaması..... | 10 |
| 1.3. Hizmetin Sınıflandırılması..... | 11 |
| 1.4. Sağlığın Tanımı..... | 15 |
| 1.5. Sağlık Sistemi | 18 |
| 1.6. Sağlık Hizmetleri Kavramı | 20 |
| 1.6.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri | 21 |
| 1.6.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması | 23 |
| 1.6.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri | 23 |
| 1.6.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri | 26 |
| 1.6.2.3. Rehabilitasyon hizmetleri | 27 |
| 1.6.2.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri..... | 28 |

Sayfa

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1.6.3. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi | 28 |
|-------------------------------------------------------|----|

2. BÖLÜM**HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. Kalitenin Tanımı | 31 |
| 2.2. Hizmet Kalitesi | 33 |
| 2.2.1. Hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenleri | 36 |
| 2.2.2. Hizmet kalitesini etkileyen faktörler | 38 |
| 2.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları | 40 |
| 2.4. Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri..... | 45 |
| 2.4.1. Grönroos’un algılanan hizmet kalitesi modeli | 47 |
| 2.4.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry’nin kavramsal hizmet kalitesi modeli | 48 |
| 2.4.3. Cronin ve Taylor’un hizmet kalitesi modeli | 55 |
| 2.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite..... | 55 |
| 2.5.1. Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı | 57 |
| 2.5.2. Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları | 58 |

3. BÖLÜM**SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK KARŞILAŞTIRMALI BİR UYGULAMA**

| | |
|---------------------------------------------|----|
| 3.1. Araştırmanın Amacı..... | 63 |
| 3.2. Araştırmanın Önemi..... | 63 |
| 3.3. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları | 63 |
| 3.4. Araştırmanın Metodolojisi | 64 |
| 3.4.1. Araştırmanın modeli..... | 64 |
| 3.4.2. Veri toplama yöntemi..... | 65 |
| 3.4.3. Araştırmanın örnekleme yöntemi..... | 67 |
| 3.4.4. Araştırmanın değişkenleri | 67 |

| | Sayfa |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| 3.4.5. Araştırmanın varsayımları..... | 70 |
| 3.4.6. Araştırmanın hipotezleri..... | 70 |
| 3.5. Araştırmanın Bulguları ve Değerlendirilmesi..... | 71 |
| 3.5.1. Katılımcıların demografik özellikleri..... | 71 |
| 3.5.2. Verilerin analizi..... | 74 |
| 3.5.2.1. Güvenilirlik analizi..... | 74 |
| 3.5.2.2. Uygunluk analizleri | 75 |
| 3.5.2.2.1. Şekilsel inceleme | 75 |
| 3.5.2.2.2. Çarpıklık - Basıklık incelemesi | 77 |
| 3.5.2.2.3. Kolmogorov - Smirnov Testi..... | 78 |
| 3.5.2.3. Servqual puanlarının hesaplanması | 80 |
| 3.5.3. Hipotez testleri ve değerlendirme | 100 |
| SONUÇ | 107 |
| KAYNAKLAR | 110 |
| EKLER..... | 117 |
| EK-I Anket Formu | 118 |
| ÖZGEÇMİŞ | 122 |

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

| Çizelge | Sayfa |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Çizelge 1.1. Hizmet sektöründeki büyümenin nedenleri | 4 |
| Çizelge 1.2. Hizmetin tanımları | 5 |
| Çizelge 1.3. Hizmetin yapısına yönelik sınıflandırma | 12 |
| Çizelge 1.4. Hizmetleri sınıflandırma çalışmaları | 13 |
| Çizelge 1.5. Sağlık kaynakları ve riskleri | 17 |
| Çizelge 2.1. Hizmet kalitesinin boyutları | 41 |
| Çizelge 2.2. Hizmet sektöründe kalite ölçüm modelleri | 45 |
| Çizelge 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri | 71 |
| Çizelge 3.2. Kalite beklentisi güvenilirlik analizi | 75 |
| Çizelge 3.3. Kalite algısı güvenilirlik analizi | 75 |
| Çizelge 3.4. Kalite beklentisinin şekilsel olarak incelenmesi | 76 |
| Çizelge 3.5. Kalite algısının şekilsel olarak incelenmesi | 76 |
| Çizelge 3.6. Kalite algısının çarpıklık - basıklık incelemesi | 77 |
| Çizelge 3.7. Kalite beklentisinin kolmogorov - smirnov testi | 78 |
| Çizelge 3.8. Kalite algısının kolmogorov - smirnov testi | 79 |
| Çizelge 3.9. Hastaların kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 83 |
| Çizelge 3.10. Şehit Kahraman Çelikbaş Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 86 |
| Çizelge 3.11. 2 Nolu Dr. Hüseyin Ülkü Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 87 |
| Çizelge 3.12. 3 Nolu Dr. Doğan Baran Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 88 |
| Çizelge 3.13. 4 Nolu Şehit Uzm. Çvş. Kenan Erdem Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 89 |
| Çizelge 3.14. Hidayet Okay Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 90 |

| Çizelge | Sayfa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Çizelge 3.15. Halk Sağlığı Laboratuvarı Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 91 |
| Çizelge 3.16. AÇS ve AP Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 92 |
| Çizelge 3.17. Niğde Evleri Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 93 |
| Çizelge 3.18. Belma ve Mümtaz Çankaya Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 94 |
| Çizelge 3.19. Hüdavent Hatun Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları | 95 |
| Çizelge 3.20. Algılanan hizmet kalitesinin anketi cevaplayana göre anlamlılığı | 100 |
| Çizelge 3.21. Algılanan hizmet kalitesinin cinsiyete göre anlamlılığı | 101 |
| Çizelge 3.22. Algılanan hizmet kalitesinin yaş gruplarına göre anlamlılığı..... | 102 |
| Çizelge 3.23. Algılanan hizmet kalitesinin eğitim düzeyine göre anlamlılığı..... | 103 |
| Çizelge 3.24. Algılanan hizmet kalitesinin sosyal güvenceye göre anlamlılığı | 104 |
| Çizelge 3.25. Algılanan hizmet kalitesinin aylık gelire göre anlamlılığı | 105 |

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

| Şekil | Sayfa |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Şekil 1.1. Ürünlerin soyutluk ve somutluk özelliğine göre dizilimi | 7 |
| Şekil 1.2. Hizmet dayanıksızlığının sebep ve sonuçları | 8 |
| Şekil 1.3. Hizmet çeşitliliğinin sebep ve sonuçları | 9 |
| Şekil 1.4. Hizmetlerde sahipliğin olmamasının sebep ve sonuçları..... | 11 |
| Şekil 1.5. Sağlığın boyutları..... | 16 |
| Şekil 1.6. Sağlık sistemi..... | 19 |
| Şekil 1.7. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri | 22 |
| Şekil 1.8. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırması..... | 23 |
| Şekil 2.1. Toplam algılanan kalite | 36 |
| Şekil 2.2. Grönroos ve Gummesson'un kalite modeli | 37 |
| Şekil 2.3. Hizmet kalitesini etkileyen faktörler | 40 |
| Şekil 2. 4. Hizmet kalitesinin müşteri görüşü | 44 |
| Şekil 2.5. Hizmet kalitesinin on temel boyutu ve servqual boyutları arasındaki ilişki... | 44 |
| Şekil 2.6. Hizmet kalitesinin kavramsal modeli | 50 |
| Şekil 2.7. Algılanan ve beklenen hizmetin karşılaştırılması..... | 54 |
| Şekil 3.1. Araştırmanın modeli | 65 |
| Şekil 3.2. Katılımcıların cevaplayana göre dağılımı..... | 72 |
| Şekil 3.3 Katılımcıların cinsiyet dağılımı | 72 |
| Şekil 3.4. Katılımcıların yaş dağılımı | 73 |
| Şekil 3.5. Katılımcıların eğitim düzeyi dağılımı..... | 73 |
| Şekil 3.6. Katılımcıların sosyal güvence dağılımı | 73 |
| Şekil 3.7. Katılımcıların aylık gelir dağılımı | 74 |
| Şekil 3.8. Beşli likert ölçeğine göre servqual puanlarının derecelendirilmesi..... | 81 |
| Şekil 3.9. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 97 |
| Şekil 3.10. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 97 |

| Şekil | Sayfa |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Şekil 3.11. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 98 |
| Şekil 3.12. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 98 |
| Şekil 3.13. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 98 |
| Şekil 3.14. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 98 |
| Şekil 3.15. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 98 |
| Şekil 3.16. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 99 |
| Şekil 3.17. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 99 |
| Şekil 3.18. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 99 |
| Şekil 3.19. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları | 99 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

| Simgeler | Açıklamalar |
|-----------------|----------------------------------------|
| a | Alfa |
| AH | Algılanan hizmet algı puanı ortalaması |
| AP | Algı Puanı |
| At | Belirtilen ifadenin algı puanı |
| BH | Beklenen hizmet |
| BP | Beklenti puanı |
| Bt | Belirtilen ifadenin beklenti puanı |
| H | Hipotez |
| OA | Algı puanı ortalaması |
| OB | Beklenti puanı ortalaması |
| Pt | Belirtilen ifadenin servqual puanı |
| SP | Servqual Puanı |
| X | Bağımsız değişken |
| Y | Bağımlı değişken |
| Z | Araştırmanın güven aralığı |

| Kisaltmalar | Açıklamalar |
|--------------------|-------------------------------------------------|
| AÇSAP | Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri |
| ASM | Aile Sağlığı Merkezi |
| ASQC | Amerikan Kalite Kontrol Derneği |
| EOQC | Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu |

GİRİŞ

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.

Hizmet sektörü bilgi, teknoloji, küreselleşme ve iletişimin hızlı gelişimi ile bugün önemli bir konumdadır. 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 bir alandır. Bu sebepten ötürü sağlık hizmetleri sunan gerek kamu kurumlarının gerekse özel kurumların bu alanda belli bir kalite standardını yakalaması ve müşteri memnuniyetini sağlaması son derece önemlidir. Bu kurumların belli kalite hedefleri edinmeleri, müşteri beklenti ve algısını ölçmeye yönelik çalışmalar yapmaları, beklenti ve algılar arasındaki farkın en aza indirilebilmesi için de bir takım çabalar göstermeleri gereklidir. Dolayısıyla müşteri beklenti ve algılarının tespiti üzerine inşa edilmiş ve birçok bilim adamı tarafından da kabul görmüş Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli hizmet kalitesinin düzeyini belirlemede sıkça kullanılan bir yöntemdir.

Tezin birinci bölümünde hizmet, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları açıklanmış, bu kavramlara ait özellikler sıralanmış ve bu kavramların sınıflandırılmasına yer verilmiştir. Tezin ikinci bölümünde kalite ve hizmet kalitesi kavramları ile hizmet kalitesi boyutları ve ölçüm modellerine yer verilmiş, son olarak da sağlık hizmetlerinde kalite ve boyutları açıklanmıştır.

Birçok çalışma alanı için aktif bir yol gösterici ve kolay analizi ile birlikte net sonuçlar ortaya çıkararak Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli bir ankettir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerine uyarlanan anket (Ek-I) üç bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk sayfasında

anketin yapılış amacı açıklanmış ve demografik bilgileri almaya yönelik sorular sorulmuştur.

Anketin birinci bölümünde Servqual ölçeğinin sağlık kurumlarına uyarlanan ve hastaların hizmet aldıkları kurumdan beklentilerini ölçmeyi amaçlayan 22 sorusu mevcuttur. Bu bölümde hastalara mükemmel bir aile sağlığı merkezinin nasıl olması gerektiğine dair sorular sorulmuş ve hastaların bu sorulara ilişkin beklentilerini “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arası hazırlanan ölçekte puanlandırmaları istenmiştir.

Anketin ikinci bölümünde, aile sağlığı merkezleri ve sundukları hizmetlerin taşınması gereken özellikler beş madde olacak şekilde sıralanmış ve hastalardan önceliklerine göre toplam 100 puanı bu beş maddeye dağıtmaları istenmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde ise, anketin birinci bölümünde yer alan 22 beklenti sorusu düzenlenerek hizmet alınan aile sağlığı merkezi için sorulmuş ve hastalardan “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arası ölçeklendirilen sorular yoluyla hizmet aldıkları aile sağlığı merkezinden algılamalarının belirtilmesi istenmiştir.

Bu tezde, Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli, sağlık hizmetlerine uyarlanmış ve Niğde ilinde faaliyet gösteren toplamda 10 adet aile sağlığı merkezinde hizmet kalitesi ölçümü yapılmıştır.

1. BÖLÜM

HİZMET VE SAĞLIK HİZMETLERİ

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.

Ülkemizde hizmetin, sektörler bazında geçmişten günümüze kadar olan gelişimi yükselen bir trend izlemiştir. Osmanlı döneminde ülkenin geçim kaynağı olan tarım bize ekonomik gelişmişlik seviyesinin düşük olduğu izlenimini verirken; Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren sanayi ve ticaret alanında atılan güçlü adımlar ekonomiyi başka bir yöne çekmiş, aynı zamanda hizmet sektörünün gelişmesi yolunda da ilk tohumları atmıştır.

Ülkemiz hizmet sektörü, dünya ekonomisindeki gelişmeye paralel bir seyir izlemiştir. İstihdamın besleyicisi konumunda olması ve GSMH'ye olan katkıları dolayısıyla ekonomimizin vazgeçilmezi haline gelmiştir. Hizmet sektörünün öneminin artmasındaki diğer bir boyutsa imalat sanayinin gitgide hizmet işletmelerine bağlı hale gelişidir. Günümüzde, imalat sanayisi şirketlerinin de rekabet avantajlarının artık üretilen ürün özelliklerinden kaynaklı olmaktan çıkıp, bu ürünlerle ilgili hizmetlerde ne kadar başarı sağladıklarıyla doğru orantılı hale gelmiştir. Tüketici problemlerine etkili çözümler sunulması, esneklik, ürün dağıtım hızı, satış sonrası hizmet bunlardan yalnızca bir kaçıdır.

Cowell'e göre, hizmet sektöründeki büyümenin nedenleri Çizelge 1.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 1.1. Hizmet sektöründeki büyümenin nedenleri

| | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bolluktaki artış | Daha önce tüketicilerce yapılan bahçe bakımı, halı temizleme vb. hizmetlere olan talebin artması. |
| Daha fazla boş vakit | Seyahat acentaları, konaklama tesisleri, yetişkin eğitim kurslarına olan talebin artması. |
| İş gücünde kadınların oranındaki artış | Gündüz bakım yapan hemşireler, ev hizmetçiliği ve ev dışı yemeklere olan talepteki artış. |
| Daha yüksek hayat beklentisi | Ev hemşireliği ve sağlık bakım hizmetlerine olan talebin artışı. |
| Ürünlerin daha fazla karmaşık olması | Otomobil ve bilgisayar gibi karmaşık ürünlerin bakımını sağlamak için yetenekli uzmanlara duyulan talepteki artış. |
| Hayatın karmaşıklığının artışı | Gelir vergisi düzenleyicileri, evlilik danışmanları, mali müşavirler ve iş bulma kurumlarına duyulan talepteki artış. |
| Ekoloji ve kaynak kıtlığı konusundaki ilgi artışı | Evden eve taşımacılık, sahiplik yerine kiralama (otomobil kiralama gibi) hizmetlerine olan talepteki artış. |
| Yeni ürünlerin sayısındaki artış | Bilgisayarlaşmanın doğurduğu programcılık, bakım onarım benzeri hizmetlerin gelişimi. |

Kaynak: Cowell, 1988: 14.

1.1. Hizmetin Tanımı

Günümüzde hemen hemen tüm örgütler varoluş amaçlarını “hizmet vermek: halka tüketiciye hizmet etmek” biçiminde ifade etmektedirler (Öztürk, 2007: 3). Her türlü ekonomik faaliyetin yerine getirilmesinde hayati bir role sahip olan hizmetler geniş bir alanı kapsamaktadır. Sektörün içeriğinde danışmanlık, mühendislik, ulaştırma, yazılım, sağlık, eğitim, kişisel bakım üniteleri gibi birçok alan hizmet sektörünün içinde yer almaktadır. Taşımacılık, iletişim, finans gibi altyapı hizmetleri herhangi bir işletme için destek sağlarken, eğitim, sağlık ve eğlence hizmetleri firmalara kaliteli iş gücü sağlanması açısından etkili olmakta, bazen de firmaların rekabet gücünü artırıcı etki yaratmaktadır (Taşkesenlioğlu, 2010:9). Böylesine geniş ve karmaşık yapısından dolayı hizmet kavramını tam anlamıyla açıklamak çok güçtür.

Hizmetin tanımlanmasıyla ilgili çabalar göz önüne alındığında bu zorluk daha da netleşir. Hatta Uruguay Round esnasında oluşturulan GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması)'da hızla gelişen teknolojinin yeni hizmetlere yol açacağı düşüncesiyle genel

bir hizmet tanımı yapılmamıştır. Bu bağlamda hizmete ilişkin tanımlara geçmişten bugüne değin bakmak, hizmetin tarih boyunca ne olarak algılandığına ilişkin fikir oluşturabilecektir (Öztürk, 2007: 3).

Çizelge 1.2. Hizmetin tanımları

| | |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Fizyokratlar (-1750) | Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler |
| Adam Smith (1723-1790) | Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler |
| J.B. Say (1767-1832) | Ürünler fayda ekleyen tüm imalat dışı faaliyetler |
| Alfred Marshall (1842-1924) | Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler) |
| Batı Ülkeleri (1925-1960) | Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler |
| Çağdaş Tanım | Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet |

Kaynak: Cowell, 1988: 21.

Hizmetlerin kesin ve belirli bir tanımını yapmanın zorluğu yanında, hizmetlerin kapsamını da belirlemenin kolay olmadığı bir gerçektir. Çünkü sosyal ve ekonomik gelişmeler ile teknolojiye bağlı olarak, her an yeni bir hizmet kavram ve çeşidinin ortaya çıktığını ve mevcut hizmetlerinde farklılaştırıldığını görmekteyiz. Bu yüzden ayrıntılı bir hizmet sözlüğünü ortaya koymak ve onu uzun süre değişmez kılmak mümkün değildir (Karahana, 2006: 28).

Türk Dil Kurumu hizmeti; “Birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma”, “Gereksinimleri karşılama ve üretildiği anda tüketilme özelliklerine sahip her türlü etkinlik” (<http://www.tdk.gov.tr>). şeklinde tanımlamaktadır. MEB yayınlarının Türkçe sözlüğü ise; “Başkalarına ait temizlik, düzen ve benzeri gibi günlük işleri görme”, “İş, vazife, memuriyet” ve “Bakım, ihtimam” (Türkçe Sözlük) şeklinde tanımlamıştır.

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.”(Kotler, 1997: 467) şeklinde tanımlamıştır.

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.” şeklinde tanımlamıştır (Sevim, Akdemir ve Vatansever, 2008). Hizmetin başka bir tanımı ise, tüketicilerin yaşantılarından

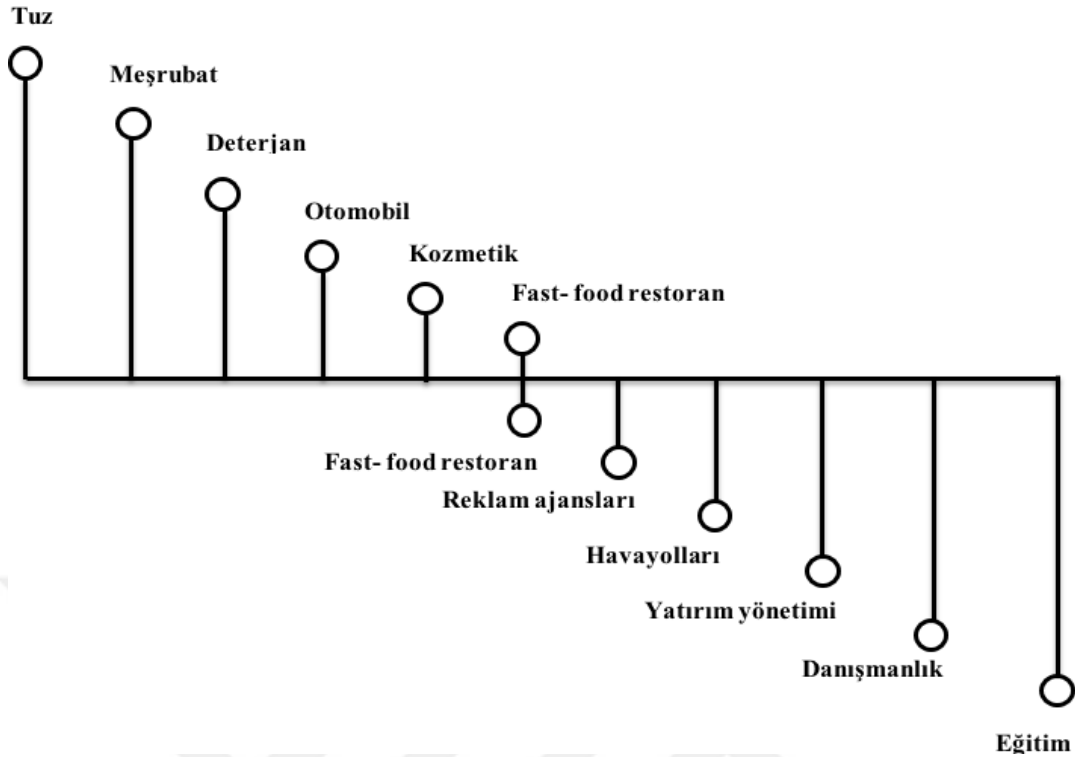
kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözmeye yarayan ya da çözümü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ve faydalar toplamıdır (İslamoğlu, Candan, Hacıfendioglu ve Aydın, 2006: 18).

Sayım ve Aydın'a göre; "Hizmet, insanların ya da insan gruplarının ihtiyaçlarını gidermek amacıyla belirli bir fiyattan satışa sunulan, elle tutulamayan, koklanamayan, kolay heba olabilen, standartlaştırılmayan, yarar ve doyum oluşturan soyut faaliyetler bütünüdür" (Sayım ve Aydın, 2011).

Zeithaml ve Bitner ise bir çaba bir performans olan hizmetin, iletişimden otelciliğe, taşımacılıktan finansa kadar çok geniş bir endüstriyi kapsadığını ifade etmişlerdir (İnan, 2010: 3).

Yukarıdaki tanımlardan yola çıkarak Öztürk iki noktanın altı çizmiştir. Bunlar (Öztürk, 2007: 5-6);

- i. Hizmeti tanımlamak kolay değildir ve genel kabul görmüş bir tanım yoktur. Buna dayalı olarak da nelerin hizmet olduğunu, hangi işletmelerin hizmet sektöründe yer aldığını kesin olarak söylemek pek olası değildir.
- ii. Dokunulmazlık hemen hemen tüm yeni hizmet tanımlarında karşımıza çıkan bir olgudur ve dolayısıyla hizmetlerin en temel özelliklerinden biridir. Hizmetlerin açıklanmasında birçok araştırmacı yazar dokunulabilirlik ve dokunulmazlık boyutlarından yararlanmışlardır. Herhangi bir işletmenin pazara sunumlarında dokunulabilir ve dokunulmaz unsurların baskınlığına göre çeşitli ürünler (mal ya da hizmetler) bir yelpaze üzerinde belirli noktalarda yer almaktadırlar.



Şekil 1.1. Ürünlerin soyutluk ve somutluk özelliğine göre dizilimi

Kaynak: Shostack, G.L., 1977: 77.

1.2. Hizmetin Özellikleri

Hizmetler, onları mallardan ayıran birkaç ayırt edici karakteristiğe ve pazarlanabilme tarzları için çıkarımlara sahiplerdir. Bu karakteristikler genellikle soyutluk, ayrılmazlık, çeşitlilik, dayanıksızlık ve hizmet sahipliğinin olmaması olarak tanımlanabilir (Palmer, 2005: 16). Ayırt edici bu özellikler aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

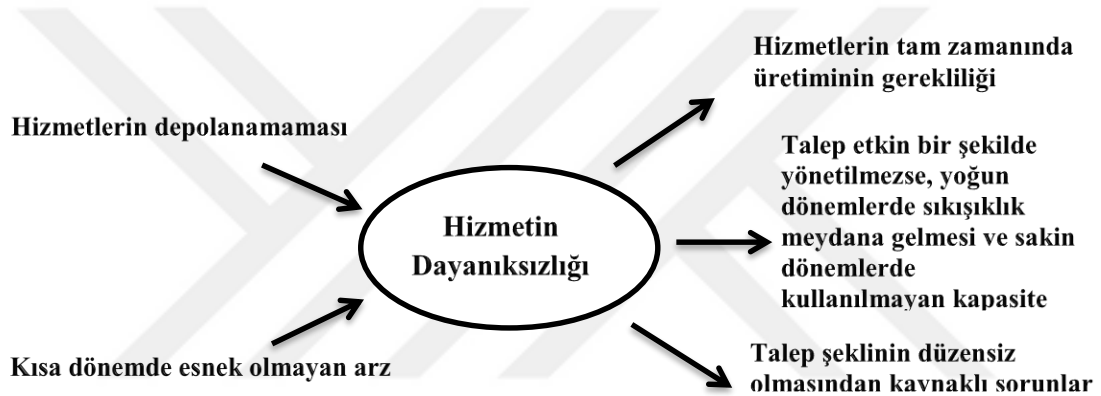
1.2.1. Dokunulmazlık (Soyut olması)

Hizmetler yapıları icabı soyutturlar. Yani mallar gibi dokunulması, bir bütün olarak görülmesi mümkün değildir. Çünkü hizmetler nesnelere ziyade çeşitli işlerin bir bütünüdür. Bir restoranda verilen hizmeti sadece yenilen yemek oluşturmaz. İyi bir yemeğin yanı sıra, iç dizaynın güzelliği ve rahatlığı, hizmetin mükemmelliği, çalışanların davranışları, yemeğin sunulduğu malzemelerin temizliği ve kullanışlılığı, oturlan sandalyenin rahatlığı, park yeri bulunması gibi faktörlerden oluşur. Bu nedenle bir restorandaki hizmeti bir malda olduğu gibi gözle inceleyerek veya çalıştırarak algılayıp görmek mümkün değildir. Ancak, restorana gidip yemeğin ısmarlanması, beklenmesi, servis yapılması, yemeğin yenilmesi ve restoranın terkedilmesine kadar

yapılan faaliyetlerin göz önüne alınmasıyla hizmetler tam olarak algılanabilir (Seyran, 2004:19-20). Dolayısıyla yalnızca hizmetin deneyimlenmesi yoluyla hizmet hakkında bir fikir sahibi olunabilir.

1.2.2. Dayanıksızlık (Stoklanamaması)

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, aynı şekilde sinemada satılamayan biletler geri döndürülemez, telafisi mümkün olmayan kayıplardır.



Şekil 1.2. Hizmet dayanıksızlığının sebep ve sonuçları

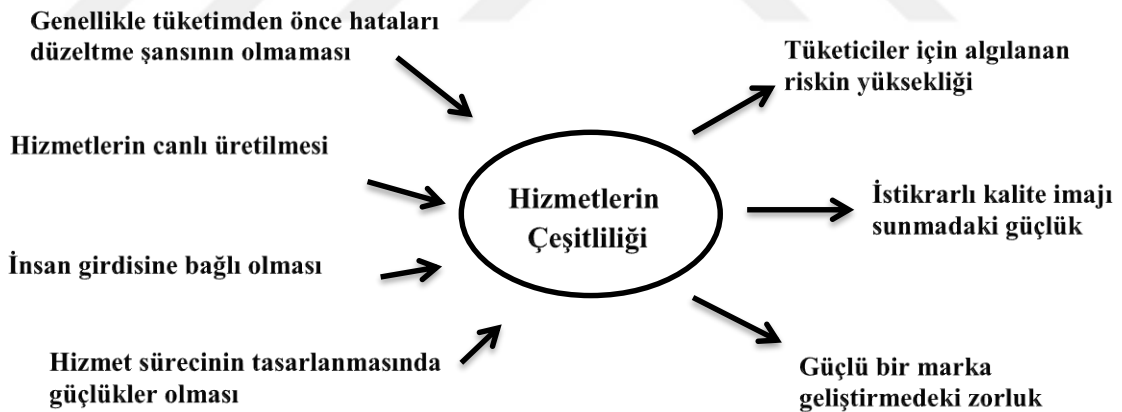
Kaynak: Palmer, 2005: 23.

Hizmetler depolanamama özelliğinden kaynaklı olarak, mallarda olduğu gibi stok yönetim ve kontrolüne tabi tutulamazlar. Dolayısıyla, hizmetlerin depolanamama özelliği, tüketiciden çok hizmet üreten işletmenin problemidir. Stok yönetimi ve kontrolü mal üreten bir işletme için çok önemli bir konudur. Fakat hizmet üreten işletmelerde arz, müşterinin hizmeti talep ettiği zaman olacağından bu işletmelerde stok kontrolünün yapılamaması oldukça kritik bir faktördür. Hizmet işletmesi talebi karşılamak istiyorsa, talebin olduğu zaman hizmeti üretecek yetenek ve kapasitede olmalıdır. Eğer talep oluşmazsa, hizmet üreten işletmenin kapasitesi boşa gitmiş olur (Eser, 2007:9). Bu yüzden hizmet işletmelerinin arz ve talebi birbirini karşılayacak bir denge kuracak bir planlama, fiyatlandırma sistemi ve satış taktiği geliştirmesi oldukça önemlidir.

1.2.3. Çeşitlilik (Standardize edilememesi)

Günlük hayatımızda en çok karşılaştığımız durumlardan birisi de sunulan hizmetlerin aynı olmamasıdır. Bir restoranda sevdiğimiz bir yemeği ısmarladığımızda önümüze gelen yemek daha önce yenilen yemekle aynı lezzette olmayabilir (Seyran, 2004: 22). 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). Bu fark verilen hizmetlerin standardize edilememesinden kaynaklanır. Dolayısıyla, evrensel bir hizmet performansı belirlemek mümkün değildir. Gerek hizmet personeli gerekse müşteri algısı ve müşterilerin kendileri hizmette dalgalanmalara sebep olabilir (Eser, 2007: 11).

Her müşterinin beklentileri ve hizmet deneyimleri farklıdır. Dolayısıyla hizmetlerde türdeş olmama çoğunlukla insan etkileşiminin bir sonucudur. Bu durumda hizmet performansının kişilere, zamana ve zemine göre değişme olasılığının her zaman bulunduğu söylenebilir (Öztürk, 2003: 10).



Şekil 1.3. Hizmet çeşitliliğinin sebep ve sonuçları

Kaynak: Palmer, 2005: 23.

1.2.4. Ayrılmazlık (Üretim ve tüketimin eş zamanlı olması)

Fiziki bir malın üretimi ile tüketimi iki ayrı faaliyettir. Fiziki mallar bir yerde üretilir ve tüketicilerin istedikleri bir başka yerde de tüketilirler (Çatı ve Baydaş, 2008: 37). Fakat hizmetler ilk aşamada satılır, daha sonra eş zamanlı olarak üretilir ve üretildiği anda müşteriyle buluşarak tüketilirler.

Hizmet üretim ve tüketiminin eş zamanlı oluşu hizmeti alan müşterilerin üretime katılımını ve sürecin tam içinde yer aldıklarını ifade eder. Tüketiciler, hizmet üretim sürecinin en önemli parçasıyken, mal üretiminin doğrudan bir parçası değildirler.

Müşterilerin fiziksel ürünlerin üretim sürecine katılımları genelde dolaylı bir katılım olarak değerlendirilebilir, örneğin müşteriler üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen bilgilere göre neyin üretileceğine karar verme, üretime yön verme anlamında dolaylı bir katılımdan söz edilebilir (İnan, 2010: 7).

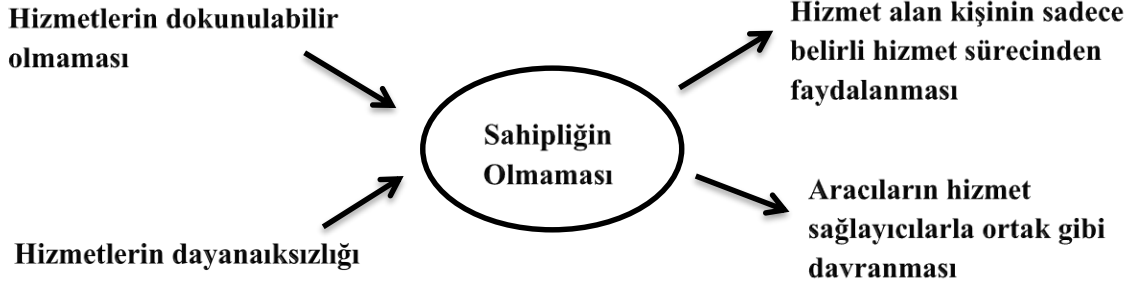
Hizmetlerin eş zamanlı üretim ve tüketim özelliğinin beraberinde getirdiği birkaç problem mevcuttur. Seyran, “Bu problemlerden biri, hizmeti sunanlar o anda işletmeyi temsil eden kişilerdir. Mesela toplu taşımacılıkta otobüs şoförü o anda işletmeyi temsil eden tek kişidir. Bu kişilerin yapacakları her hareket müşteri üzerinde olumlu ve olumsuz etki yapacağından, bu kişilerin seçimi ve eğitimi üzerinde önemle durulmalıdır. Diğer bir problem ise hizmetlerde tüketicilerin de üretime katılmasıdır. Mal üretiminde ise müşteri üretime müdahale edemez. Bu durum bir sağlık veya eğitim hizmetinde açıkça görülebilir. Hasta şikayetini ve ortaya çıkan belirtileri gerektiği gibi ifade ederek doktorun teşhis koymasına ve tedavi uygulamasına yardımcı olur. Hastanın yanlış işaretler vermesi teşhisi zorlaştırabilir” (Seyran, 2004:23). şeklinde açıklamıştır.

Sonuç olarak, hizmet sağlayıcının hizmet ürününü gerektiği biçimde sunması için yalnızca tek bir şansı bulunmaktadır. Sunulan hizmet ürünlerinin; somut ürünlerin aksine, çeşitli nedenlerle iade edilmesi ya da değiştirilmesi söz konusu değildir (İçöz, 2005:48). Bu yüzden son derece dikkatli ve özenli bir hizmet sunumu memnuniyeti arttırmaya katkı sağlayacaktır.

1.2.5. Sahipliğin olmaması

Malları satın alanlar aynı zamanda onların sahibi de olmaktadır. Örneğin, bir otomobili satın alan kişi artık o otomobilin sahibi olmuştur. Ancak hizmetlerin sahiplenilmesi olası değildir. Yalnızca belli bir sürelerde o hizmetten yararlanma söz konusu olabilmektedir (Kozak, Özel ve Yüncü, 2011: 9). Hizmeti alan kişi sadece hizmet sürecinden faydalanma hakkını elde eder. Örneğin, bir otoparkı kullanmak ya da

bir avukata danışmak için onun vaktini almak bu süreci kullanma hakkını elde etmektir (Eser, 2007: 16).



Şekil 1.4. Hizmetlerde sahipliğin olmamasının sebep ve sonuçları

Kaynak: Yalkın, 2010: 14.

1.3. Hizmetin Sınıflandırılması

Hizmet sektörü denildiğinde pek çok hizmet kategorisi bu kavram içerisinde değerlendirilebileceği gibi her kategoride de birbirinden farklı yapı ve özellikler gösteren hizmet işlerinden bahsetmek mümkündür. Dolayısıyla benzer özelliklere sahip hizmetlerin gruplandırılması o hizmetin daha iyi anlaşılması ve hizmete ilişkin en uygun stratejilerin geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır (İnan, 2010: 16).

Hizmet sektörünün çok geniş bir yelpazeye sahip olması nedeniyle hizmetlerin tümünü kapsayacak bir sınıflandırma yapmak pek mümkün değildir. Bu sebepten ötürü hizmet sınıflandırmasına ilişkin çok çeşitli yaklaşımlar yapılmıştır. Bu yaklaşımlardan biri malları dayanıklı ve dayanıksız olmalarına göre sınıflandırmaktadır. Gıda maddeleri, temizlik ürünleri gibi bir ya da birkaç kez kullanıldığında tükenen mallar dayanıksız mal niteliği taşıırken; araba, buzdolabı, televizyon gibi birçok kez ve uzun süreli kullanılabilen mallar dayanıklı mal niteliğindedir. Farklı bir sınıflandırma ise, hizmet sunumunun işgücüne ya da ekipmana dayalı olmasına göre yapılabilir. Sağlık, avukatlık gibi hizmetler işgücü yoğun hizmetler iken; internet bankacılığı ekipmana dayalı hizmetlere örnek gösterilebilir.

Başka bir hizmet sınıflandırma şekli de, hizmetin yapısına ilişkin olandır. Hizmet üretim sürecine mal üretiminden farklı olarak müşteriler doğrudan katılabilirler. Bu katılım bazen hizmet sunumuna müşterinin tamamen katılımıyla, bazense sadece hizmet

sunumunun bazı aşamalarına katılımıyla gerçekleşir. Buradan yola çıkarak Lovelock'un hizmetin yapısına ilişkin sınıflandırması Çizelge 1.3'de gösterilmiştir.

Çizelge 1.3. Hizmetin yapısına yönelik sınıflandırma

| Hizmet Faaliyetinin Doğal Yapısı | Somut Faaliyetler | Hizmeti Alan Kim veya Ne? | |
|----------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | İnsanlar | Varlıklar |
| | | İnsan Bedenine Yönelik Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yolcu taşımacılığı ▪ Sağlık ▪ Güzellik salonları ▪ Restoranlar ▪ Kuaför | Mallara Yönelik Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yük taşımacılığı ▪ Bakım-onarım ▪ Kuru temizleme ▪ Bahçe bakımı ▪ Perakende dağıtım |
| | Soyut faaliyetler | İnsanların Zihnine Yönelik Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reklam/Halkla ilişkiler ▪ Eğlence ▪ Eğitim ▪ Konserler ▪ Yönetim danışmanlığı | Dokunulmayan Aktiflere Yönelik Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muhasebe ▪ Bankacılık ▪ Veri işleme ▪ Sigorta ▪ Hukuki hizmetler |

Kaynak: Lovelock, 1996: 29.

Hizmet yapısının sınıflandırılmasını gösteren bu tablo şu şekilde açıklanabilir:

- İnsan bedenine yönelik hizmetler kavramı, müşterilerin hizmetin sunulduğu yer ve zamanda fiilen bulunmasını ve hizmet üretim sürecine aktif olarak katılımını gerektiren faaliyetleri kapsar.
- Mallara yönelik hizmetler, örneklerinde görüldüğü gibi müşterilerin kendilerine değil sahip oldukları fiziksel mallara verilmesini istedikleri hizmetleri içerir. Müşterilerin bu aşamadaki fonksiyonu almak istedikleri hizmeti belirtmek, sorunu açıklamak ve hizmet bedelini ödemekle sınırlıdır.
- İnsan zihnine yönelik hizmet alımında Lovelock, hizmet sunumunda müşterilerin fiziksel olarak değil zihinsel olarak hazır bulunmaları gerektiğini ifade ederken, insanların zihinlerini etkileyen hizmetlere örnek olarak radyo yayınlarını, eğitimleri, konserler, haberler ve bilgileri, profesyonel önerileri vermiştir (Lovelock, 1996: 29).
- Dokunulmayan aktiflere yönelik hizmetler ise hem müşterinin direkt katılımını hem de hizmet alım aşamasında elle tutulur bir fiziki malın mevcudiyetini gerektirmemektedir. Almak istenilen hizmetin belirtilmesi yeterlidir.

Bir diğer taraftan hizmetler öncelikler veya önemlilik açısından da ele alınıp, değerlendirilebilir. Bu açıdan bakıldığında, hizmetleri zorunluluk derecelerine göre de

sınıflandırmak mümkündür. Buna göre şu şekilde bir sınıflandırma yapılabilir (Karahan, 2006: 31-32):

- **Birinci Derece Zorunlu Hizmetler**

- Sağlık hizmetleri
- Yeme-içme hizmetleri
- Barınma hizmetleri

- **İkinci Derece Zorunlu Hizmetler**

- Korunma (adalet-hukuk) hizmetleri
- Eğitim hizmetleri

- **Üçüncü Derece Zorunlu Hizmetler**

- Haberleşme hizmetleri
- Ulaşım hizmetleri
- Sigortacılık hizmetleri
- Bankacılık hizmetleri
- Turizm hizmetleri

- **Dördüncü Derece Zorunlu Hizmetler**

- Kuaförlük hizmetleri
- Giyim-kuşam hizmetleri
- Bakım ve güzellik hizmetleri
- Tamir-bakım hizmetleri
- Mühendislik ve mimarlık hizmetleri
- Servis ve garanti hizmetleri

Son olarak, birçok yazar ve araştırmacının hizmetin sınıflandırılmasına dair çalışmalarını Çizelge 1.4'te gösterilmiştir.

Çizelge 1.4. Hizmetleri sınıflandırma çalışmaları

| Yazarlar | Önerilen Sınıflandırma Biçimi |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JUDD (1964) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bir malın kiralanmasına bağlı hizmetler 2. Sahip olunan mallara bağlı hizmetler 3. Mallara bağlı olamayan hizmetler |

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RATHMELL (1974) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Satıcı tipine göre hizmetler 2. Alıcı tipine göre hizmetler 3. Satın alma güdülerine göre hizmetler 4. Satın alma biçimine göre hizmetler 5. Ürünün karakteristiklerine göre hizmetler 6. Yasalar ve yasa koyucular tarafından düzenleme derecelerine göre hizmetler |
| SHOSTACK (1977), SASSER, OLSEN, WYCKOFF (1978) | <p>Fiziksel malların ve soyut etkinliklerin hizmet paketi içindeki oranına göre;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soyut etkinlikler ağırlıklı hizmetler 2. Somut/fiziksel mal ağırlıklı hizmetler |
| HILL (1977) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hizmetten yararlanan kişi ya da mala göre; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kişileri etkileyen hizmetler ▪ Malları etkileyen hizmetler 2. Hizmetin kişi veya mal üzerinde yarattığı etkiye göre; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geçici hizmetler ▪ Kalıcı hizmetler 3. Etkinin tersine çevrilebilmesine göre; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tersine çevrilebilen hizmetler ▪ Tersine çevrilemeyen hizmetler 4. Etkinin niteliğine göre; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiziksel durumda değişme ▪ Ussal durumda değişme 5. Hizmetten yararlanan kişi sayısına göre; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bireysel hizmetler ▪ Kolektif hizmetler |
| THOMAS (1978) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Teknoloji yoğun hizmetler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otomatik makinelerle sunulan hizmetler ▪ Niteliksiz işgücünün kullandığı makinelerle sunulan hizmetler ▪ Nitelikli işgücünün kullandığı makinelerle sunulan hizmetler 2. Emek yoğun hizmetler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niteliksiz işgücü gerektiren hizmetler ▪ Nitelikli işgücü gerektiren hizmetler ▪ Profesyonel işgücü gerektiren hizmetler |
| ARMISTEAD (1987) | <p>Hizmetin müşteriye ulaştırılma biçimine göre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hizmet işletmesinde sunulan hizmetler 2. Müşterinin çevresinde (evinde) sunulan hizmetler |
| MILLS ve MARGULIES (1980) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Etkileşimde güven sağlamanın esas olduğu hizmetler 2. Etkileşimde görev yapmanın esas olduğu hizmetler 3. Etkileşimde kişinin içsel mutluluğunu ve huzurunu sağlamanın esas olduğu hizmetler |
| CHASE (1978, 1981) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yüksek etkileşimli hizmetler 2. Düşük etkileşimli hizmetler |
| LOVELOCK (1983) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hizmetin niteliği 2. Hizmet işletmesi ile müşteri arasındaki ilişki türü 3. Hizmet veren personelin esneklik ve inisiyatif derecesi 4. Hizmetin sunu ve istem bakımından niteliği 5. Hizmetin müşteriye ulaştırılma biçimi |

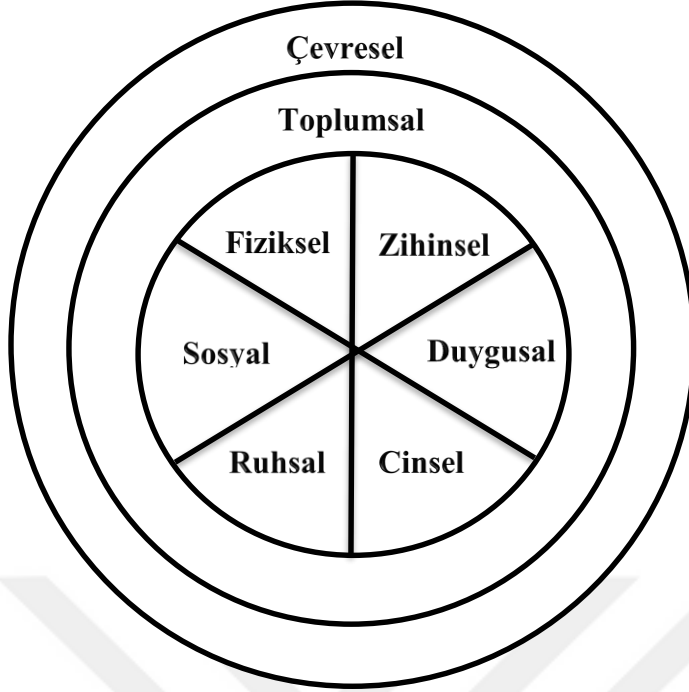
Hizmetlerin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar, her hizmetin ve dolayısıyla her hizmet işletmesinin hizmet üretim ve sunum süreci ile hizmet kalitesini etkileyen faktörlerin, hizmetin doğasına bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir (Uyguç, 1998:21). Bu sebepten ötürü hizmet işletmelerinin müşterilerine en etkili ve kalıcı hizmeti verebilmek adına, sundukları hizmetin ayırt edici özelliklerini saptamaları ve bu saptamalara göre hizmetin yapısına uygun etkin bir rota çizmeleri gerekmektedir.

1.4. Sağlık Tanımı

Toplumdan topluma ve insandan insana farklılık gösterebilmesine karşın genellikle insanlar sağlık durumlarıyla ilgili herhangi bir şikayetleri olmadığı takdirde kendilerini sağlıklı birer birey olarak görürler. Sağlıklı olma kavramı esnek bir kavram olması nedeniyle farklı sağlık bilgi düzeyine sahip bireylerin de sağlıklı olma konusundaki düşünceleri değişkenlik gösterecektir. Örneğin, daha az sağlık bilgisine sahip ve sağlıklı olma haline daha az hassasiyet gösteren bir ebeveyn ishal olan çocuğu için, “Çocuk bu, hastalanması olağandır.” şeklinde yaklaşırken; farkındalığı daha yüksek bir ebeveyn çocuğunun bu probleminin bir an önce çözülmesi ve bir daha yaşanmaması için önlemler alma yoluna gidecektir.

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.

Sağlığın boyutlarının ele alınması, geniş bir anlam yelpazesine sahip sağlık kavramının açıklanması ve daha iyi anlaşılması açısından faydalı olacaktır.



Şekil 1.5. Sağlığın boyutları

Kaynak: Naidoo ve Wills, 6. (Aktaran: Çınarlı, 2008: 15).

Yukarıdaki şekilde, içteki daire sağlığın bireysel boyutlarını ifade eder ve aşağıdaki altı düzeyde ele alınabilir (Çınarlı, 2008: 15).

- **Fiziksel Sağlık:** Vücutla ilgilidir. (zindelik, hasta olmama)
- **Zihinsel Sağlık:** Olumlu düşünce yapısı ve kişinin kendi değerine inancı (kendini iyi hissetme, sorunlarla başa çıkabilme)
- **Duygusal Sağlık:** Duyguları ifade etme ve ilişki kurup, sürdürebilme yeteneği (sevildiğini hissetme)
- **Sosyal Sağlık:** Aile ve arkadaşlardan destek görme duygusu (konuşacak arkadaşların olması ve diğer insanlarla aktivitede bulunmak)
- **Ruhsal Sağlık:** Ahlaki ve/veya dini prensipleri ya da inançları uygulamaya koyma ve kabul etme yetisi
- **Cinsel Sağlık:** Kişinin cinselliğini tatmin edici biçimde ifade etmeyi başarma yetisi ve bu kabul etmesi

Şeklin ortasında bulunan toplumsal sağlık dairesi, sağlık ile bir toplumun nasıl yapılandığı arasındaki bağdır ve barınma barış, yiyecek gelir gibi basit alt yapıları ve toplum içindeki bütünleşme veya bölünmenin derecelerini içerir. Çevresel sağlık ise,

insanların yaşadığı fiziksel çevreyi ifade eder ve ev, ulaşım, hijyen, saf su imkanı ve kirliliği içermektedir (Çınarlı, 2008: 16).

Yukarıda bahsedilen sağlığın 8 boyutuna ilaveten sağlığı olumlu olarak etkileyen çeşitli sağlık kaynakları ile olumsuz yönde etkileyen bir takım sağlık riskleri de mevcuttur. Sağlık kaynakları ve riskleri Çizelge 1.5'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çizelge 1.5. Sağlık kaynakları ve riskleri

| Sistem | Sağlık Kaynakları | Sağlık Riskleri |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| İnsan | | |
| ▪ Biyolojik sistem | İyi beslenme, bağışıklık sisteminin iyi olması | Kötü beslenme, enfeksiyonlara yatkınlık |
| ▪ Algılama sistemi | Ego bütünlüğü, yeterli sağlık bilgisi, pozitif sağlık tutumları | Yanlış bilgilendirme ve uygun olmayan sağlık tutumları |
| ▪ Bütün olarak insan | Duygusal denge, fiziksel uyum | Genel kırılganlık |
| Sağlıkla ilgili davranışlar | | |
| ▪ Alışkanlıklar | Sağlığa uygun alışkanlıklar | Sigara alkol, yetersiz egzersiz |
| ▪ İş | Doğurucu ve stressiz iş | Çok çalışma, stresli iş |
| ▪ Dinlenme | Yeterli uyku ve dinlenme | Yetersiz uyku yorgunluk |
| Sosyokültürel sistem | | |
| ▪ Sağlık kültürü ve uygulamaları | Sağlıkla ilgili norm, değer, inanç ve yaşam biçimlerinin uygunluğu | Sağlıkla ilgili norm, değer, inanç ve yaşam biçimlerinin uygunsuzluğu |
| ▪ Sosyal bağlar | Sosyal bağların güçlü olması | Sosyal izolasyon, destek eksikliği |
| ▪ İş organizasyonu ve meslek | İş imkanı, olumlu iş ortamı, iş doyumu | İşsizlik, iş stresi, iş doyumsuzluğu |
| ▪ Sağlık hizmetleri, okullar ve sosyal kurumlar | Yeterli ulaşılabilir sağlık bakımı ile sosyal hizmet ve sağlık eğitimi | Yetersiz ya da ulaşılamaz sağlık-sosyal hizmet ve eğitimsizlik |
| ▪ Sosyoekonomik yapı | Yeterli gelir sosyal güvence | Kaynak eksikliği, yokluğu ya da kaynağın dengesiz dağılımı |
| Fiziksel – biyolojik çevre | | |
| ▪ Fiziksel kaynaklar | Yeterli yiyecek, güvenilir tüketim malları | Yetersiz/sağlıksız gıda, sigara ve ilaçlara kolay ulaşım |
| ▪ Mikro çevre | Uygun barınma, iletişim ile güvenli içme suyu ve ulaşım | Uygunsuz barınma, kalabalık, tehlikeli trafik koşulları |
| ▪ Makro çevre | İyi iklim, korunan doğal çevre | Çevre kirliliği, doğanın tahribi |

Kaynak: Hayran, Sur, 1998: 5.

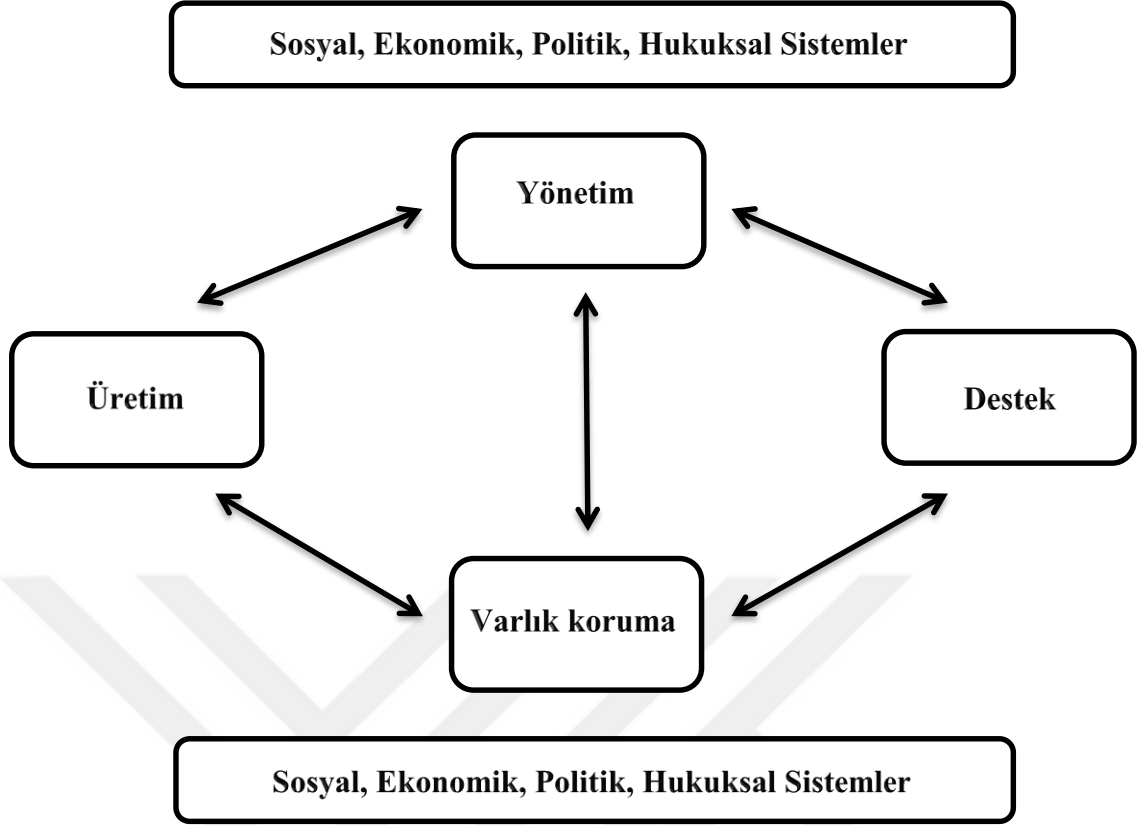
Çizelgede anlatıldığı gibi sağlık kaynakları ve riskleri hayatın her anında ve alanında insanlarla beraberdir. Özellikle günümüzde hızla artan bu risklere olabildiğince asgari ölçüde maruz kalınır ve sağlık kaynakları bir o kadar hızlı ve azami ölçüde hayata empoze edilirse sağlıklı olma durumu tehlikeye girmeyecektir.

1.5. Sağlık Sistemi

Sistem, “ortak amaca yönelmiş birbirleriyle ilişkili parçalar bütünü” olarak tanımlanabilir. Bu tanım temelinde sağlık sistemi, “toplumun sağlığını korumak, hastalıkları ortadan kaldırmak ve sürekliliğini sağlamak üzere hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının, tıbbi cihaz üreticilerinin, ilaç şirketlerinin, sağlık cihaz ve malzemecilerinin, eğitim - yönetim ve araştırma kuruluşlarının ve hizmet sunucularının oluşturduğu alt sistemler bütünü” olarak tanımlanabilir (Ateş, 2011: 61).

Sağlık sistemi, sosyal sistemler içinde belki de en karmaşık sistem olma özelliğini taşımaktadır. Sağlık sisteminin sınırlarını çizebilmek için, öncelikle bu sistemi oluşturan alt sistemlerin belirlenmesi, bu alt sistemlerin işlevlerinin saptanması ve alt sistemler arasındaki karşılıklı ilişkilerin analiz edilmesi gereklidir (Kavuncubaşı, 2000: 27). Ki bu işlevlerin saptanması ve analizi sağlık kurumlarının yönetiminde hayati rol oynamaktadır.

Sağlık sistemi, Kalunzy ve Dig tarafından Şekil 1.6’da gösterildiği gibi şematize edilmiştir.



Şekil 1.6. Sağlık sistemi

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 27.

Şemaya göre, sağlık sistemi bu dört alt sistemin bir bütünüdür. Bu alt sistemler şu şekilde açıklanabilir (Kavuncubaşı, 2000: 27-29).

- **Üretim Alt Sistemi:** Doğrudan sağlık hizmeti üreten ve sunan sağlık kurumlarını içermektedir. Buna, sağlık ocakları, hastaneler, rehabilitasyon merkezleri vb. kurumlar örnek olarak verilebilir.
- **Varlık Koruma Alt Sistemi:** Bu alt sistem içinde yer alan tıp fakültesi, eczacılar odası, maliye bakanlığı vb. kurumlar, sağlık sisteminin gerek duyduğu finansal kaynakları ve insan kaynaklarını sağlamak ve bu kaynakları geliştirme amacı gütmektedir.
- **Destek Alt Sistemi:** Değişken bir çevre içinde bulunan sağlık sisteminin yaşamını devam ettirmesi için gerekli faaliyetleri üstlenmiştir. Yeni tedavi yöntemleri ve araçları geliştiren üniversiteler, tıbbi araştırma merkezleri ve toplumun sağlık sisteminden beklentileriyle ilgili bilgi toplayan araştırma şirketleri bu alt sistem içinde yer almaktadır.

- **Yönetim Alt Sistemi:** Sağlık bakanlığı ve sağlık müdürlüklerinin yer aldığı bu alt sistem, sağlık sisteminin bütününün faaliyetlerini yönlendirmekte ve eşgüdümlemektedir.

1.6. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık, yaşamımızı devam ettirebilmemizi sağlayan hususların en önemlisidir. 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 personelinden 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, Ünal 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.

1.6.1. 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.

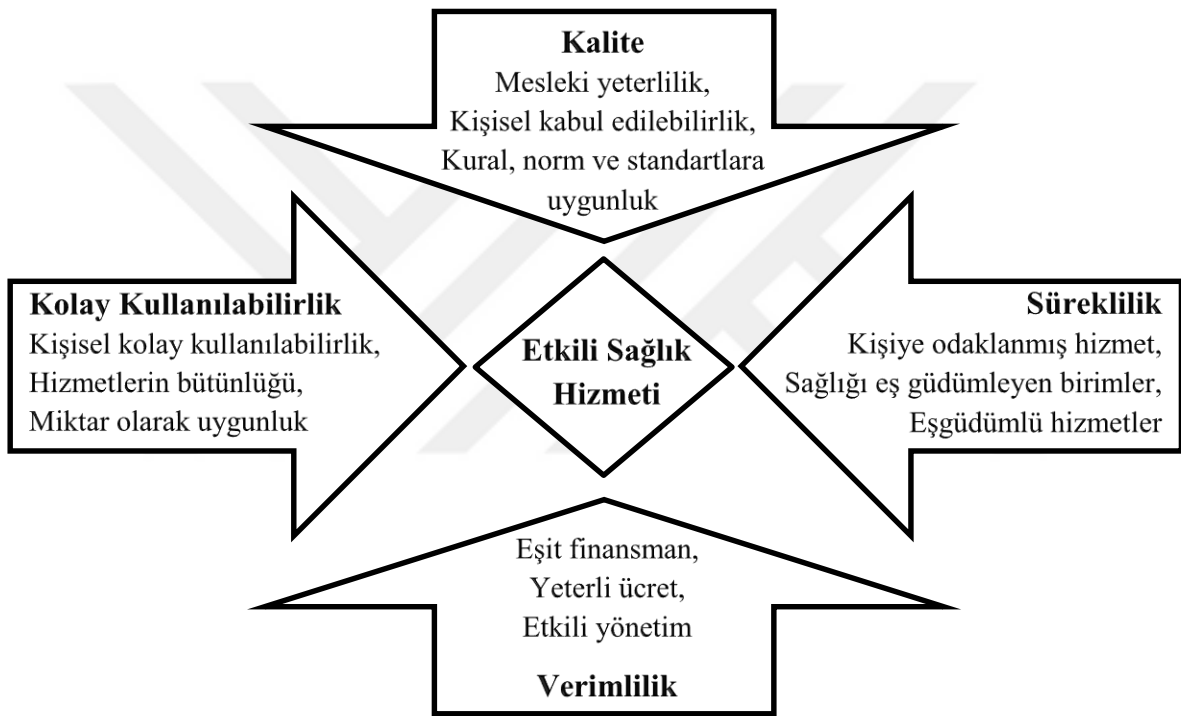
Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir (Yerebakan, 2000: 47-50):

- 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 özelliindedir.
- Sağlık hizmetlerinde farklı meslek grupları arasında “karşılıklı bütünüleyici 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.



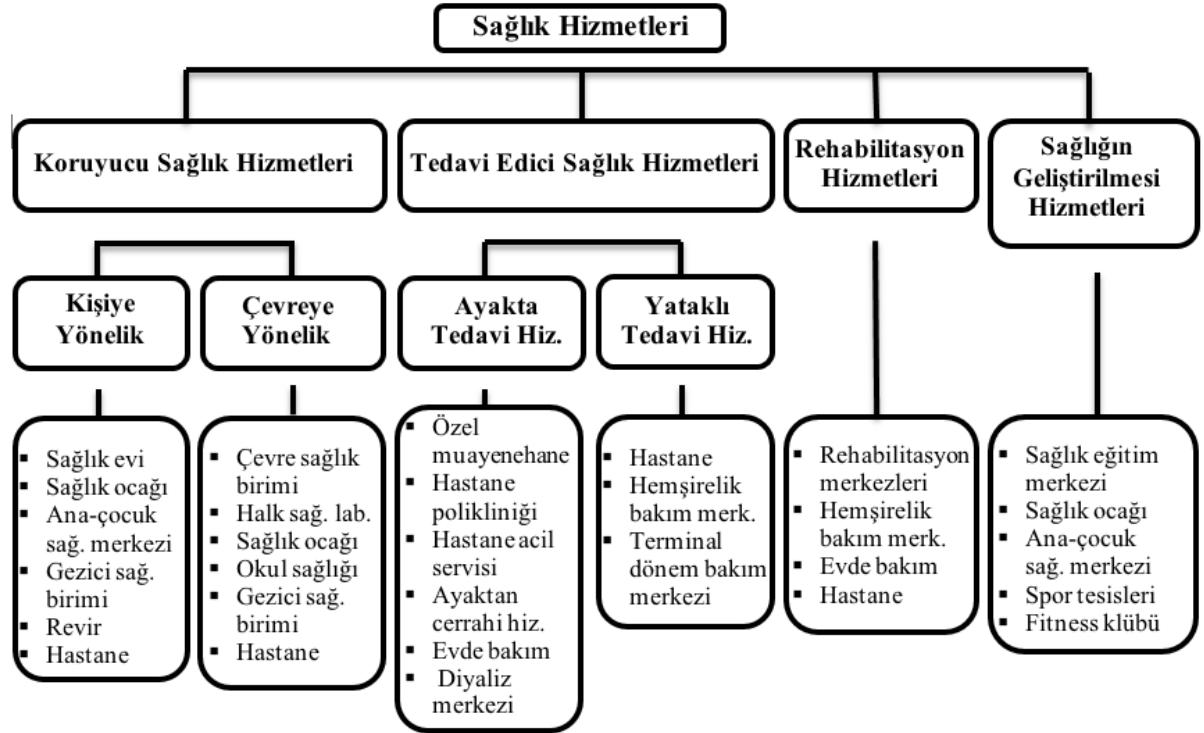
Şekil 1.7. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 65.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi için ayrıca bir takım özelliklere de sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler Şekil 1.7'de gösterilmiştir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini taşıması durumunda toplum ve birey sağlığı üzerinde arzulanan etkileri yaratamayacağı söylenebilir (Kavuncubaşı, 2000: 64). Bir başka deyişle, bu özellikler birbirlerine çok sıkı bağlıdır ve halkın bir parçasının eksik, hatalı veya yetersiz olması etkili sağlık hizmeti verilebilmesine imkan vermeyecektir.

1.6.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonuna ilaveten hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ile ilgili tüm çabalar sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetinin sınıflandırılması çalışmaları da içerdiği faaliyetler kapsamında olacaktır.



Şekil 1.8. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırması

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 35.

1.6.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayacak hastalık öncesi sağlık hizmetleridir. Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü kapsamaktadır (Güllülü, Erciş, Ünal ve Yapraklı, 2008: 41).

Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır (Yerebakan, 2000: 19).

i. Primer Koruma

Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla aşılama dengeli beslenme, çevrenin düzenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınmasıdır.

ii. Sekonder Koruma

Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır.

iii. Tersiyer Koruma

Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesi artırılması için gereken önlemlerdir.

Sağlığı koruyucu hizmetler, kişinin çevresini daha güvenilir bir düzeye çıkarmak için gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu hizmetler ve kişinin doğrudan kendisinin sağlığının korunması ve geliştirilmesini amaç edinen kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılır.

i. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, insanın çevresinde var olan ve sağlığını olumsuz etkileyen sosyal, fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkilerin yok edilmesi veya kişilerin bu etkilere daha az maruz kalmasının sağlanması çalışmalarını içerir.

Bu hizmetlere örnek olarak;

- Besin kontrolü ve güvenliği,
- Yeterli ve temiz su sağlanması,
- Hava kirliliğinin kontrolü,

- Atıkların kontrolü,
- Konut sağlığı,
- İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü, gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 20).

ii. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 81).

Bu hizmetler,

- Bağışıklama,
- Beslenme,
- Erken tanı,
- Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı,
- İlaçla koruma,
- Kişisel hijyen ve sağlık eğitimi,
- Sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığıdır (Ateş, 2011: 10).

Ülkemizde sağlık evleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleri koruyucu sağlık hizmeti veren başlıca kurumlardır.

• Sağlık Evleri

Teknik ve idari olarak sağlık ocaklarına bağlı çalışan, 2-3 bin nüfusa sahip kırsal bölgelerde hizmet veren sağlık evleri en küçük sağlık hizmet birimidir.

• Sağlık Ocağı

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). İlâveten, 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, 2003a: 89).

• Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP)

Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, anne ve çocuk sağlığı ile aile planlaması konularında diğer sağlık kuruluşlarıyla iş birliği içinde çalışan bir koruyucu sağlık hizmeti birimidir.

1.6.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine kavuşmalarına sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler temel olarak uzman hekim sorumluluğunda ve diğer sağlık personelinin ekip halinde çalışmasıyla sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 38).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, ayaktan (günübirlik) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olarak iki gruba ayrılır.

- Ayakta tedavi, kişilerin herhangi bir yataklı tedavi kurumuna yatışını gerektirmeyen hastalıklarının tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Hastane poliklinik ve acil servisleri, revirler, muayenehaneler ayakta tedavi hizmeti veren çeşitli sağlık kurumlarından bir kaçıdır.
- Yataklı tedavi hizmetleri ise, kişilerin hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışlarını gerektiren hastalıklarının olduğu durumlarda uzun süreli tedavi hizmetinin verildiği kurumlardır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayrıca hizmet kapsamı ve yoğunluğu kriteri temel alınarak da sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma üç basamakta incelenir (Ateş, 2011: 12):

i. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastaların tedavilerinin evde veya ayakta yapıldığı hizmetleri ifade eder. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin hastalara en yakın ve ulaşılmaları en kolay kısmını oluşturur. Sağlık ocakları, aile hekimliği merkezleri, özel muayenehaneler, hemşirelik bakım merkezleri, ayaktan cerrahi bakım merkezleri bu basamağa örnek gösterilebilir.

ii. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Yatarak tedavi hizmetinin verildiği sağlık hizmetlerini ifade eder. Birinci basamakta tedavi edilemeyen veya doğrudan hastaneye başvurulması gereken durumlarda klinik ya da genel hastane hizmetlerini kapsar.

iii. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Yüksek teknolojinin kullanıldığı, belirli dallar üzerine uzmanlaşmış hastane hizmetlerini ifade eder. Sanatoryumlar, onkoloji, kalp ve ruh hastaneleri ile birlikte üniversite hastaneleri bu basamağa örnek gösterilebilir.

1.6.2.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerileri koordineli ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 39).

Geçirmiş oldukları hastalık ve kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen veya tamamen kaybeden insanların tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu söz konusudur (Ateş, 2011: 13).

- **Tıbbi Rehabilitasyon**

Tıbbi rehabilitasyon ile bedensel arazların mümkün olduğunca azaltılması amaçlanır. Protez, gözlük, işitme cihazları, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye bu tedavinin bir parçasıdır. Tıbbi rehabilitasyon kuruluşlarına örnek olarak fizik ve tedavi hastaneleri gösterilebilir.

- **Sosyal Rehabilitasyon**

Sosyal rehabilitasyon ile eski işinde çalışamayacak olan kişiye yeni iş öğrenme ve beceriler kazanma olanakları sağlanır. Yeni durumuna uyum sağlaması için çeşitli pedagojik destek programları sunulur.

1.6.2.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artırılmasını amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 46).

Günümüzde baş göstermiş birçok hastalığın kişilerin benimsemiş oldukları yanlış yaşam tarzlarından, düzensiz ve sağlıksız beslenme şekillerinden ve alışkanlıklarından kaynaklandığı açıktır. Bir başka deyişle, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde asıl görev bireylere düşmektedir. Yeterli fiziki aktivite, sigara ve alkolden uzak durulması, olabildiğince az hazır gıda tüketilmesi kişinin sağlık seviyesinin artmasına yardımcı olacaktır.

1.6.3. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi

Türkiye’deki sağlık teşkilatlanması, Cumhuriyet’in ilan edilmesinden sonraki yıllarda gerçekleştirilen hizmet ve çabalardan temel alır. Sağlık Bakanlığı Cumhuriyet’in ilk yıllarında bu alanda çok önemli atılımlar gerçekleştirmiştir. Bu dönemde sağlık kavramı ve bu konuda yapılması gerekenler üzerine üretilen politikalar ülkenin geçirdiği devrimsel süreçle birlikte değerlendirilmiştir. Kuşkusuz Cumhuriyet öncesi Osmanlı döneminde de bazı adımlar atılmıştır (Aydın, 2002: 6).

Kuruluşundan 19. yüzyıla gelene kadar konuyla ilgili olarak Osmanlı dönemi, Selçuklu döneminden ayrılmaz. Her iki dönem anlayış ve uygulama açısından büyük bir benzerlik taşır. Bu yüzyıla kadar Osmanlı İmparatorluğu’nda sağlık alanında en üst

kurum “Hekimbaşılık” makamıdır. Sonrasında Osmanlı topraklarında vakıflar tarafından darüşşifalar kurulmuştur (Aydın, 2002: 7). Osmanlı İmparatorluğu’nda sağlık hizmetlerinin çoğunluğu vakıflar kanalıyla ve askeri hastanelerde yürütülmüştür. İmparatorluğun son zamanlarında sağlık hizmetleri, içişlerine bağlı bir genel müdürlük olarak örgütlenmiştir. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Cumhuriyet kurulduktan sonra Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur ve Saydam’ın sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde çok büyük katkıları olmuştur (Sözen, 2003b: 81).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde planlamaya 1960 yılından sonra geçilmiştir. Sağlık hizmetleri 5 dönem halinde incelenebilir (Sözen, 2003b: 78-79).

- **Milli Mücadele Dönemi (1920-1923)** zamanlarında, TBMM’nin kurmuş olduğu hükümette Sağlık Bakanı olan Dr. Adnan Adıvar sağlık kayıtları ve savaş sonrası göçmen iskaniyle ilgilenmiştir.
- **Dr. Refik Saydam Döneminde (1923-1946)**, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatları kurulmuş, sağlık personeli yetiştirilmiş, sağlıkla ilgili çok önemli kanunlar çıkartılmıştır.
- **Dr. Behçet Uz Döneminde (1946-1960)** ise, yataklı tedavi hizmetleri geliştirilmiş ve bu amaçla 20.000 nüfusa hizmet edecek şekilde ilçe merkezine veya merkezi bir köye sağlık merkezleri kurulmuştur.
- **Sosyalizasyon Döneminde (1960-2000)**, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkartılmış, horizontal örgütlenmeye (dar alanda çok hizmet) geçilmiş ve sağlık ocakları kurularak planlı bir sağlık hizmetleri dönemine girilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri,

- Eşit hizmet
- Sürekli hizmet
- Entegre hizmet
- Kademeli hizmet
- Öncelikli hizmet
- Katılımlı hizmet
- Ekip hizmeti

- Denetlenen hizmet
 - Uygun hizmet
 - Nüfusa göre hizmet, şeklinde sıralanmaktadır (Yerebakan, 2000: 38).
- **2000 sonrası dönemde**, aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özerkliği yoğun olarak tartışılmıştır.

2006 yılında, SSK Hastaneleri 5283 sayılı yasa ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 2010 yılında, birinci sağlık hizmetleri alanında 5258 sayılı yasa ile aile hekimliği sistemine geçilmiştir. 2011 yılında, 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile Kamu Hastaneler Kurumu kurularak Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında yeniden yapılanma gerçekleştirilmiştir (Büyükçetin, 2014: 12).

2. BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

2.1. Kalitenin Tanımı

Kalite kavramı insanlık tarihi boyunca ele alınmış olup günümüzde de asla vazgeçilmeyecek bir konu olarak önemini sürdürmektedir (Öztürk, 2009: 5). 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.

İnsanlar kaliteyi çok çeşitli şekilde tanımlamaktadır. Bazı kişiler ürün ya da hizmetin üstünlüğü ya da mükemmelliyeti olarak tanımlarken, bazıları imalat ya da servis hatasının olmaması, bazıları ise ürünün özellikleri ya da fiyatı ile ilişkili bir şey olarak tanımlamaktadır (Saat Ersoy ve Ersoy, 2011: 9). Bu yüzden herkesin genel olarak uzlaşacağı bir kalite tanımı yapılması zordur. Kuruluş ve uzmanlar tarafından yapılmış kalite tanımlarına aşağıda yer verilmiştir (Bozkurt ve Odaman, 1996, 4).

- Kalite ile ilgili standartların hazırlanması kullanılması ve uluslararası iletişimlerde karşılıklı anlaşma sağlanması için bütün alanlara uygulanan kalite ile ilgili temel kaynakların tariflerini kapsayan (<https://intweb.tse.org.tr>) ISO 8402 kaliteyi, bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır, şeklinde tanımlamıştır.
- Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC), kalite bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür demiştir.
- Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC) ise kaliteyi bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir şeklinde tanımlamıştır.

- Kalite gurularından olan Philip B. Crosby kaliteyi, bir ürünün gerekliliklere uygunluk derecesi, olarak tanımlamıştır.
- Joseph M. Juran, kaliteyi kullanıma uygunluk olarak açıklamıştır.
- Genichi Taguchi kalite için, ürünün sevkiyatından sonra toplumda sebep olduğu en az zarardır, şeklinde tanımlamıştır.
- Deming birkaç farklı kalite tanımı yapmıştır. İlk tanımı, işletmenin ürettiği ürün ve performansın kalite spesifikasyonlarına uygun olması, şeklindedir. Diğer tanımı ise, tüketicinin, işletmenin ürettiği ürün ya da hizmet hakkındaki yargısıdır, şeklindedir (Deming, 1998: 137).
- Ishikawa ise kaliteyi dar anlamda “ürün kalitesi” olarak tanımlamaktadır. 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).
- Kalite tanımı Feigenbaum’a göre ise, “en düşük maliyetle müşteri tatmini sağlamak” şeklindedir (Akın, Çetin ve Erol, 1998: 117).

A.B.D.’de 86 firmanın yöneticilerine sorulan sorularda kaliteye ilişkin yanıtlar;

- i. Mükemmellik,
- ii. Süreklilik,
- iii. Teslimat hızı,
- iv. Politika ve yöntemlere uygunluk,
- v. İyi ve kullanılabilir bir ürünün sunulması,
- vi. İşin ilk başta doğru yapılması,
- vii. Müşterilerin memnun olması ya da zevk alması,
- viii. Toplam müşteri hizmeti ve memnuniyeti, şeklindedir (Saat Ersoy ve Ersoy, 2011: 9).

Şale ise kaliteyi daha farklı bir yaklaşımla çeşitli şekillerde tanımlamıştır. Bunlar (Şale, 2001: 22).

- **“Kalite yatırımdır.”**

Uzun dönemde bir işi ilk defada doğru yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten ucuzdur.

- **“Kalite her şeyin en üstünü ya da pahalısı değildir.”**

Satın aldığımız bir üründe veya hizmette aradığımız, bulmayı ümit ettiğimiz özelliklerin bulunması ve buna bizce uygun bir fiyat ödememiz o ürün ya da hizmetin kaliteli olduğunun göstergesidir.

- **“Kalite önlemdir.”**

Sorunlar ortaya çıkmadan önce çözümlerini oluşturur, ürün ve hizmetlerin yapısına tasarım yoluyla üstünlük ve kusursuzluk katar.

- **“Kalite bir işletmenin organizasyonel faaliyetlerinin planlanmış ve iç içe girmiş şeklidir.”**

Yeni ürün tasarımı, mühendislik, teknik ve kalite planlaması, şartnamelerle, iş yeri yerleşim planı ve personelin eğitimleri bile bu kapsamın içindedir.

- **“Kalite esnekliktir.”**

Müşteri taleplerini karşılamak için değişmeyi göze almak ve bu konuda istekli olmaktır.

Eskiden, kalite ve para birbirleri ile yakın ilişkili iki fonksiyon gibi görülürken, yani tüketici için yüksek fiyat iyi kalite anlamına gelirken, günümüzde artık bu anlayış tamamen değişmiştir. Kalite tanımları da incelendiğinde tüketici algılarının ve işletme stratejilerinin genel olarak tüketici ihtiyaçlarını ve onların çeşitlilik gösteren beklentilerini karşılama ve tatmin düzeylerini artırma yönüne kaydığı anlaşılmıştır. Dolayısıyla kaliteyi müşteri istek, ihtiyaç ve beklentileri şekillendirmektedir.

2.2. Hizmet Kalitesi

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 arttırma yolunda daha fazla çaba harcamaya başlamışlardır.

Kalite, müşterilerin ihtiyaçlarını tatmin edebilecek mal ve hizmetlerin üretilmesi, işletmenin faaliyet verimliliğinin arttırılması ve etkin bir maliyet kontrol süreci ile maliyetlerin düşürülmesinde stratejik bir araç olarak görülmektedir. Kalite kavramının hizmet sektöründe açıklanması diğer sektörlerle göre daha zordur. 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).

Hizmetler sektöründe kalite kontrolü uygun fiziksel ortam, yeterli materyal ve malzemeye sahip olma gibi fiziksel ve dokunulabilir özelliklerle ilgilidir. Ancak sunulan çıktılar soyut bir ürün özelliğindedir, tüketicilere yarar sağlanır ve bir performans beklenir. Hizmetlerin sunumunda, hizmeti sunan personelin yeteneği, bilgisi ve o andaki durumu önemli olması nedeniyle hizmet kalitesinin ölçümü soyut ve subjektif bir yargı kararının sonucu olarak belirlenmektedir (Erciş, 2010:354). Aynı zamanda hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde bekleme süresi, temizlik, işin zamanında ve eksiksiz bir şekilde yapılması da büyük önem arz etmektedir.

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 bir 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.
- Wyckoff: Lovelock ise hizmet kalitesini, müşterinin ihtiyaçlarını karşılamada düşünülen mükemmelliğin derecesi ve mükemmelliğe ulaşmada değişkenlerin kontrolü, şeklinde tanımlamıştır.

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).

Hizmet kalitesi konusunda literatürde birçok tanım bulunmakla birlikte, algılanan hizmet kalitesi kavramının hizmet kalitesi olgusuna daha yakın olduğu görülmektedir. Tanımlar da incelendiğinde hizmet kalitesi konusunun daha iyi anlaşılabilmesi için bazı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Bu sonuçlar şu şekilde sıralanabilir (Seyran, 2004: 38-39):

- i.** Hizmet kalitesi, müşteri ihtiyaçlarının işletmelerce tam olarak belirlenerek karşılanması esasına dayanır.
- ii.** Hizmet kalitesi, hizmetlerin diğer hizmetlere göre üstünlüğü ile belirlenir.
- iii.** Hizmet kalitesi, hizmetlerin hatasız olarak yapılmasının bir sonucudur. Bu nedenle üretimin ilk seferde doğru olarak yapılması hizmetlerde daha büyük bir öneme sahiptir.
- iv.** Hizmet kalitesinin yüksek oluşu ile hem müşteri hem çalışanlar hem de iş yeri sahibi kazançlı çıkar.
- v.** Hizmet kalitesinin ölçümünde müşterinin hizmete ait beklentileri ve gerçek hizmet deneyimi karşılaştırılır. Beklentiler algılamalardan büyük ise düşük kalite, beklentilerle algılamalar eşit ise doyurucu kalite, beklentiler algılamalardan düşük ise ideal kaliteden söz edilebilir.

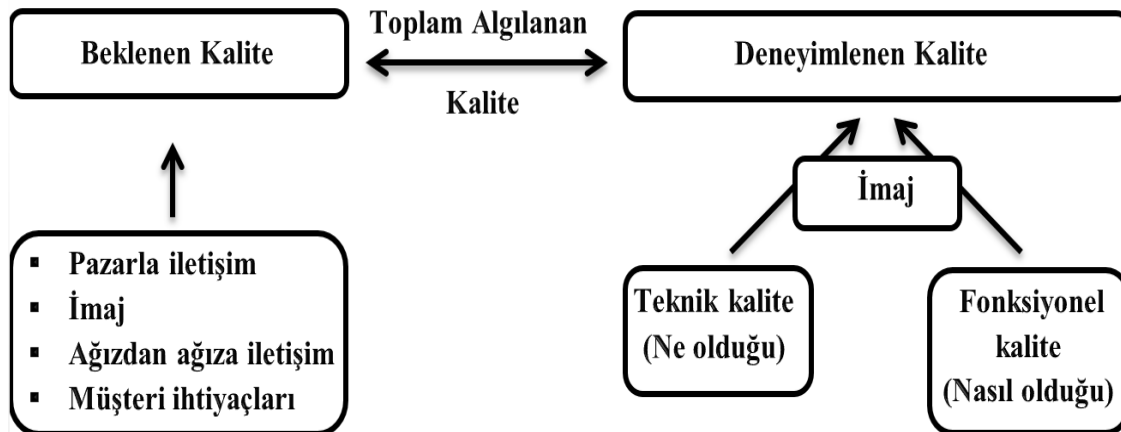
2.2.1. Hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenleri

Hizmet kalitesi, hizmet sunan işletmelerdeki kaliteyi ifade eden kapsamlı bir kavramdır. Dolayısıyla bu kavramın daha açık ve net hale getirilebilmesi için çeşitli bilim adamları hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenlerini oluşturmuşlar ve bu konuda farklı bakış açıları geliştirmişlerdir.

Grönroos hizmet kalitesinin iki yönlü olduğunu ileri sürmüştür (Seyran, 2004: 41-42).

- i. Teknik kalite, hizmeti veren ve hizmeti alanlar arasındaki etkileşim sonucunda müşterinin ne elde ettiğidir.
- ii. Fonksiyonel kalite, müşterinin hizmeti nasıl algıladığıdır.

Müşterilerin almak istedikleri hizmet hakkındaki beklentileri ve alınan hizmetin sonrasında hizmetten deneyimlenenlerin analiz edilmesi de hizmet kalitesinin ayrı bir yönünü ortaya çıkarır. Müşteri tarafından deneyimlenen hizmet kalitesi, teknik ve fonksiyonel kalitenin çıktısıdır. Tüketiciden tüketiciye ve tabii ki alınacak hizmetin türüne göre değişen beklenen kalite kavramı ise firmanın pazarla iletişimi ve imajı, tüketiciler arası iletişim ve tüketici ihtiyaçları değişkenlerinin birbirleriyle etkileşimi sonucu oluşur. Ve bu iki kavram birbirini tamamlayarak toplam algılanan kaliteyi oluşturur.



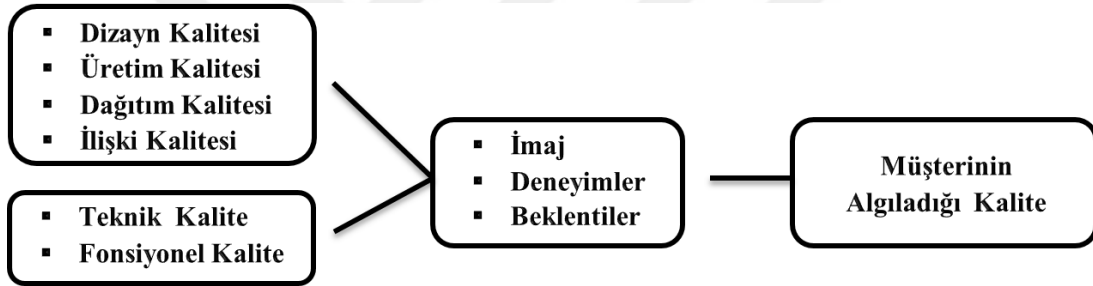
Şekil 2.1. Toplam algılanan kalite

Kaynak: Gustafsson ve Larsson, 1997: 11.

Gummesson ise 4Q modelini geliştirmiştir (Seyran, 2004: 42).

- i. Dizayn kalitesi,
- ii. Üretim kalitesi,
- iii. Dağıtım kalitesi ve
- iv. İşletmenin içi ve dış müşterileri arasında yaratılan ilişkinin başarısına dikkat çeken ilişkilerin kalitesi 4Q modelinin bileşenleridir.

Grönroos ve Gummesson'a göre; firmanın imajı, çıktının teknik kalitesi ve sürecin fiziksel kalitesiyle birlikte; dizayn, üretim, dağıtım ve ilişkilerin kalitesine bağlıdır. Ayrıca bu kalite faktörleri müşterilerin beklentilerini şekillendirir ve deneyimler yaratır. Bunların hepsi birden algılanan kaliteyi oluşturur (Gustafsson ve Larsson, 1997: 12).



Şekil 2.2. Grönroos ve Gummesson'un kalite modeli

Kaynak: Gustafsson ve Larsson, 1997: 12.

Richard Normann'a göre ise kalite dört başlıkta incelenir. Bunlar (Normann, 1984: 105);

- i. Ürünün (çıktının) kalitesi,
- ii. Süreç kalitesi,
- iii. Üretim ya da dağıtım sisteminin kalitesi,
- iv. Tüm işletmeye yayılan genel felsefe olarak kalite, şeklindedir.

Lehtinen ve Lehtinen'nin temel varsayımı, hizmet kalitesinin müşteri ile hizmet sunumu unsurları arasındaki etkileşimle üretildiğidir. Onlar üç kalite boyutu kullanmışlardır. Bu boyutlar;

- i. Hizmetin fiziksel özelliklerini içeren fiziksel kalite (ekipman, bina, vb.),
- ii. İşletmenin imaj ve profilini içeren işletme kalitesi,

- iii. Müşteri ve personelin arasındaki ilişkiden türeyen etkileşim kalitesidir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985).

Hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenlerinin incelenmesi hizmet kalitesinin analizine olanak sağlarken aynı zamanda ne derece ve hangi aşamada kaliteli hizmet sağlandığını gözler önüne serecektir. Bu yolla eksik ve hatalı noktalar saptanabilecek akabinde saptanan hususları düzeltme çabasına girilecek ve dolayısıyla hizmet kalitesinde mükemmellik sağlanabilecektir.

2.2.2. Hizmet kalitesini etkileyen faktörler

Hizmetin sunumunda iki temel bileşenden bahsedilebilir. Bunlardan ilki hizmetin sunumu sırasında faydalanılan ekipman ve donanım, ikincisi ise hizmet sunumunu gerçekleştiren hizmet sağlayıcılar yani insanlardır. Bu iki bileşenden ekipman ve donanımın geliştirilmesi, analiz edilmesi ve karşılaştırılması oldukça zahmetsizdir. Ele alınan banka, restoran ya da bir hastane olabilir. Bu gibi işletmelerde kullanılan araç ve gereçlerin ergonomi, temizlik, kalite vb. kriterler doğrultusunda karşılaştırılması benzer hizmet sunucuları arasında hangisinin daha üstün olduğunu belirlemede tüketiciye yardımcı olacaktır. Ancak ikinci bileşen olan hizmet sağlayıcılar işin içine girdiğinde yukarıda örneği verilen bu gibi işletmelerde üzerine düşülmesi gereken önemli bir faktör halini alır. Çünkü hizmet sağlayıcının görevi, yalnızca istenilen hizmeti alıcıya iletmek değildir; aynı zamanda hal, hareket, tavır ve işe yatkınlığı ile işletmenizi temsil etmektedir. Özellikle emek yoğun hizmet işletmelerinde, hizmetin kalitesi müşteri ve personelin hizmet sunumu sırasında etkileşimi ile ortaya çıkar. Dolayısıyla hizmetin kalitesi oldukça yüksek bir oranda hizmet sağlayıcının performansı ile ilgilidir.

Hizmetin karakteristik özelliklerinden dolayı hem kalitesini etkileyen değişkenler hem de değişkenlerin kalite üzerindeki etkileri hizmetten hizmete değişebilmektedir. Bu husus göz önünde tutularak, hizmet kalitesini etkileyen değişkenler insan-insan etkileşim yaklaşımına dayanan hizmetlerde (Örneğin, hasta-doktor; öğrenci-öğretmen vb.) incelenmektedir. Böylelikle ortak ya da benzer özellikleri paylaşan hizmetlerin kalitesi ve kalite yönetimi ile ilgili sorunlar ortak bir çerçevede değerlendirilerek kalitenin nasıl geliştirilebileceği konusunda yönetime önemli katkılar sağlayabilecektir (Uyguç, 1998: 60).

Hizmet kalitesini etkileyen faktörler Şekil 2.3’de gösterilmiştir. Modele göre bu faktörler;

- Müşteriyi etkileyen faktörler
 - Müşterinin kişilik özellikleri,
 - Müşterinin beklentileri,
 - Hizmetin algılanan karakteri,

Hizmetin algılanan karakteri hizmetin maliyeti, müşteri için taşıdığı önem, risk vb. gibi çeşitli elemanlardan oluşur ve beklentileri etkiler.

- Hizmet veren personeli etkileyen faktörler
 - Personelin kişilik özellikleri,
 - Personelin beklentileri,
 - Örgütsel ve yönetsel faktörler

- Hem müşteriyi hem hizmet veren personeli etkileyen faktörler

- Hizmet üretimi ile ilgili özellikler

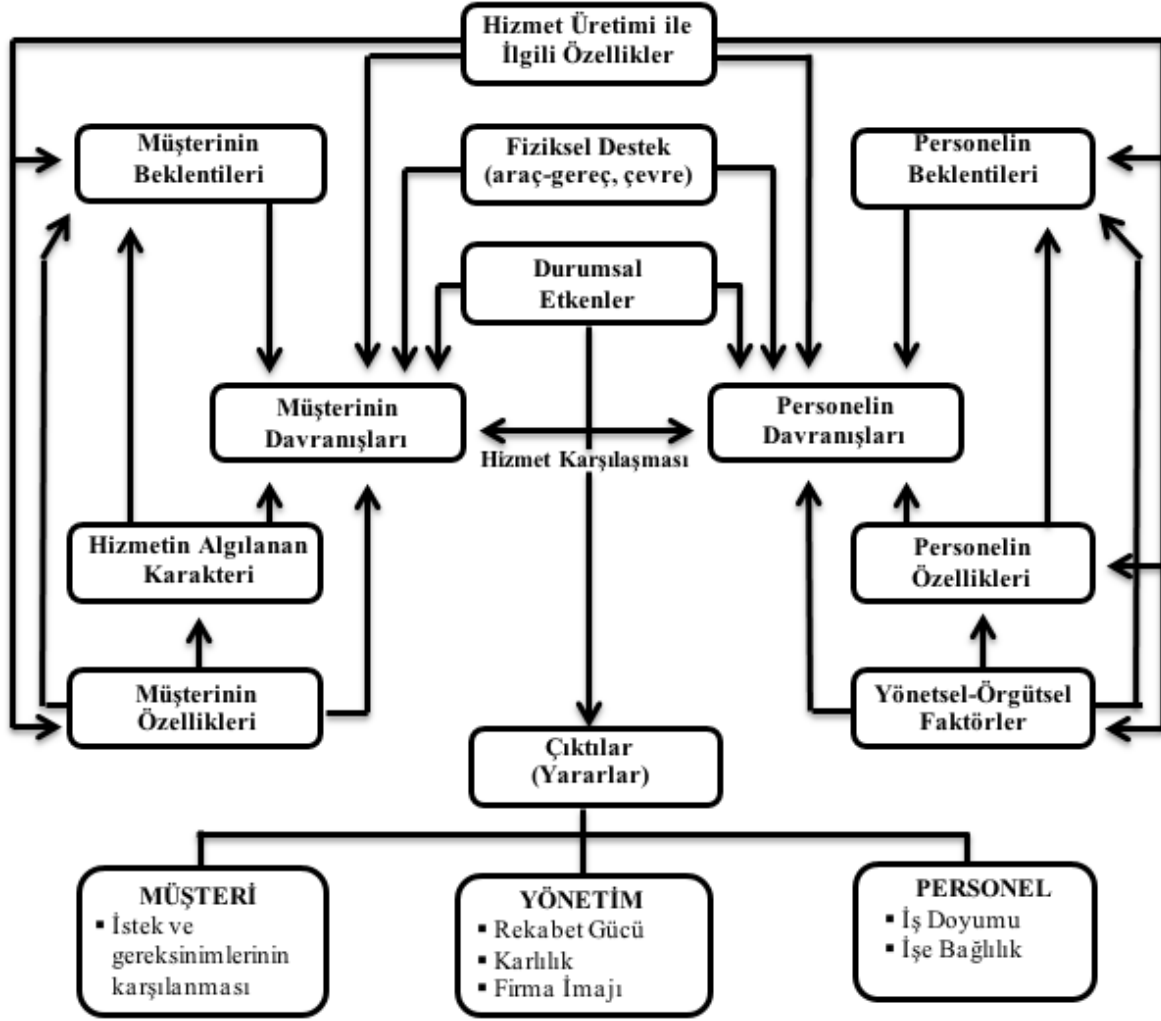
Zaman faktörü, teknoloji, hizmetin içeriği ve verildiği yer, karmaşıklık, biçimselleştirme, tüketim birimi.

- Fiziksel destek

Teknik araç-gereç ve teçhizat ve hizmet ortamı (çevre).

- Durumsal etkenler

Müşteri ve personelin o andaki ruh halleri, aynı hizmeti veren kişi ve/veya işletmelerin olması, o sırada hizmetten yararlanan müşterilerin sayısı şeklinde sıralanmaktadır (Uyguç, 1998: 60-77).



Şekil 2.3. Hizmet kalitesini etkileyen faktörler

Kaynak: Uyguç, 1998: 61.

2.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları

1980’li yıllarda hizmet kalitesi ile ilgili araştırmalar yoğunluk kazanmış ve kalite boyutlarına ilişkin farklı kuramsal yaklaşımlar geliştirilmiştir (Uyguç, 1998: 36). Pek çok akademisyen ve araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan kalite boyutları hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Hizmet kalitesi boyutları Çizelge 2.1’de gösterildiği gibidir.

Çizelge 2.1. Hizmet kalitesinin boyutları

| Yazarlar | Önerilen Boyutlar |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SASSER, OLSEN, WYCKOF (1978) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Üretimde kullanılan materyallerin niteliği 2. Hizmetin yaratıldığı fiziksel araç-gereç, atmosfer vb. teknik olanaklar 3. Personelin tutum ve davranışları |
| LEHTINEN (1983) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Üç boyutlu yaklaşım <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiziksel kalite ▪ Etkileşim kalitesi ▪ Şirket kalitesi 2. İki boyutlu yaklaşım <ul style="list-style-type: none"> ▪ Süreç kalitesi ▪ Çıktı kalitesi |
| GRÖNROOS (1983) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik kalite 2. İşlevsel kalite 3. Firma imajı |
| PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY (1985) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Güvenilirlik 2. Heveslilik 3. Yetenek 4. Ulaşılabilirlik 5. Nezaket 6. İletişim 7. İnanılrlık 8. Güvenlik 9. Müşteriyi tanıma/anlama 10. Maddi değerler (Hizmet ortamı) |
| BERRY, ZEITHAML, PARASURAMAN (1985) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Çıktı kalitesi 2. Süreç kalitesi |
| NORMANN (1988) | Hizmet paketinin özellikleri <ol style="list-style-type: none"> 1. Değişir (soft) özellikler 2. Değişmez (hard) özellikler |

Kaynak: Uyguç, 1998: 36-37.

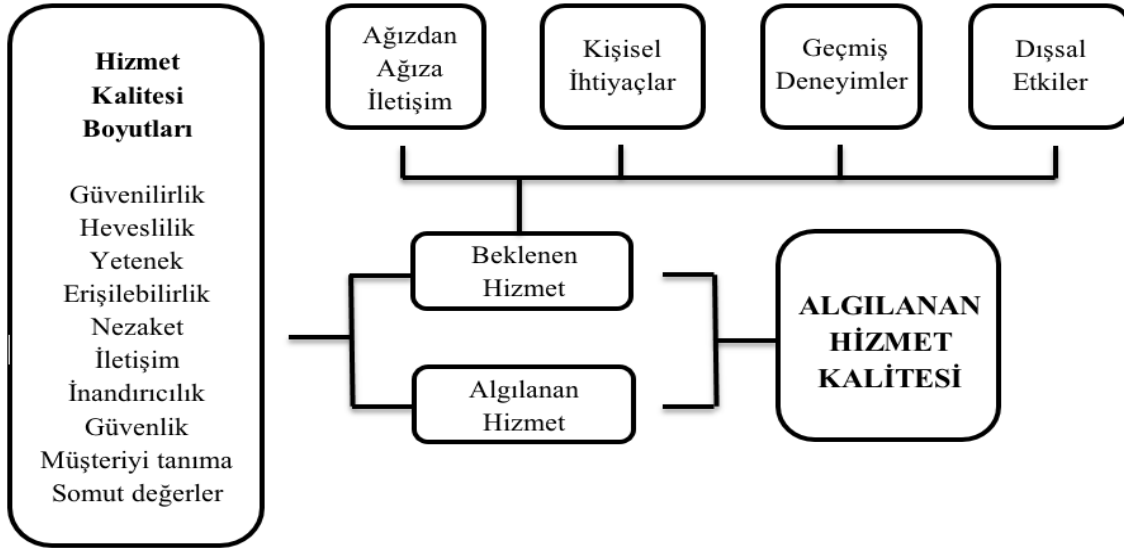
Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin 1985 yılında yaptıkları hizmet kalitesi ve boyutlarına yönelik çalışmaları, diğer birçok araştırma için temel teşkil etmiştir. Çalışmalarında yer alan hizmet kalitesinin on boyutu ve onlara ilişkin açıklamalar aşağıda yer almaktadır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985).

- **GÜVENİLİRLİK (Reliability)**, güvenilebilirlik ve performansın tutarlılığını içerir. Bilhassa;
 - Faturaların doğruluğu,
 - Kayıtların doğru bir şekilde tutulması,
 - Belirtilen zamanda hizmetin yerine getirilmesi, güvenilirlik boyutuna dahildir.

- **HEVESLİLİK (Cevap verebilirlik), (Responsiveness)**, hizmeti sunmak için personelin gönüllü ve hazır olması ile ilgilidir. Bu boyut;
 - Bir işlemin hemen yerine getirilmesini,
 - Hızlı bir şekilde müşteriye geri dönüş yapılmasını,
 - Hizmetin çabuk verilmesini, içerir.
- **YETENEK (Competence)**, hizmeti sunmak için gereken yetenek ve bilgiye sahip olma anlamına gelir.
 - Sorumlu personelin bilgi ve kabiliyeti,
 - İşlem destek personelinin bilgi ve kabiliyeti,
 - Güvenlik şirketleri gibi aracı firmaların araştırma yeteneği, bu boyutun gerekleridir.
- **ERİŞİLEBİLİRLİK (Accessibility)**, hizmete ilişkinin kolay ve ulaşılabilirliğini içerir.
 - Hizmet telefon vasıtasıyla kolaylıkla ulaşılabilir olmalıdır, hatlar meşgul olmamalı ve müşteriler bekletilmemelidir.
 - Örneğin bir bankada hizmet almak için harcanan zaman çok fazla olmamalıdır.
 - Hizmet tesisinin yeri ve işlemin saatleri uygun olmalıdır.
- **NEZAKET (Courtesy)**, resepsiyonist ya da telefon operatörleri gibi personellerin kibarlık, saygı ve sıcakkanlılığını içerir. Aynı zamanda, personelin görünüşünün temiz, şık ve sade olması da nezaket boyutunun bir gereğidir.
- **İLETİŞİM (Communication)**, personelin müşteriye, onun anlayabileceği düzeyde bilgi vermesi ve müşteriye dinlemesi anlamına gelir. Bu boyutun gerekleri;
 - Müşteriye hizmetin içeriğini anlatmak,
 - Hizmetin ne kadar mal olacağını açıklamak,
 - Hizmet ve hizmetin maliyeti arasındaki mübadeleyi açıklamak,
 - Problemlerin ele alınacağını müşteriye garanti etmektir.

- **İNANDIRICILIK (Credibility)**, güvenilirliği, dürüstlüğü ve müşteri için en iyi olanı samimiyetle düşünmeyi gerektirir.
 - Şirketin ismi ve namı,
 - Müşteri ile temas halinde olan personelin kişilik özellikleri bu kapsamda yer alır.
- **GÜVENLİK (Security)**, verilen hizmetin şüphe, risk ve tehlike barındırmamasıdır.
 - Fiziksel güvenlik,
 - Finansal garanti,
 - Gizlilik ilkesinin var olmasıdır.
- **MÜŞTERİYİ TANIMA/ANLAMA (Understanding/Knowing the Customer)**, müşterinin ihtiyaçlarını anlamak için çaba saf etmeyi kapsar. Bu boyut;
 - Müşterilerin belli gereksinimlerinin öğrenilmesinin,
 - Bireyselleştirilmiş ilgi ve dikkatin sağlanmasının,
 - Düzenli müşterilerin tanınmasının, önemini vurgular.
- **SOMUT DEĞERLER (Tangible)**, hizmetin fiziksel kanıtlarını içerir. Somut değerler işletmenin;
 - Fiziksel olanaklarını,
 - Personelin görünüşünü,
 - Hizmeti yerine getirmek için kullanılan araç ve donanımları ile birlikte
 - Hizmet işletmesindeki diğer müşterilerini kapsar.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry hizmet kalitesinin beklentiler ve algılamalar arasındaki farklılık olarak tanımlanabileceğini buna ek olarak ağızdan ağıza iletişimin, kişisel ihtiyaçların, geçmiş deneyimlerin ve dışsal etkilerinde beraberinde yukarıda sayılan on temel boyutun algılanan hizmet kalitesini oluşturduğunu öne sürmüşlerdir ve ifade edilmek istenen düşüncüyü aşağıda yer alan Şekil 2.4'te özetlemişlerdir.



Şekil 2.4. Hizmet kalitesinin müşteri görüşü

Kaynak: Zeithaml, Parasuraman ve Berry, 1990: 23.

İleriki bölümde ayrıntılı bir şekilde anlatılacak olan SERVQUAL, hizmet kalitesinin ölçülmesinde bir araç niteliği taşımaktadır. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin yaptıkları çalışmalarında, hizmet kalitesinin on boyutunu, servqual hizmet kalitesi ölçüm aracının temel çalışma prensibi olan, her tür hizmet işletmesine uygulanabilirliğini mümkün kılan, beş boyuta indirgemişlerdir. Bu boyutlar Şekil 2.5'te gösterildiği gibidir.

| | | SERVQUAL Boyutları | | | | |
|------------------------------------|------------------|--------------------|--------------|------------|---------|--------|
| | | Somut Değerler | Güvenilirlik | Heveslilik | Güvence | Empati |
| Hizmet Kalitesinin On Temel Boyutu | Somut Değerler | | | | | |
| | Güvenilirlik | | | | | |
| | Heveslilik | | | | | |
| | Yetkinlik | | | | | |
| | Nezaket | | | | | |
| | İtibar | | | | | |
| | Güvenlik | | | | | |
| | Erişilebilirlik | | | | | |
| | İletişim | | | | | |
| | Müşteriyi anlama | | | | | |

Şekil 2.5. Hizmet kalitesinin on temel boyutu ve servqual boyutları arasındaki ilişki

Kaynak: Zeithaml, Parasuraman ve Berry, 1990: 25.

Servqual boyutları şu şekilde açıklanabilir (Zeithaml, Parasuraman ve Berry, 1990: 26):

Somut Değerler, fiziksel olanaklar, donanım, personel ve iletişim araçlarının görünümü,

Güvenilirlik, sözü verilen hizmetin doğru ve güvenilir bir şekilde sunulması yeteneği

Heveslilik, hızlı hizmet sağlamak ve müşteriye yardımcı olmak için isteklilik,

Güvence, personelin bilgili, kibar olması; güven ve doğruluğu iletme yeteneğine sahipliği,

Empati, müşterinin istek ve ihtiyaçlarının anlaşılması; ona kişisel ilgi gösterilmesidir.

2.4. Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri

Hizmet kalitesinin gün geçtikçe önem kazanması, hizmet kalitesinin daha doğru ölçülebilmesi gerekliliğini artırmıştır (<https://tr.wikipedia.org/>). Dolayısıyla, hizmet kalitesinin ölçümü için birçok farklı model ve yöntem geliştirilmesi ile birlikte en yaygın olarak kullanılan ve bilinenleri Grönroos, Servqual ve Servperf modelleridir (Gürbüz ve Ergülen, 2008: 7). Bu üç ölçüm modelini açıklamadan önce aşağıdaki tabloda yer alan kalite ölçüm modellerine değinmek de faydalı olacaktır.

Çizelge 2.2. Hizmet sektöründe kalite ölçüm modelleri

| Araştırmacılar | Modeller | Anahtar Uygulamalar-Bulgular |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GRÖNROOS (1984) | Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli | Hizmet kalitesi teknik ve fonksiyonel kaliteye ve işletme imajına bağlıdır. Fonksiyonel kalite, teknik kaliteden daha önemlidir. |
| PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY (1985) | Fark Modeli SERVQUAL | Hizmet kalitesi, kalite boyutları boyunca beklenti ve algılar arasındaki farkların bir sonucudur. |
| HAYWOOD, FARMER (1988) | Boyut/Özellik Hizmet Kalitesi Modeli | Hizmet işletmesini en iyi kalite yönetimi için üç temel boyutta incelemektedir; fiziksel imkanlar ve süreç, davranış ve mesleki deneyim. Fakat hizmet kalitesinin ölçümünü sağlamamaktadır. |
| BROGOWICZ, DELENE, LYTH (1990) | Hizmet Kalitesi Sentez Modeli | Yönetim tarafından sistematik olarak dikkate alınması gereken planlama, uygulama kontrol gibi anahtar değişkenleri tanımlamaktadır. Bu sayede hizmet kalitesindeki farklar minimize edilebilmektedir. Deneysel geçerliliğe gereksinim duymaktadır. |

Çizelge 2.2. (devam). Hizmet sektöründe kalite ölçüm modelleri

| Araştırmacılar | Modeller | Anahtar Uygulamalar-Bulgular |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRONIN, TAYLOR (1992) | Performansa Dayalı Model SERVPERF | Kalitenin beklenti değil sadece müşteri algılarından ölçülebileceğini ifade etmektedir. |
| MATTSSON (1992) | Hizmet Kalitesi İdeal Değer Modeli | Beklenen ideal standartların kullanımı ile tecrübelerin mukayesesini önermektedir. Müşteri memnuniyeti ve değer olarak çok az sayıda ölçek kullanılmıştır. |
| TEAS (1993) | Performans Değerlendirme ve Standart Kalite Modeli | Beklentinin operasyonel tanımı ve kavrama ilişkin sorunları ortaya çıkarmıştır ve beklentiyi tekrar tanımlamıştır. Küçük bir örnek ve dar bir alanda test edilmiştir. (İndirimli satış mağazası) |
| BERKLEY, GUPTA (1994) | Bilgi Teknolojisi Uyum Modeli | Bilgi teknolojilerinin ana hizmet kalite boyutları boyunca müşteri hizmetlerini geliştirmek için nasıl kullanılabileceğini tanımlamaktadır. Model sadece bilgi teknolojilerinin hizmet kalitesi üzerindeki etkisini göstermektedir. Ölçüm yollarını sunmamaktadır. |
| DABHOLKAR (1996) | Özellik ve Genel Etki Modeli | Teknoloji temelli self-servis tercihleri için hizmet kalitesinin değerlendirilmesini formüle etmeyi önermiştir. Fakat demografik özellikler, ücret, fiziksel çevre vb. etkiler dikkate alınmamıştır. |
| SPRENG, MACKOY (1996) | Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli | Hizmet kalitesi ve memnuniyet birbirinden farklıdır ve uygunluk memnuniyeti etkilemektedir. Fakat model hizmet kalitesinin nasıl başarılıacağı ve işleyeceği hususunu aydınlatmamaktadır. |
| PHILIP, HAZLET (1997) | Eksen, Öz ve Çevre Özellikleri Modeli EÖÇ | Bütün hizmet sektörleri için hizmet kalitesi hesaplamalarının genel çerçevesini etkili ve basit bir şekilde ortaya koymaktadır. Fakat deneysel geçerlilik açısından geçersizdir. |
| SWEENEY, SOUTAR, JOHNSON (1997) | Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli | Teknik hizmet kalitesi ürün kalitesi için en önemli yardımcıdır ve bundan dolayı satın alma istekliliğini etkiler. Model sadece tek bir değeri, parayı ölçü almaktadır. |
| OH (1999) | Hizmet Kalitesi, Tüketici Değeri ve Tüketici Memnuniyet Modeli | Model tüketici karar sürecini anlamak için bir çerçeve olarak kullanılabilir. Modelin hizmet alanlarının değişik tipleri için genellenme yapılmalıdır. |
| DABHOLKAR (2000) | Önceki Etkiler ve Aracı Faktörler Modeli | Tüketiciler hizmetle ilgili değişik faktörleri değerlendirirler fakat hizmet kalitesinin tamamen değerlendirilmesi farklı bir şekil alabilmektedir. Tüketicilerin önceki memnuniyetleri ortaya çıkarılmamıştır. Değişik servis alanlarında genellenmelidir. |
| FROST, KUMAR (2000) | İç Hizmet Kalitesi Modeli | İç müşterilerin beklenti ve algıları ve iç tedarikçiler algılanan iç hizmet kalitesinin kabul edilmesinde temel bir rol oynarlar. Servis alanlarının değişik tipleri için genellenmeye ihtiyacı vardır. |

Çizelge 2.2. (devam). Hizmet sektöründe kalite ölçüm modelleri

| Araştırmacılar | Modeller | Anahtar Uygulamalar-Bulgular |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SOTERIOU, STAVRINIDES (2000) | İç Hizmet Kalitesi Veri Zarflama Analiz Modeli | Daha yüksek seviyede hizmet kalitesi ortaya koymak için yararlanılacak en iyi kaynakları gösterir. Hizmet kalitesinin ölçümünü sağlamaz. |
| BRODERICK, VACHIRAPORNPU K (2002) | İnternet Bankacılığı Modeli | İki alanda internet bankacılık hizmetinde kalite yönetimini içermektedir; a) Ortak hizmet noktası, b) Artan tüketici rolünün yönetimi. Ampirik çalışma yapılmamıştır. Sadece site deneyimine bağlıdır. |
| ZHU, WYMER, CHEN (2002) | Bilgi Teknolojileri Temelli Model | Bilgi teknolojileri servis sağlayıcılara yüksek seviyede tüketici memnuniyeti sağlamalarında yardımcı olabilir. Bilgi teknolojileri temelli hizmetlerin tüketici değerlendirmeleri tercih edilen geleneksel hizmetler ve geçmiş tecrübelerden etkilenmektedir. Hizmet kalitesi ölçümü sağlamamaktadır. |
| SANTOS (2003) | e-Hizmet Kalitesi Modeli | Bu çalışma kendi belirteçleriyle kavramsal bir e-hizmet kalitesi modeli önermektedir. Araştırma çalışmasıdır. Spesifik bir ölçüm cetveli sunmaz. İstatistiksel bir uygulama değildir. |
| PARASURAMAN, ZEITHAML, MALHOTRA (2005) | E-S-QUAL | Web siteleri tarafından sağlanan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi için teorik bulgulara dayalı çoklu ölçek geliştirmişlerdir. Araştırma sonucu göstermektedir ki, çevrimiçi müşteriler için kullandıkları hizmet kalitesi ölçeğinde 22 önerme ve 4 boyut bulunmaktadır. Boyutlar; yeterlilik, ifa (yerine getirebilme), kullanılabilirlik ve gizlilik. Aynı çalışmada ikinci bir ölçek olarak da E-RecS-QUAL' i kullanmışlardır. Bu ölçek de 11 önerme ve 3 boyuttan oluşmaktadır. |

Kaynak: Kılıç ve Eleren, 2009.

2.4.1. Grönroos'un algılanan hizmet kalitesi modeli

Grönroos'un hizmet kalitesi konusunda geliştirdiği modelin temelini toplam algılanan kalite oluşturmaktadır. Toplam algılanan kalite, müşterinin beklediği kalite ile hizmet sunumu sonrası deneyimlediği kalitenin karşılaştırılması ile oluşmaktadır (Seyran, 2004: 44). Dolayısıyla, Grönroos'un hizmet kalitesi modeli, beklenen ve deneyimlenen kalite olarak iki yöne sahiptir.

Beklenen kalite pazarla iletişim, imaj, ağızdan ağıza iletişim ve müşteri ihtiyaçlarının birleşmesiyle oluşur. Grönroos'e göre pazarla iletişim; reklam, posta ile iletişim, halkla ilişkiler ve satış kampanyalarını kapsamaktadır ve bunlar firmanın kontrolü altındadır fakat imaj ve sözlü iletişim doğrudan firmanın kontrolü altında değildir (Seyran, 2004:

44). Diğer bir fonksiyon olan müşteri ihtiyaçları, müşterinin almak istediği hizmetten beklentilerini ifade eder.

Grönroos modelinin diğer ayağı olan deneyimlenen kaliteyi, teknik kalite ve fonksiyonel kalite ile bunların birleşmesi sonucu oluşan firma imajı oluşturur. Teknik kalite, sunulan hizmetin ne olduğu ile ilgili; fonksiyonel kalite ise hizmetin nasıl olduğu yani müşteri gözünde çizdiği imajla ilgilidir.

Teknik kalite ve fonksiyonel kalitenin sonucunda oluşan firma imajını etkileyen çok sayıda faktör vardır. Bu faktörler gelenekler, ideolojiler, reklam, halkla ilişkiler, fiyat, ağızdan ağıza iletişim vb.dir. Firma imajı müşteri nezdinde ne kadar iyi ve güçlü olursa, oluşabilecek hata ve aksamaların müşteri tarafından tolere edilmesi o derece kolaylaşacaktır. Bu durumun aksi de pek tabii mümkündür. Düşük firma imajına sahip bir işletmenin, doğabilecek hataları telafi etme ve müşteriye bir daha olmayacağı garantisini verme sözünün güvenilirliği oldukça az olacaktır.

Müşterinin algıladığı yani deneyimlediği kalite, örgütün imajı da göz önüne alınarak beklediği hizmet ile aldığı hizmeti değerlendirmesinin bir sonucudur (Uyguç, 1998: 33). Algılanan kalite, beklenen kalitenin üzerinde ise müşteri tatmini sağlanmıştır ve toplam algılanan kalite yüksektir. Aksi bir durumda kalitenin düşüklüğünden bahsedilir (Seyran, 2004: 45).

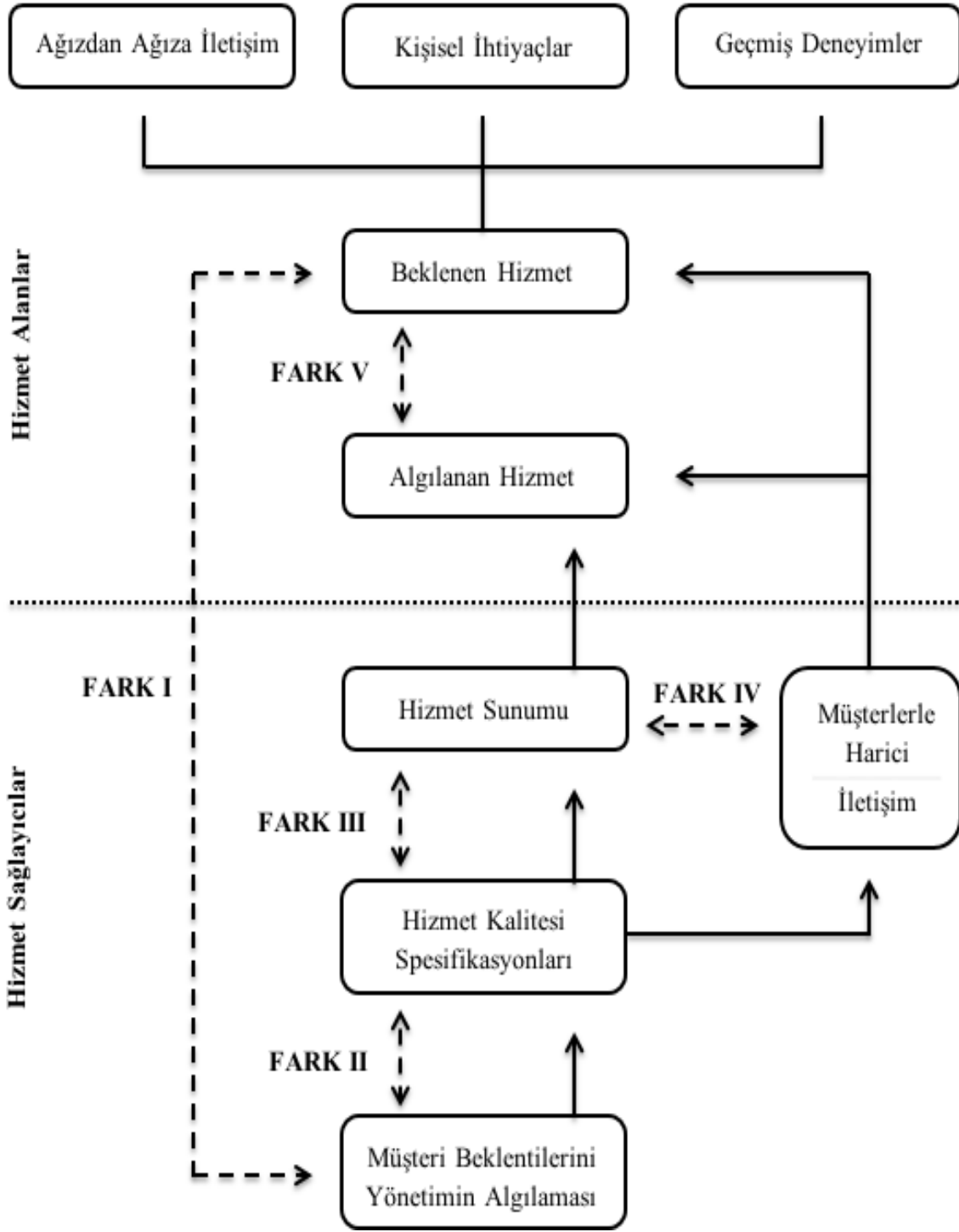
Uyguç'a göre bu model, hizmet işletmelerinin çeşitli işlevlerinin kalite üzerindeki etkisinin ve kalite boyutları ile işletme işlevleri arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla hem tasarım, üretim ve sunum süreçlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasında hem de insanlar arasındaki ilişkilerin planlanmasında ve yönetilmesinde teknik ve işlevsel kalite boyutlarının dikkate alınmasını gerektirmektedir (Uyguç, 1998: 33).

2.4.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin kavramsal hizmet kalitesi modeli

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen, fark analizi ve boşluk modeli olarak da adlandırılan bu model, hizmeti sunan ve hizmeti alan iki tarafın da göz önüne alınarak oluşturulduğu bir hizmet kalitesi modelidir.

Modelin temeli; müşterinin “beklediği hizmet” ile organizasyon yöneticileri tarafından bu beklentilerin algılanıp, istenilen hizmetin ortaya konulması sonucunda hizmetin müşteri tarafından algılanması sonucu oluşan “algılanan hizmetin” karşılaştırılmasına dayalıdır (Seyran, 2004: 56). Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi, müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamamanın bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Beklentiler ise, müşterinin hizmete ilişkin istek ve arzularını ifade etmektedir (Saat, 1999).

Şekil 2.6’da görüldüğü üzere model iki kısımdan oluşmaktadır. Hizmeti alıcılarının yer aldığı birinci kısım, müşterilerin mevcut hizmet ile ilgili kişisel ihtiyaçlarını, geçmiş tecrübelerini ve hizmete dair başkalarından edindikleri bilgileri kapsayan beklenen hizmet ve müşterilerin hizmeti aldıktan sonra o hizmet ile ilgili deneyim ve algılamalarını içeren algılanan hizmet kavramı oluşturur. Hizmet sağlayıcılarının yer aldığı ikinci kısım ise, müşteri beklentilerinin yönetim tarafından algılanması, bu algılamaların hizmet kalitesi spesifikasyonlarına dönüştürülmesi akabinde hizmetin sunumu ve müşterilerle harici iletişim oluşturmaktadır.



Şekil 2.6. Hizmet kalitesinin kavramsal modeli

Kaynak: Zeithaml, Parasuraman ve Berry, 1990: 46.

Modeldeki farklar ve bu farklara neden olan unsurlar aşağıdaki gibidir (Seyran, 2004: 58-59):

FARK I

Yönetimin müşteri beklentilerine ait algılamaları ile müşterinin beklediği hizmet arasında oluşan bu fark, yönetimin müşteri beklentilerinin tam olarak neler olduğunu bilmemesinden kaynaklanmaktadır. Bunun nedenleri;

- Pazar araştırmasının yetersiz yapılması;
 - Yetersiz pazarlama araştırması,
 - Hizmet kalitesine odaklanmamış araştırma,
 - Pazarlama araştırmasının eksik kullanılması.
- Dikey haberleşmenin yokluğu;
 - Müşterilerle yönetim arasındaki etkileşimin yokluğu,
 - Müşteriyle temastaki personel ile yönetim arasındaki yetersiz iletişim,
 - Müşteriyle temastaki personel ile üst yönetim arasında çok fazla kademenin bulunması.
- İlişki odaklanmasındaki yetersizlik;
 - Pazar bölümlenmesinin yapılmayışı,
 - İlişkilerden ziyade ticari işlemlere odaklanılması,
 - Sürekli müşterilerden daha çok, yeni müşteriler üzerine odaklanılmasıdır.

FARK II

Yönetimin müşteri beklentilerine ait algılamaları ile algılamaların hizmet kalitesi spesifikasyonlarına dönüştürülmesi arasında oluşan bu fark, hizmet dizaynı ve standartlarının doğru seçilememesinden kaynaklanmaktadır. Bunun nedenleri;

- Müşteriyi harekete geçirecek standartların bulunmayışı;
 - Müşteriyi harekete geçirecek hizmet standartlarının yokluğu,
 - Müşteri ihtiyaçları üzerine odaklanan süreç yönetiminin bulunmayışı,
 - Hizmet kalitesi amaçlarını oluşturacak biçimsel işlemlerin bulunmayışı.

- Yetersiz hizmet liderliği;
 - Algılamaların hayata geirilemeyişi,
 - Üst yönetimin yetersiz vaatleri.

- Kötü hizmet dizaynı;
 - Yeni hizmet heliştirme sürecinin sistematik olmayışi,
 - Belirsiz, tanımlanmamış hizmet dizaynı,
 - Hizmet dizaynının hayata geçirilmesindeki başarısızlıktır.

FARK III

Kalite spesifikasyonları ile hizmet sunumu arasında oluşan üçüncü fark, sunulan hizmetin kalite spesifikasyonlarına uymamasından kaynaklanmaktadır. Bunun nedenleri;

- İnsan kaynakları politikasındaki hatalar;
 - Etkisiz iş gören temini,
 - Rol belirsizliği ve rol çatışması,
 - Çalışanların teknoloji-iş uygunluğu,
 - Geliştirme ve tanzim sistemlerinin uygun olmaması,
 - Yetkilendirme, kontrol ve takım çalışmasının bulunmayışi.

- Arz-talep dengesindeki başarısızlık;
 - Talep dalgalanmalarının giderilmesi,
 - Uygun olmayan müşteri karması,
 - Talep-fiyat esnekliğinin olmaması.

- Müşterilerin üzerlerine düşen görevleri yerine getirmemesi;
 - Müşterilerin rol ve beklentileri hakkında bilgi sahibi olmaması,
 - Müşterilerin diğer müşterileri olumsuz etkilemesidir.

FARK IV

Fark IV ise, hizmetin sunumu ile müşterilerle harici iletişim arasında oluşmakta ve müşteriye söz verilen hususların hizmetin sunumunda gerçekleşmemesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bunun nedenleri;

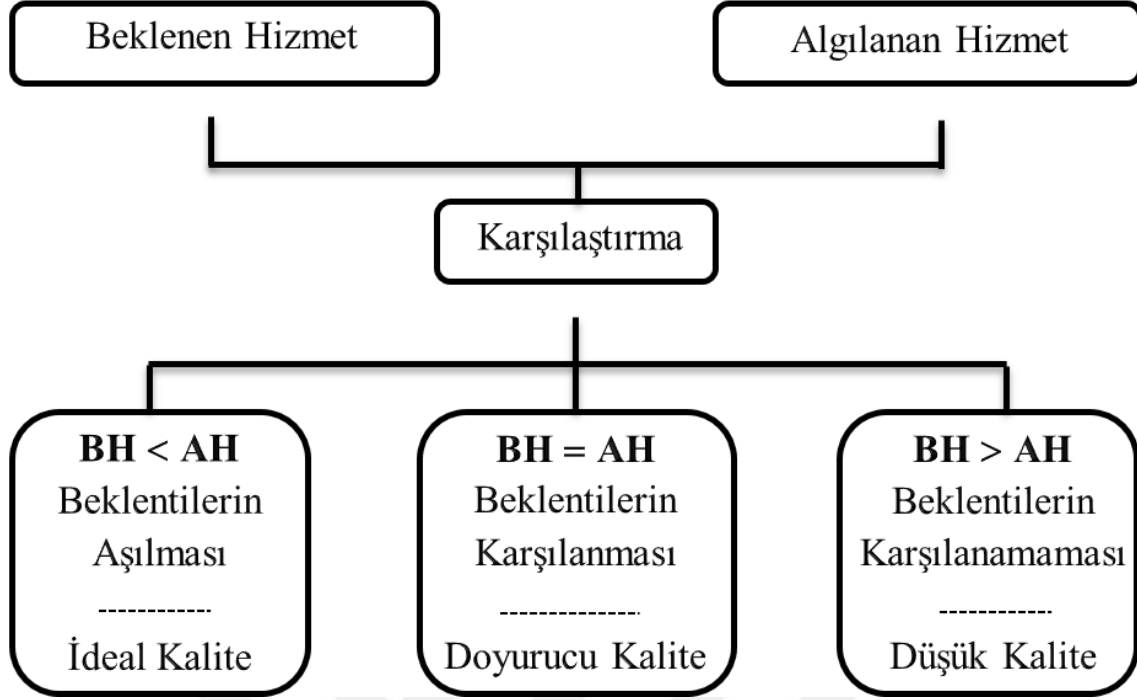
- Müşteri beklentilerini yönetmede etkisizlik;
 - Bütün haberleşme formlarının kullanılmasıyla müşteri beklentilerinin yönetiminde başarılı olamamak,
 - Müşterinin gerektiği şekilde eğitimindeki başarısızlık.

- Aşırı vaatler;
 - Reklamcılıkta aşırı vaatler,
 - Satış personelinin aşırı vaatleri,
 - Fiziksel kanıtlarda yer alan aşırı vaatler.

- Yetersiz yatay iletişim;
 - Satış personeli ile çalışanlar arasında yetersiz iletişim,
 - Reklamcılar ile çalışanlar arasında yetersiz iletişim,
 - Şube ve birimlere ait politika ve prosedürlerdeki farklılıklardır.

FARK V

Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasında oluşan bu fark, hizmetin kalite derecesini göstermektedir. Şekil 2.7 hizmetin kalite derecelendirmesi hakkında bilgi vermektedir.



Şekil 2.7. Algılanan ve beklenen hizmetin karşılaştırılması

Kaynak: Seyran, 2004: 59.

Söz konusu hizmet için, algılamaların beklentileri karşılama durumunda, müşteri tatmini sağlanacaktır dolayısıyla doyurucu bir kalite düzeyi mevcuttur. Ancak beklentiler, algılamalardan yüksek ise sunulan hizmetin müşteri tatminini sağlama kapasitesi düşüktür. Dolayısıyla ideal olmayan, düşük ve yetersiz kalite mevcuttur. Aksi ise, istenen ideal kalite düzeyidir ki bu, beklentilerin algılamaların gerisinde kalması durumudur. Böyle bir hizmet kalitesi algısı müşteriyi oldukça memnun edecek ve tatmin düzeyini çok üstlere çıkaracaktır.

Tüketici tarafından algılanan hizmet kalitesi; hizmetlerin dizaynı, pazarlaması ve sunumu ile ilişkili olan boşlukların/farkların (FARK I-II-III-IV) durumuna bağlı olan beşinci boşluğun büyüklüğüne ve yönüne bağlıdır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985). Yani ilk dört boşluğun büyümesi beşinci boşluğu büyütecektir, bu da söz konusu hizmette müşteri tatmin düzeyinin azalmasına ve hizmet kalitesinin yetersizliğine işaret eder. Aynı şekilde, belirtilen boşlukların küçülmesi beşinci boşluğun küçülmesini sağlar. Boşlukların küçülmesi alınan hizmetin tüketiciyi memnun ettiğinin ve hizmetin sahip olduğu yüksek kalitenin göstergesidir.

2.4.3. Cronin ve Taylor'un hizmet kalitesi modeli

Cronin ve Taylor'un servqual tekniğinin sadece performansa ilişkin ölçülerini temel olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin hizmet kalitesi modeline alternatif olarak geliştirdikleri bir ölçüm tekniğidir (Uslu, 2012: 41). Bu yöntem, servqual'deki müşterilerin beklenti ve algısı arasındaki fark yerine; doğrudan müşterinin algıladığı performansı ölçmektedir. Bu yöntemde servqual yöntemindeki yirmi iki değişken esas alınmış ve işletmenin algılanan performansı ölçülmeye çalışılmıştır (Aksoy ve Koçoğlu, 2012).

Cronin ve Taylor, Parasuraman ve arkadaşlarının vardığı sonuçlara birkaç yönden eleştiri yöneltmişlerdir. Bu eleştirilerin ilkinde, beklenti ve performans farkının hizmet kalitesinin ölçümünde temel olduğu şeklindeki tezi destekleyecek çok az kanıt olduğunu öne sürmüşler ve hizmet kalitesinin ölçümünde basit performans ölçülerinin üstünlüğünü gösteren çok sayıda çalışmaya değinmişlerdir. Bu amaçla servqual modelinin bir versiyonu olan servperf modelini test etmişler ve geliştirmişlerdir. İkinci olarak, hizmet kalitesinin etkinliği, müşteri tatmini ve satın alma amaçları konusunda çok az araştırma olduğunu söyleyerek, bu üçü arasındaki nedensel ilişkilerin varlığını gösteren pek kanıt olmadığını ifade etmişlerdir (Saat, 1999).

Cronin, Taylor ve Teas'in eleştirilerine karşı Parasuraman ve arkadaşları, hizmet kalitesi olarak tanımlanan müşteri algılamaları ve beklentileri arasındaki farkın kavramsallaştırılmasında ve SERVQUAL analizinin bu farkı ölçümlemesinde metodolojik ve analitik açıdan yapılan itirazların geçersiz olduğunu belirtmişlerdir. Zeithaml vd., (1996) yaptıkları ampirik bir çalışma sonucunda, müşteri davranışlarının hizmet kalitesi tarafından önemli ölçüde etkilendiğini gösteren bir model geliştirmişlerdir (Arslantürk, 2010: 33).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmektedir. Bu kapsamda sağlık

hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (<http://www.canaktan.org>).

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 içerisinde girmektedir. Bu uğraşın esas gayesi; kaliteli sağlık hizmetini etkili ve verimli olarak yani yüksek performansta sunabilmektir (Ünal, 2014).

Kalitenin sağlık hizmetlerinde önem kazanmasının sebepleri ise şu şekilde sıralanabilir (Öznlbant, 2010: 45).

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

Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi 1980 yılında tanımladığı üç temel direk üzerine kurmuştur. Bu üç temel direk şu şekildedir (Akalin, 2000).

i. Sağlık kuruluşunun yapısı (Structure)

Sağlık kuruluşunun fiziksel, teknolojik ve mekanik yapısı, çalışanlarının bilgi yetenek, profesyonel karakterleri, yönetim felsefesi ve hizmet verdiği toplumun demografik özellikleri yapının kalitesini etkiler.

ii. Sağlık kuruluşunda olagelen işlemler (Processes)

Tanı ve tedavide izlenen yolun, karar verme işlevinin o gün için geçerli olan bilimsel ve teknolojik doğrulara uygunluğu, bu teknik öğelerin uygulanmasında hasta ile olan iletişim ve etkileşimler hizmetin kalitesini etkileyen diğer önemli faktörlerdir.

iii. Sağlık hizmetinden elde edilen sonuçlar (Outcomes)

Alınan sonuçların klinik, ekonomik ve humanistik açıdan değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi hizmet sonucu elde edilen kalitenin ölçülmesi ile mümkündür.

Bunlarla birlikte, rekabet ortamında kaliteyi kuruluşun yöneticileri veya kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirler. Bu nedenle müşterilerin kim olduğunun belirlenip, müşteri gereksinimlerinin etkin bir biçimde karşılanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gereklidir (Devebakan, 2006). Dolayısıyla kalite standartlarını yükseltme çalışmalarında kullanılan en temel başlık hasta memnuniyetidir. Sağlık kuruluşları hasta memnuniyetini sağlamak için, kendilerinden hizmet talep eden müşterilerine kaliteli hizmet sunmalı, yüksek olan maliyetleri aşağı çekecek yöntemler geliştirmeli, hizmet sunum sürecinin süresini optimum seviyeye çekebilmeli, aynı zamanda teşhis koyma ve tedavi yöntemini seçmede sıfır hatayı hedeflemeli ve hastaya durumu hakkında yeterli ve aydınlatıcı bilgi vermelidir (Mirza, 2010: 40-41).

2.5.1. Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı

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).

İngiltere’de National Health Service sağlık hizmetinde kalite için, doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak, şeklinde bir tanımı kullanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde Institute of Medicine ise tıbbi bakımda kaliteyi, bugünkü bilgilere uygun olarak kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak, şeklinde tanımlamaktadır (<http://www.saglik-ekonomisi.com>).

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. Tanım, sonucu etkileyebilecek diğer değişkenler (yaş, cinsiyet, yaşam koşulları, hastalığın şiddeti vb.) uygun şekilde ölçölüp etkisiz hale getirildiğinde, hastanın elde ettiği sonucun, sağlık profesyonellerinin kendi becerileri ile hastanın yararına teknolojinin kullanımını birleştirmenin etkililik derecesini yansıttığını kabul eder (Kaya, 2005: 14).

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 (<http://www.merih.net>).

Ovretveit 1998’de sağlık hizmetlerinde kalite tanımını “hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde tamamen karşılamak” şeklinde yapmıştır (Kaya, 2005: 13).

Yapılan sağlık hizmetleri kalitesi tanımlarında kalite kavramının ölçülebilir, tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belli bir amaca yönelik verilen hizmetin yararının sonuçların ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olduğu görölmektedir (<http://www.saglik-ekonomisi.com>).

2.5.2. Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi kavrayabilmek, kaliteli sağlık hizmeti sağlama yolunda etkin bir şekilde ilerleme kaydedebilmek için sağlık hizmetlerinde kaliteyi oluşturan etmenlerin ve kalite boyutlarının açıklanması gerekmektedir.

Maxwell'e göre kalitenin altı boyutu bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlamaya yardım edecek bu boyutlar ait sorular şu şekildedir (Kaya, 2005: 12-13):

- **Etkililik**

- Verilen tedavi teknik anlamda verilebilecek en iyi tedavi midir ve bunun kanıtı nedir?
- Tedavinin genel olarak sonucu nedir?

- **Kabul edilebilirlik**

- Bu tedavi/hizmet ne kadar sevecen ve saygı çerçevesinde verilmektedir ve hastalar bu konu hakkında ne düşünmektedirler?
- Hizmet nasıl bir yerde sunuluyor?
- Mahremiyet ve gizlilik korunuyor mu?

- **Verimlilik**

- Belirli bir girdiden maksimum çıktı elde ediliyor mu ya da belirli bir düzeydeki çıktı için minimum girdi kullanılıyor mu?
- Birim maliyet, aynı tedavi/hizmetin başka yerlerdeki birim maliyetiyle karşılaştırıldığında izlenen durum nedir?

- **Erişilebilirlik**

- İnsanlar ihtiyaç duyduğunda bu tedaviyi/hizmeti alabiliyor mu?
- Hizmete ulaşmada herhangi bir engel (uzaklık, ödeme gücünün olmaması, bekleme süresi vb.) var mı ya da hizmet sunumu kesintiye uğruyor mu?

- **Hakkaniyet**

- Bir hasta ya da hasta grubu diğerlerine göre adil olarak tedavi ediliyor mu?

- **Uygunluk**

- Bir bütün olarak toplumun ihtiyaçları ve istekleri hesaba katıldığında, hizmetlerin genel modeli ya da dengesi yapılabilecek olanın en iyisi mi?

Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üç başlık altında toplamıştır (Varinli ve Çakır, 2004).

- i. Sağlık hizmetlerinde kalitenin teknik yönü**, tıbbi bilim ve bilginin bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir.
- ii. Sağlık hizmetlerinde kalitenin kişiler arası iletişim yönü**, hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin yardımseverliği, dostça yaklaşımı vb. özellikleri kapsamaktadır.
- iii. Sağlık hizmetlerinde kalitenin konfor yönü**, hastane ortamında sunulan imkanlar ve bu imkanların rahatlığı gibi özellikleri içermektedir.

Ovretveit'e göre de sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır (Kaya, 2005: 13-14).

- **Müşteri kalitesi**

Müşterilerin (clients: hizmetten doğrudan yararlananlar) ve varsa onlara bakanların hizmetin kendilerine istedikleri ve beledikleri şeyleri verme derecesi hakkındaki görüşleridir.

- **Profesyonel Kalite**

Hizmetlerin, profesyonel hizmet sunucuları ile sevk edenler tarafından belirlenen müşteri ihtiyaçlarını karşılama derecesi ve ihtiyaçları karşılamak için gerekli olduğuna inanılan profesyonel prosedürler ve yöntemlerin kullanılma derecesi hakkında profesyonellerin yargısıdır. Başka bir deyişle, profesyonellere göre değerlendirmelerin ve tedavilerin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ve gereken sonuçları üretip üretmediğidir.

- **Yönetim kalitesi**

Müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için kaynakların daha yüksek otoriteler/satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak hizmet sunum sürecinin tekrarlama, hata ve israf olmaksızın kaynakları en verimli şekilde kullanmak üzere tasarlanıp tasarlanmadığı, işletilip işletilmediğidir.

Literatürdeki bir başka çalışma ise Vincent K. Omachonu tarafından geliştirilen sentezci yaklaşımdır ve bu yaklaşım kalitenin teknik ve sanatsal boyutlarını kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin teknik boyutunu bilimsel norm ve standartlara uygunluk; sanatsal boyutunu da müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması oluşturmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 270).

Görüldüğü üzere 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.

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. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK KARŞILAŞTIRMALI BİR UYGULAMA

3.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık sektörü birincil ihtiyaçlara dönük, her zaman varlığını sürdürecektir bir alandır. Günden güne gelişen teknoloji, eğitim seviyesinin yükselmesi, gelir düzeyinin artması gibi ilerlemeler dolayısıyla sağlık hizmeti satın alma aşamasında kişilerin daha bilinçli ve daha sorgulayıcı davrandıkları, akabinde de daha kaliteli sağlık hizmeti arzuladıkları yadsınamaz bir gerçektir. Bu yüzden bu alanda belli bir kalite standardının yakalanması ve müşteri yani hasta tatmininin sağlanması son derece önemlidir.

Bu doğrultuda araştırmanın temel amacı, Niğde ilinde hizmet sunan 10 aile sağlığı merkezinde müşteri konumundaki hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini ve bu hizmetlere yönelik algılarını tespit etmektir. Sunulan hizmetin hizmet kalitesi boyutları göz önüne alınarak müşteri memnuniyet derecesini ölçmek ve hastaların cinsiyet, yaş, eğitim, sosyal güvence ve gelir durumları gibi demografik özelliklerinin beklenti ve algılamalar üzerine etkilerini ortaya koymaktır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Her alanda olduğu gibi sağlık sektörü kurumları da varlıklarını sürdürmek, hasta tatmini sağlamak ve belirli bir standardı yakalamak için bir takım kalite hedefleri edinirler. Bu kalite hedeflerinin amacına ulaşmış olup olmadığını değerlendirmesinde kilit nokta olan hastaların, beklenti ve algılamaları arasındaki farkın en aza indirilebilmesi ve ardından algıladıklarının beklentilerinin önüne geçmesinin sağlanabilmesi için sağlık kurumlarına kılavuzluk edebilecek bir araştırma niteliğinde olması önemsenmiştir.

3.3. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları

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

Araştırma 15 Şubat 2016 - 7 Mart 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.

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 dahil edilen hasta yakınları toplam anketlerin %36'sını oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Metodolojisi

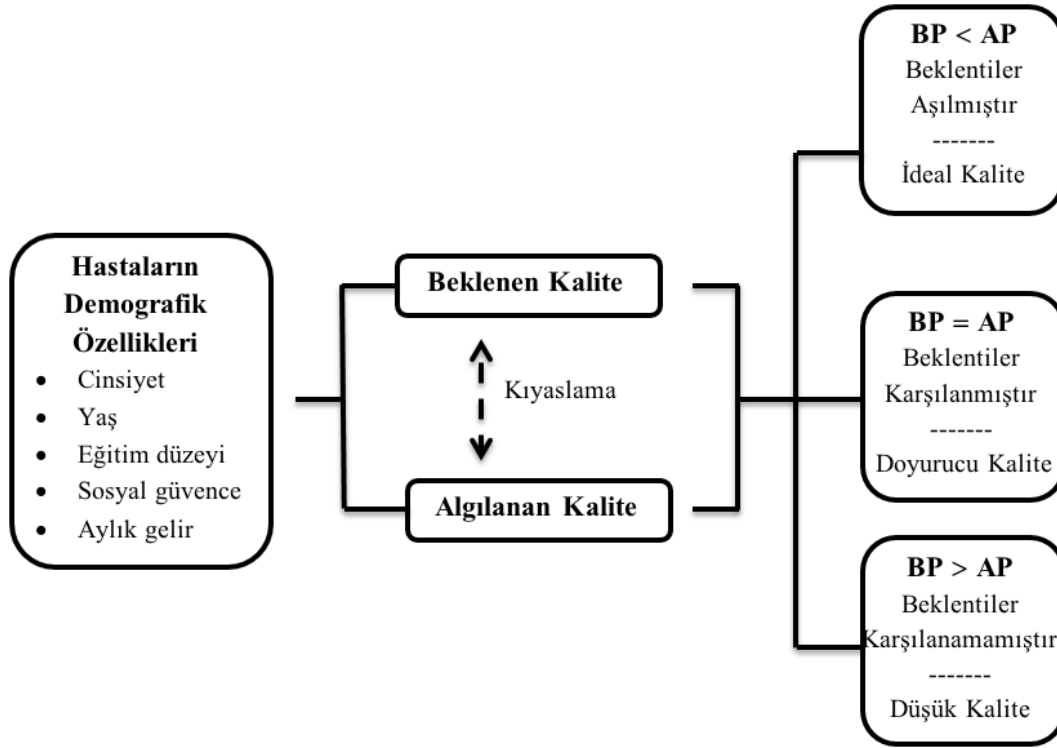
Bu bölümde araştırmanın modeli, veri toplama yöntemi, ana kütle ve örneklem seçimi ile araştırmanın değişkenleri, varsayımları ve hipotezleri hakkında bilgi verilmiştir.

3.4.1. 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.

Araştırmanın modeli aşağıdaki gibidir.



Şekil 3.1. Araştırmanın modeli

Servqual ölçeğinde, katılımcılar öncelikle mükemmel bir aile sağlığı merkezinden beklentilerini ölçen soruları ve daha sonra hizmet aldıkları aile sağlığı merkezinden edindikleri izlenimleri değerlendiren soruları cevaplarlar. Yani bu ölçek, hastaların hizmet alımı öncesinde alacakları hizmetin nasıl olması gerektiğine dair beklentileri ve akabinde aldıkları hizmetten algılamalarının kıyaslanması yoluyla hizmet kalitesini belirler. Modelde hizmet kalitesinin derecesi yani servqual puanları algı puanlarından beklenti puanlarının çıkarılmasıyla bulunur.

$$\text{SERVQUAL PUANI (SP)} = \text{ALGI PUANI (AP)} - \text{BEKLENTİ PUANI (BP)}$$

Denklem 3.1. Servqual puanı hesaplaması

3.4.2. Veri toplama yöntemi

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

Hazırlanan anket (Ek-I) üç bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk sayfasında anketin yapılış amacı hastalara kısaca açıklanmış ve demografik bilgileri almaya yönelik sorular sorulmuştur.

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.

Ankette demografik bilgiler, kalite beklentileri ve beklenti önceliklerinin sorulduğu bölümler hastanın aile sağlığı merkezine geldiği sırada uygulanmış, kalite alguları ile ilgili soruların bulunduğu son bölüm ise muayene işlemi akabinde aile sağlığı merkezinden ayrılmadan önce sorulmuştur.

Literatürde sağlık alanında hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlayan birçok çalışmada Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen servqual ölçeği sağlık alanına uyarlanarak kullanılmıştır. Örneğin Devebakan 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.

3.4.3. Araştırmanın 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 anket birebir hasta ve hasta yakınlarına uygulanmıştır. Analizler %95 güven aralığında yapılmıştır.

3.4.4. Araştırmanın değişkenleri

Servqual ölçeği ile aile sağlığı merkezlerinde hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlayan bu çalışmanın ilk bağımlı değişkeni (Y_1), anketin 22 adet kalite algısı sorusuna verilen puanlardan, gene 22 adet kalite beklentisi sorusuna verilen puanları çıkararak elde edilen servqual puanlarıdır.

- **Y1.1** Aile sağlığı merkezinin modern cihaz ve ekipmanlara sahip olması.
- **Y1.2** Aile sağlığı merkezinin çalışanlarının iyi giyimli ve temiz görünümlü olması.
- **Y1.3** Aile sağlığı merkezinin fiziksel alanlarının (oda, koridor, wc, vb.) temiz ve hijyenik olması.
- **Y1.4** Aile sağlığı merkezinin ek hizmet alanlarının (bekleme salonu, vb.) kullanışlı olması.
- **Y1.5** Aile sağlığı merkezinde hasta kayıtlarının hatasız bir şekilde tutulması.
- **Y1.6** Aile sağlığı merkezinde doğru teşhis konulması ve uygun tedavi uygulanması.
- **Y1.7** Aile sağlığı merkezinde tedavi süreci ile ilgili işlemlerin söz verildiği şekilde yerine getirilmesi.
- **Y1.8** Aile sağlığı merkezinde doktor ve hemşirelerin yapacağı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması.
- **Y1.9** Aile sağlığı merkezinde doktorların, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi vermesi.
- **Y1.10** Aile sağlığı merkezinin muayene ve tedavi işlemleri için verdiği randevuyu geciktirmemesi.
- **Y1.11** Aile sağlığı merkezi çalışanlarının hastaya yardımcı olmaya istekli olması.
- **Y1.12** Aile sağlığı merkezinin hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık vermesi.
- **Y1.13** Aile sağlığı merkezinde hasta ve yakınlarının öneri ve şikayetlerinin dikkate alınması.
- **Y1.14** Aile sağlığı merkezinde doktor ve hemşirelerin davranışlarının nazik olması ve hastada güven duygusu uyandırması.
- **Y1.15** Aile sağlığı merkezindeki doktor ve hemşirelerin soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olması.
- **Y1.16** Aile sağlığı merkezinin hasta menfaatini her zaman her şeyin üstünde tutması.
- **Y1.17** Aile sağlığı merkezinin hastalara zararlı olabilecek durumlara (alet sterilizasyonu, yatak temizliği, vb.) dikkat etme konusunda güven vermesi.
- **Y1.18** Aile sağlığı merkezinin hastalarının hastalıkları ile ilgili özel bilgilerini başkalarıyla paylaşmaması.

- **Y1.19** Aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşirelerin olması.
- **Y1.20** Aile sağlığı merkezinin doktor hemşirelerinin, hastaların sorunları olduğunda yardımcı olmak için çaba sarf etmesi.
- **Y1.21** Aile sağlığı merkezi personelinin, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olması.
- **Y1.22** Aile sağlığı merkezinde tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilmesi.

Araştırmanın diğer bağımlı değişkeni (Y_2), anketin ikinci blnde yer alan ve kalite önceliklerinin belirlenmesinde yararlanılan hizmet kalitesinin 5 boyutundan elde edilen kalite boyutlarının ağırlıkları ve bu ağırlıklar kullanılarak elde edilen katsayılarıdır.

- **Y2.1** Aile sağlığı merkezinin fiziki yapısı, dış görünüşü, estetik ve konforu ile ekipmanların görünüşü.
- **Y2.2** Tedavinin taahhüt edildiği şekilde doğru ve güvenilir olarak gerçekleştirilmesi.
- **Y2.3** Hastalara yardımcı olma ve tam hizmet sunma konusunda istekli olunması ve hasta taleplerinin dikkate alınması.
- **Y2.4** Doktor ve hemşire davranışlarının güven vermesi ve hastalara karşı nezaket.
- **Y2.5** Hastalara gösterilen kişisel ilgi ve dikkat ile hastaların duyarlılığı.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri (X) ise, hastaların demografik bilgilerinden oluşan ve bu bilgilerin beklenti ve algılamalara etkisinin değerlendirilmesinde kullanılan değişkenlerdir.

- **X.1** Anketi Cevaplayan
- **X.2** Cinsiyet
- **X.3** Yaş
- **X.4** Eğitim Düzeyi
- **X.5** Sosyal Güvence
- **X.6** Aylık Gelir

3.4.5. Araştırmanın varsayımları

Tezin uygulamasında, analizlerin anlamlılık kazabilmesi için bir takım varsayımlarda bulunulmuştur. Bunlar;

- Hastalar anket sorularına samimiyetle ve gerçeği yansıtır bir şekilde cevap vermişlerdir.
- Bu çalışmadan elde edilen tüm veriler ölçülebilir ve tekrarlanabilir niteliktedir.

3.4.6. Araştırmanın hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri, hizmet kalitesine verilen önemin hastaların demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği üzerine kurulmuştur. Buna göre araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

- 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.
- H_0^2 : Algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.
 H_1^2 : Algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H_0^3 : Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir.
 H_1^3 : Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.
- H_0^4 : Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.
 H_1^4 : Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.
- H_0^5 : Algılanan hizmet kalitesi sosyal güvence faktörüne göre farklılık göstermemektedir.
 H_1^5 : Algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye faktörüne göre farklılık göstermektedir.
- H_0^6 : Algılanan hizmet kalitesi aylık gelire göre farklılık göstermemektedir.

H₁⁶ : Algılanan hizmet kalitesi aylık gelire göre farklılık göstermektedir.

3.5. Araştırmanın Bulguları ve Değerlendirilmesi

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.

3.5.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Bu araştırmada hastalardan demografik özellikler kapsamında yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, sosyal güvence ve aylık gelir durumu bilgileri istenmiştir. Bu bilgiler ışığında hastaların demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri Çizelge 3.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri

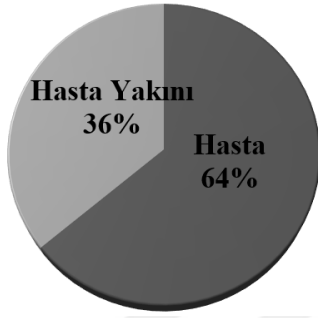
| | | Frekans | Yüzde % |
|---------------|-------------------|---------|---------|
| Cevaplayan | Hasta | 320 | 64,0% |
| | Hasta Yakını | 180 | 36,0% |
| Cinsiyet | Kadın | 286 | 57,2% |
| | Erkek | 214 | 42,8% |
| Yaş | 18-25 | 135 | 27,0% |
| | 26-30 | 70 | 14,0% |
| | 31-35 | 57 | 11,4% |
| | 36-40 | 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% |

Çizelge 3.1. (devam). Katılımcıların demografik özellikleri

| | | Frekans | Yüzde % |
|----------------|-----------------|---------|---------|
| 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% |

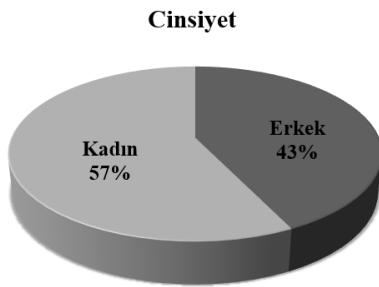
Araştırmaya katılanların %64'ü (320 kişi) hasta ve %36'sı (180 kişi) hasta yakınıdır.

Anketi Cevaplayan



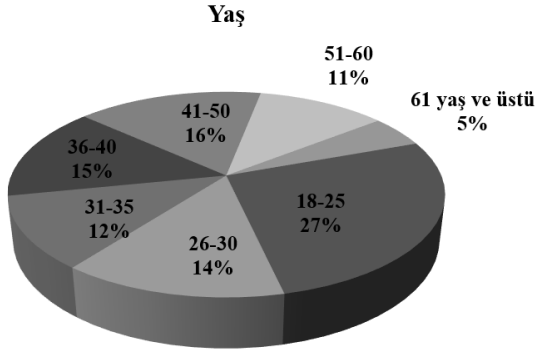
Şekil 3.2. Katılımcıların cevaplayana göre dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların %57'si (286 kişi) kadın ve %43'ü (214 kişi) erkektir.



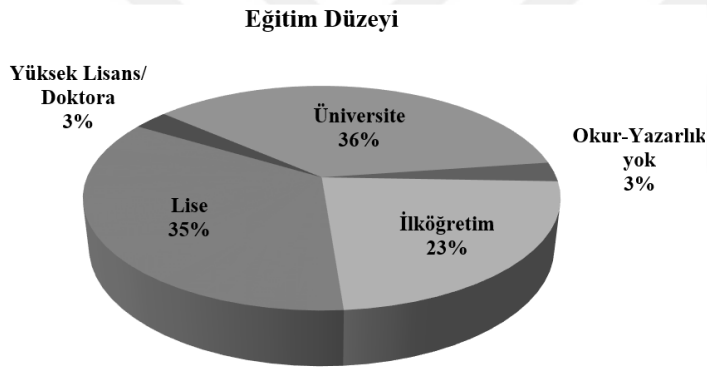
Şekil 3.3 Katılımcıların cinsiyet dağılımı

Hastaların yaş dağılımına bakıldığında %27'si (135 kişi) 18-25 yaş aralığında, %14'ü (70 kişi) 26-30 yaş aralığında, %11,4'ü (57 kişi) 31-35 yaş aralığında, %14,8'i (74 kişi) 36-40 yaş aralığında, %16,4'ü (82 kişi) 41-50 yaş aralığında, %11,4'ü (57 kişi) 51-60 yaş aralığında ve %5'i (25 kişi) 61 yaş üstüdür.



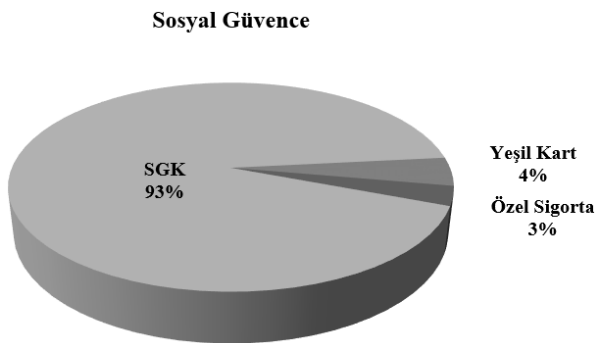
Şekil 3.4. Katılımcıların yaş dağılımı

Katılımcıların %2,8'inin (14 kişi) okur-yazarlığı yoktur, %23,2'si (116 kişi) ilköğretim, %34,8'i (174 kişi) lise, %36,4'ü (182 kişi) üniversite ve %2,8'i (14 kişi) yüksek lisans/doktora mezunudur.



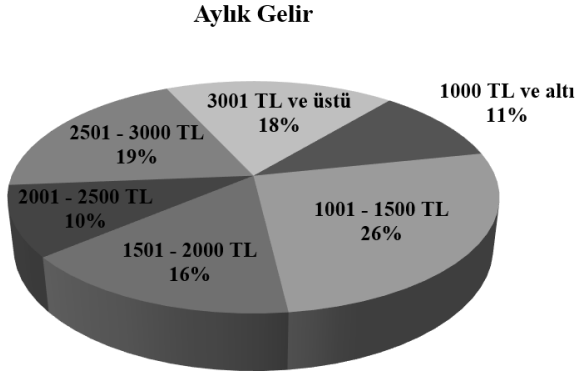
Şekil 3.5. Katılımcıların eğitim düzeyi dağılımı

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.



Şekil 3.6. Katılımcıların sosyal güvence dağılımı

Son değişken olan aylık gelir dağılımında hastaların, %10,6'sı (53 kişi) 1000 TL ve altı, %26,4'ü (132 kişi) 1001-1500 TL, %15,8'i (79 kişi) 1501-2000 TL, %9,8'i (49 kişi) 2001-2500 TL, %19,4'ü (97 kişi) 2501-3000 TL ve %18'i (90 kişi) 3001 TL ve üstü gelire sahiptir.



Şekil 3.7. Katılımcıların aylık gelir dağılımı

3.5.2. Verilerin analizi

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilmeden önce Güvenilirlik Analizi ve Uygunluk Analizleri (Şekilsel İnceleme, Çarpıklık-Basıklık Testi, Kolmogorov-Simirnov Testi) yapılmış sonrasında Servqual Puanları hesaplanmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

3.5.2.1. Güvenilirlik analizi

Güvenilirlik, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır; ölçülmek istenen belli bir şeyin, sürekli olarak aynı sembolleri almasıdır; aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınmasıdır; ölçmenin, tesadüfi yanılığardan arınık olmasıdır (<http://www.istatistikanaliz.com>). Yani güvenilirlik analizinin amacı, bu çalışmaya katılan hastaların ankette yer alan sorular hakkında aynı değerlendirmeyi yapıp yapmadığının belirlenmesi, bir diğer deyişle yorum hatalarına sebebiyet verebilecek anket sorularının saptanmasıdır.

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 3.2. Kalite beklentisi güvenilirlik analizi

| Reliability Statistics | | | |
|------------------------|----------------------------------------------|-----|------------|
| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N | N of Items |
| ,964 | ,968 | 500 | 22 |

Kalite beklentisi soruları için yapılan analiz sonucu güvenilirlik değeri 0,964 çıkmıştır. Oldukça yüksek olan bu değer anket sorularının son derece güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.3. Kalite algısı güvenilirlik analizi

| Reliability Statistics | | | |
|------------------------|----------------------------------------------|-----|------------|
| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N | N of Items |
| ,948 | ,952 | 500 | 22 |

Kalite algısı soruları için yapılan analiz sonucu güvenilirlik değeri 0,948 çıkmıştır. Oldukça yüksek olan bu değer anket sorularının son derece güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.5.2.2. 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).

3.5.2.2.1. Şekilsel inceleme

Verilerin şekilsel olarak incelenmesi araştırmacılara veriler hakkında genel bir bilgi sağlarken, verilerin programa doğru bir şekilde girilip girilmediğini göstermesi açısından önemlidir. Verilerin şekilsel olarak incelenmesinde minimum ve maksimum değerler, ortalama değerler, frekanslar ve standart sapmalar yer alır.

Şekilsel inceleme anketin hem kalite beklentisi hem de kalite algısı sorularına uygulanmıştır. Verilerin şekilsel inceleme sonuçları Çizelge 3.4 ve Çizelge 3.5'te gösterilmiştir.

Çizelge 3.4. Kalite beklentisinin şekilsel olarak incelenmesi

| Descriptive Statistics | | | | | | |
|------------------------|-----|---------|---------|--------|----------------|----------|
| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | Variance |
| Beklenti F.1 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,6940 | ,63967 | ,409 |
| Beklenti F.2 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,8180 | ,46617 | ,217 |
| Beklenti F.3 | 500 | 3,00 | 5,00 | 4,8640 | ,35462 | ,126 |
| Beklenti F.4 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,7860 | ,46973 | ,221 |
| Beklenti G.5 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,8200 | ,44271 | ,196 |
| Beklenti G.6 | 500 | 3,00 | 5,00 | 4,8340 | ,40345 | ,163 |
| Beklenti G.7 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,8180 | ,43503 | ,189 |
| Beklenti G.8 | 500 | 3,00 | 5,00 | 4,8720 | ,35194 | ,124 |
| Beklenti G.9 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,8380 | ,40507 | ,164 |
| Beklenti H.10 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,7880 | ,44660 | ,199 |
| Beklenti H.11 | 500 | 3,00 | 5,00 | 4,8220 | ,39829 | ,159 |
| Beklenti H.12 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,7720 | ,49851 | ,249 |
| Beklenti H.13 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,8000 | ,49039 | ,240 |
| Beklenti H.14 | 500 | 3,00 | 5,00 | 4,8400 | ,39333 | ,155 |
| Beklenti G.15 | 500 | 3,00 | 5,00 | 4,8460 | ,38805 | ,151 |
| Beklenti G.16 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,7140 | ,63641 | ,405 |
| Beklenti G.17 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,8320 | ,41487 | ,172 |
| Beklenti G.18 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,8380 | ,44739 | ,200 |
| Beklenti E.19 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,7280 | ,58882 | ,347 |
| Beklenti E.20 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,7880 | ,48942 | ,240 |
| Beklenti E.21 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,6440 | ,70303 | ,494 |
| Beklenti E.22 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,7660 | ,54758 | ,300 |
| Valid N (listwise) | 500 | | | | | |

Çizelge 3.5. Kalite algısının şekilsel olarak incelenmesi

| Descriptive Statistics | | | | | | |
|------------------------|-----|---------|---------|--------|----------------|----------|
| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | Variance |
| Algı F.1 | 500 | 1,00 | 5,00 | 3,6000 | 1,14482 | 1,311 |
| Algı F.2 | 500 | 2,00 | 5,00 | 4,5060 | ,69204 | ,479 |
| Algı F.3 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,1240 | 1,03671 | 1,075 |
| Algı F.4 | 500 | 1,00 | 5,00 | 3,6220 | 1,32462 | 1,755 |
| Algı G.5 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,4120 | ,75325 | ,567 |
| Algı G.6 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3720 | ,76863 | ,591 |
| Algı G.7 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,4380 | ,74516 | ,555 |
| Algı G.8 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,4580 | ,73574 | ,541 |
| Algı G.9 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3820 | ,82062 | ,673 |
| Algı H.10 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3380 | ,91730 | ,841 |
| Algı H.11 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3280 | ,88656 | ,786 |
| Algı H.12 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3020 | ,83197 | ,692 |
| Algı H.13 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,1880 | ,96878 | ,939 |
| Algı H.14 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3720 | ,89399 | ,799 |
| Algı G.15 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,4420 | ,75351 | ,568 |
| Algı G.16 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,2120 | ,90592 | ,821 |
| Algı G.17 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,2300 | ,87328 | ,763 |
| Algı G.18 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,6260 | ,69792 | ,487 |
| Algı E.19 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3700 | ,90705 | ,823 |
| Algı E.20 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3880 | ,82390 | ,679 |
| Algı E.21 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,2100 | ,94429 | ,892 |
| Algı E.22 | 500 | 1,00 | 5,00 | 4,3000 | ,93795 | ,880 |
| Valid N (listwise) | 500 | | | | | |

3.5.2.2.2. Çarpıklık - Basıklık incelemesi

Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) Testi, verilerin uygunluk analizinin bir parçasıdır. Bu test, analize dahil edilen algılama ile ölçülen verilerin normal dağılım eğrisinde nasıl bir davranış sergilediklerini göstermektedir.

Çarpıklık normal dağılımda 0 olarak varsayılır. Bir dağılımın çarpıklık katsayısı negatif ise dağılım sağa, pozitif ise sola çarpıktır. Çarpıklık katsayısının ± 2 saçılımı çoğu istatistikçi tarafından normal varsayılır. Basıklık ise dağılımın normal dağılıma göre basık olması veya pik yapması olarak tanımlanır. Çarpıklık değerinde olduğu gibi basıklık da normal dağılımda 0'dır. Pozitif değerler normal dağılıma göre dikliği, negatif değerler ise dağılımın normal dağılıma göre basıklığını gösterir. Basıklık katsayısının ± 2 değerler arasında olması normal olarak değerlendirilir (<http://alarmsaat.blogspot.com.tr>). Çarpıklık - Basıklık Testi sonuçları Çizelge 3.6'da gösterilmiştir.

Çizelge 3.6. Kalite algısının çarpıklık - basıklık incelemesi

| Descriptive Statistics | | | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|
| | N | Mean | Skewness | | Kurtosis | |
| | Statistic | Statistic | Statistic | Std. Error | Statistic | Std. Error |
| Algı F.1 | 500 | 3,6000 | -,331 | ,109 | -,796 | ,218 |
| Algı F.2 | 500 | 4,5060 | -1,242 | ,109 | ,883 | ,218 |
| Algı F.3 | 500 | 4,1240 | -1,290 | ,109 | 1,169 | ,218 |
| Algı F.4 | 500 | 3,6220 | -,673 | ,109 | -,729 | ,218 |
| Algı G.5 | 500 | 4,4120 | -1,238 | ,109 | 1,332 | ,218 |
| Algı G.6 | 500 | 4,3720 | -1,200 | ,109 | 1,285 | ,218 |
| Algı G.7 | 500 | 4,4380 | -1,377 | ,109 | 1,900 | ,218 |
| Algı G.8 | 500 | 4,4580 | -1,355 | ,109 | 1,719 | ,218 |
| Algı G.9 | 500 | 4,3820 | -1,442 | ,109 | 1,925 | ,218 |
| Algı H.10 | 500 | 4,3380 | -1,533 | ,109 | 2,120 | ,218 |
| Algı H.11 | 500 | 4,3280 | -1,350 | ,109 | 1,422 | ,218 |
| Algı H.12 | 500 | 4,3020 | -1,138 | ,109 | ,958 | ,218 |
| Algı H.13 | 500 | 4,1880 | -1,167 | ,109 | ,857 | ,218 |
| Algı H.14 | 500 | 4,3720 | -1,579 | ,109 | 2,322 | ,218 |
| Algı G.15 | 500 | 4,4420 | -1,382 | ,109 | 1,948 | ,218 |
| Algı G.16 | 500 | 4,2120 | -1,162 | ,109 | 1,175 | ,218 |
| Algı G.17 | 500 | 4,2300 | -1,135 | ,109 | 1,231 | ,218 |
| Algı G.18 | 500 | 4,6260 | -2,356 | ,109 | 6,587 | ,218 |
| Algı E.19 | 500 | 4,3700 | -1,656 | ,109 | 2,654 | ,218 |
| Algı E.20 | 500 | 4,3880 | -1,516 | ,109 | 2,400 | ,218 |
| Algı E.21 | 500 | 4,2100 | -1,147 | ,109 | ,797 | ,218 |
| Algı E.22 | 500 | 4,3000 | -1,406 | ,109 | 1,601 | ,218 |
| Valid N (listwise) | 500 | | | | | |

3.5.2.2.3. Kolmogorov - Smirnov Testi

Kolmogorov - Smirnov Testi, rastgele elde edilmiş örnek bir verinin belirli bir dağılıma (uniform, normal veya poison) uyup uymadığını test etmek amacıyla kullanılır. Prensip olarak Kolmogorov - Smirnov Testi örnek verinin kümülatif dağılım fonksiyonunun öne sürülen kümülatif dağılım fonksiyonuyla karşılaştırılması esasına dayanır. Bu test yardımıyla bir örneklemden toplanan verilerin normal dağılım sergileyip sergilemediğini incelemek mümkündür (<http://www.istatistikanaliz.com>).

Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını anlamak için anlamlılık (Sig.(2-tailed)) değerine bakılır. Eğer bu değer 0,05'in altında ise verilerin normal dağılmadığı; 0,05'in üstünde ise normal dağıldığı sonucuna varılır.

Kalite beklentisi ve kalite algısı için yapılan Kolmogorov - Smirnov Testleri Çizelge 3.7 ve Çizelge 3.8'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.7. Kalite beklentisinin kolmogorov - smirnov testi

| One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test | | | | | | |
|------------------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | BeklentiF.1 | BeklentiF.2 | BeklentiF.3 | BeklentiF.4 | |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,6940 | 4,8180 | 4,8640 | 4,7860 | |
| | Std. Deviation | ,63967 | ,46617 | ,35462 | ,46973 | |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,454 | ,496 | ,517 | ,486 | |
| | Positive | ,316 | ,348 | ,351 | ,324 | |
| | Negative | -,454 | -,496 | -,517 | -,486 | |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 10,147 | 11,088 | 11,568 | 10,860 | |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |
| | | BeklentiG.5 | BeklentiG.6 | BeklentiG.7 | BeklentiG.8 | BeklentiG.9 |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,8200 | 4,8340 | 4,8180 | 4,8720 | 4,8380 |
| | Std. Deviation | ,44271 | ,40345 | ,43503 | ,35194 | ,40507 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,498 | ,506 | ,494 | ,520 | ,505 |
| | Positive | ,342 | ,340 | ,338 | ,358 | ,345 |
| | Negative | -,498 | -,506 | -,494 | -,520 | -,505 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 11,132 | 11,306 | 11,050 | 11,627 | 11,301 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | | BeklentiH.10 | BeklentiH.11 | BeklentiH.12 | BeklentiH.13 | BeklentiH.14 |

Çizelge 3.7. (devam). Kalite beklentisinin kolmogorov - smirnov testi

| One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,7880 | 4,8220 | 4,7720 | 4,8000 | 4,8400 |
| | Std. Deviation | ,44660 | ,39829 | ,49851 | ,49039 | ,39333 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,484 | ,501 | ,480 | ,488 | ,508 |
| | Positive | ,318 | ,327 | ,324 | ,342 | ,342 |
| | Negative | -,484 | -,501 | -,480 | -,488 | -,508 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 10,834 | 11,192 | 10,740 | 10,919 | 11,357 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| BeklentiG.15 BeklentiG.16 BeklentiG.17 BeklentiG.18 | | | | | | |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,8460 | 4,7140 | 4,8320 | 4,8380 | |
| | Std. Deviation | ,38805 | ,63641 | ,41487 | ,44739 | |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,510 | ,457 | ,503 | ,499 | |
| | Positive | ,346 | ,327 | ,343 | ,359 | |
| | Negative | -,510 | -,457 | -,503 | -,499 | |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 11,410 | 10,228 | 11,253 | 11,166 | |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |
| BeklentiE.19 BeklentiE.20 BeklentiE.21 BeklentiE.22 | | | | | | |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,7280 | 4,7880 | 4,6440 | 4,7660 | |
| | Std. Deviation | ,58882 | ,48942 | ,70303 | ,54758 | |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,464 | ,484 | ,436 | ,481 | |
| | Positive | ,322 | ,332 | ,306 | ,335 | |
| | Negative | -,464 | -,484 | -,436 | -,481 | |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 10,374 | 10,813 | 9,743 | 10,765 | |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Çizelge 3.8. Kalite algısının kolmogorov - smirnov testi

| One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test | | | | | |
|----------------------------------------------|----------------|----------|----------|----------|----------|
| | | Algı F.1 | Algı F.2 | Algı F.3 | Algı F.4 |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 3,6000 | 4,5060 | 4,1240 | 3,6220 |
| | Std. Deviation | 1,14482 | ,69204 | 1,03671 | 1,32462 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,173 | ,372 | ,258 | ,236 |
| | Positive | ,172 | ,238 | ,199 | ,149 |
| | Negative | -,173 | -,372 | -,258 | -,236 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 3,875 | 8,326 | 5,778 | 5,284 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Algı G.5 Algı G.6 Algı G.7 Algı G.8 Algı G.9 | | | | | |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,4120 | 4,3720 | 4,4380 | 4,4580 |
| | Std. Deviation | ,75325 | ,76863 | ,74516 | ,73574 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,330 | ,311 | ,337 | ,349 |
| | Positive | ,218 | ,207 | ,225 | ,231 |
| | Negative | -,330 | -,311 | -,337 | -,349 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 7,390 | 6,955 | 7,527 | 7,811 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

Çizelge 3.8. (devam). Kalite algısının kolmogorov - smirnov testi

| One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test | | | | | | |
|------------------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | Algı H.10 | Algı H.11 | Algı H.12 | Algı H.13 | Algı H.14 |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,3380 | 4,3280 | 4,3020 | 4,1880 | 4,3720 |
| | Std. Deviation | ,91730 | ,88656 | ,83197 | ,96878 | ,89399 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,323 | ,318 | ,295 | ,277 | ,335 |
| | Positive | ,235 | ,224 | ,201 | ,201 | ,241 |
| | Negative | -,323 | -,318 | -,295 | -,277 | -,335 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 7,217 | 7,106 | 6,602 | 6,195 | 7,487 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | | Algı G.15 | Algı G.16 | Algı G.17 | Algı G.18 | |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,4420 | 4,2120 | 4,2300 | 4,6260 | |
| | Std. Deviation | ,75351 | ,90592 | ,87328 | ,69792 | |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,345 | ,270 | ,271 | ,418 | |
| | Positive | ,229 | ,192 | ,189 | ,296 | |
| | Negative | -,345 | -,270 | -,271 | -,418 | |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 7,704 | 6,033 | 6,061 | 9,346 | |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |
| | | Algı E.19 | Algı E.20 | Algı E.21 | Algı E.22 | |
| N | | 500 | 500 | 500 | 500 | |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 4,3700 | 4,3880 | 4,2100 | 4,3000 | |
| | Std. Deviation | ,90705 | ,82390 | ,94429 | ,93795 | |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,332 | ,323 | ,283 | ,316 | |
| | Positive | ,244 | ,229 | ,201 | ,228 | |
| | Negative | -,332 | -,323 | -,283 | -,316 | |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 7,431 | 7,227 | 6,319 | 7,072 | |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

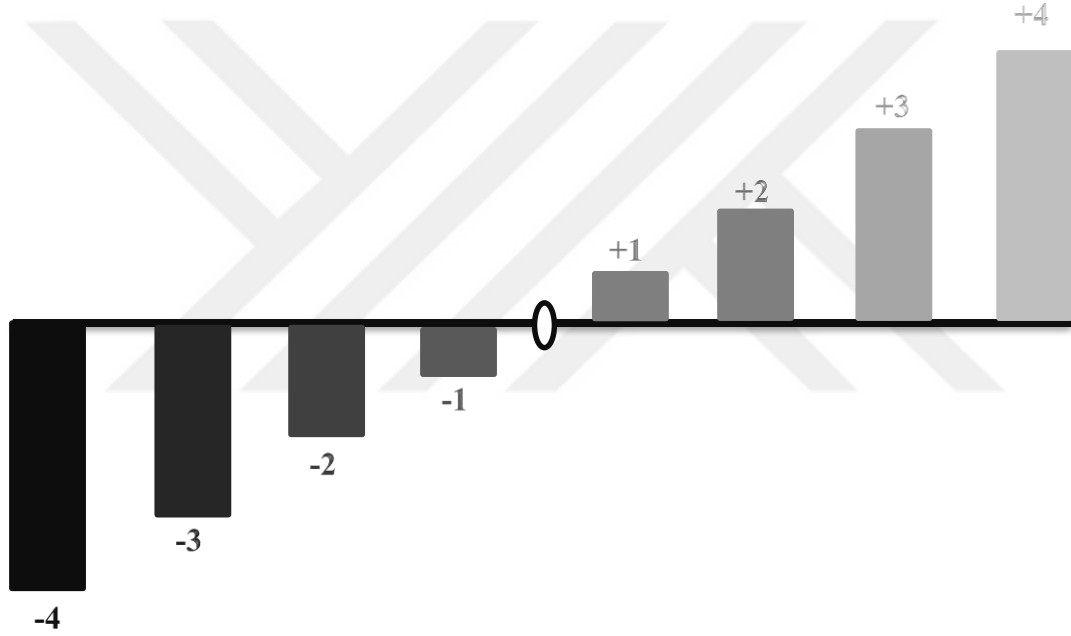
3.5.2.3. Servqual puanlarının hesaplanması

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 sunucuna ulaşılacaktır. 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.



Şekil 3.8. Beşli likert ölçeğine göre servqual puanlarının derecelendirilmesi

Hastaların kalite beklentisi ve kalite algısı ifadelerine verdikleri değerler vasıtası ile servqual puanları Denklem 3.2'de formüle edildiği gibi hesaplanmıştır.

$$P_t = A_t - B_t$$

P_t = Belirtilen ifadenin servqual puanı

A_t = Belirtilen ifadenin algı puanı

B_t = Belirtilen ifadenin beklenti puanı

Denklem 3.2. Her bir ifade için servqual puanının hesaplanması

Sonrasında servqual ölçeğinde yer alan 5 boyutun sahip olduğu her bir ifadenin fark puanları toplanmış ve o boyut içinde yer alan ifade sayısına bölünerek her bir hasta için

boyutlar bazında servqual puanı elde edilmiştir. Bu hesaplamalar aşağıda belirtildiği şekilde gerçekleştirilmiştir.

$$SP_1 = \frac{(AP_1 - BP_1) + (AP_2 - BP_2) + (AP_3 - BP_3) + (AP_4 - BP_4)}{4}$$

Denklem 3.3. Fiziksel değerler boyutu için servqual puanının hesaplanması

$$SP_2 = \frac{(AP_5 - BP_5) + (AP_6 - BP_6) + (AP_7 - BP_7) + (AP_8 - BP_8) + (AP_9 - BP_9)}{5}$$

Denklem 3.4. Güvenilirlik boyutu için servqual puanının hesaplanması

$$SP_3 = \frac{(AP_{10} - BP_{10}) + (AP_{11} - BP_{11}) + (AP_{12} - BP_{12}) + (AP_{13} - BP_{13}) + (AP_{14} - BP_{14})}{5}$$

Denklem 3.5. Heveslilik boyutu için servqual puanının hesaplanması

$$SP_4 = \frac{(AP_{15} - BP_{15}) + (AP_{16} - BP_{16}) + (AP_{17} - BP_{17}) + (AP_{18} - BP_{18})}{4}$$

Denklem 3.6. Güvence boyutu için servqual puanının hesaplanması

$$SP_5 = \frac{(AP_{19} - BP_{19}) + (AP_{20} - BP_{20}) + (AP_{21} - BP_{21}) + (AP_{22} - BP_{22})}{4}$$

Denklem 3.7. Empati boyutu için servqual puanının hesaplanması

Toplam 500 katılımcının sorulan 22'şer adet kalite beklentisi ve kalite algısı sorularına verdikleri puanların ortalamaları alınarak hesaplanan fark puanları ve boyutlar bazında hesaplanan fark puanları ile genel fark puanı Çizelge 3.9'da gösterildiği gibidir.

Çizelge 3.9. Hastaların 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁₁ | 4,69 | 3,60 | -1,09 | -0,83 | -0,52 |
| | Y ₁₂ | 4,82 | 4,51 | -0,31 | | |
| | Y ₁₃ | 4,86 | 4,12 | -0,74 | | |
| | Y ₁₄ | 4,79 | 3,62 | -1,16 | | |
| Güvenilirlik | Y ₁₅ | 4,82 | 4,41 | -0,41 | -0,42 | |
| | Y ₁₆ | 4,83 | 4,37 | -0,46 | | |
| | Y ₁₇ | 4,82 | 4,44 | -0,38 | | |
| | Y ₁₈ | 4,87 | 4,46 | -0,41 | | |
| | Y ₁₉ | 4,84 | 4,38 | -0,46 | | |
| Heveslilik | Y ₁₀ | 4,79 | 4,34 | -0,45 | -0,50 | |
| | Y ₁₁ | 4,82 | 4,33 | -0,49 | | |
| | Y ₁₂ | 4,77 | 4,30 | -0,47 | | |
| | Y ₁₃ | 4,80 | 4,19 | -0,61 | | |
| Güvence | Y ₁₄ | 4,84 | 4,37 | -0,47 | -0,43 | |
| | Y ₁₅ | 4,85 | 4,44 | -0,40 | | |
| | Y ₁₆ | 4,71 | 4,21 | -0,50 | | |
| | Y ₁₇ | 4,83 | 4,23 | -0,60 | | |
| Empati | Y ₁₈ | 4,84 | 4,63 | -0,21 | -0,41 | |
| | Y ₁₉ | 4,73 | 4,37 | -0,36 | | |
| | Y ₂₀ | 4,79 | 4,39 | -0,40 | | |
| | Y ₂₁ | 4,64 | 4,21 | -0,43 | | |
| | Y ₂₂ | 4,77 | 4,30 | -0,47 | | |

Hastaların kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanlarını gösteren Çizelge 3.9 incelendiğinde en yüksek beklenti düzeyinin 4,87 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yapacağı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁₈)”; en düşük beklenti düzeyinin ise 4,64 puan ile “Personelin, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olması (Y₂₁)” 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 paylaşılmaması (Y₁₈)” 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.

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. Dolayısıyla algılanan hizmet kalitesinin en düşük olduğu boyut Fiziksel Değerler boyutuyken algılanan hizmet kalitesinin en yüksek olduğu boyut Empati boyutudur. Empati boyutunu sırasıyla Güvenilirlik (-0,42), Güvence (-0,43) ve Heveslilik (-0,50) boyutlarının takip ettiği belirlenmiştir. Yalnızca boyutlar bazında Servqual Puanları değerlendirilmeye alınırsa hizmet veren bu 10 adet aile sağlığı merkezinin öncelikle Fiziksel Değerler boyutu kapsamında iyileştirmeler yapması gerekliliği görülmüştür.

Boyutlar bazında Servqual Puanlarının bulunması sonrasında her bir boyut için hesaplanan Servqual Puanları toplanmış ve boyut sayısına bölünerek bu çalışmaya konu olan aile sağlığı merkezlerine ait genel (eşit ağırlıklı servqual puanı) bir Servqual Puanı hesaplanmıştır. Bu puan -0,518 olarak bulunmuştur.

Bunlara ilaveten her bir aile sağlığı merkezi için kalite beklentisi ortalamaları ve kalite algısı ortalamaları hesaplanmış, sonrasında konusu geçen aile sağlığı merkezlerine ait Servqual Puanları ile Boyutlar Bazında Servqual Puanları ve genel Servqual Puanı hesaplanmıştır. Beklenti ve algı ortalamaları ile Servqual Puanlarının hesaplamalarına ait tablolar bu bölümde özetlenirken; Boyutlar Bazında Servqual Puanları her bir boyut için toplamda on aile sağlığı merkezini içine alacak şekilde grafiğe dökülmüştür.

şehit Kahraman elikbaş Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketler sonucunda en yüksek beklenti 4,84 puan ile "Doktor ve hemşirelerin soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olması (Y₁₅)" ifadesidir. En düşük beklenti düzeyine 4,54 puan ile "Personelin, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olması (Y₂₁)" ifadesi sahiptir. En yüksek algı ortalamaları 4,68 puan ile "Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₈)", 4,46 puan ile "alışanların iyi giyimli ve temiz görünümlü olması (Y₂)" ve 4,44 puan ile "Doktorların, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi vermesi (Y₉)" şeklinde sıralanmıştır. En düşük algı puanı ise 3,36 puan ile "Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁)" ifadesine aittir. şehit Kahraman elikbaş Aile Sağlığı Merkezinin gerek hastalarının mahremiyetine, gerek personelin temiz ve iyi görünümüne oldukça dikkat ettiği, hastalara kavrayabilecekleri düzeyde ve yeterli derecede açıklama yapmaya zen gösterdiği sonucuna varılmıştır. Beklenti ve algılamalar arasındaki en kk fark -0,14 puandır ve bu hasta mahremiyetinin korunduğunu ve bilgilerin nc kişilerle paylaşılma oranının oldukça düşük olduğunu göstermektedir. -1,28 puan ile en büyük farka sahip olan ifade ise, ek hizmet alanlarının yeterince kullanışlı olmadığını dolayısıyla hasta beklentilerinin karşılanamadığını göstermektedir.

Çizelge 3.10. Şehit Kahraman Çelikbaş Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁ | 4,58 | 3,36 | -1,22 | -1,28 | -0,56 |
| | Y ₂ | 4,72 | 4,46 | -0,26 | | |
| | Y ₃ | 4,78 | 4,2 | -0,58 | | |
| | Y ₄ | 4,72 | 3,44 | -1,28 | | |
| Güvenilirlik | Y ₅ | 4,78 | 4,38 | -0,4 | -0,44 | |
| | Y ₆ | 4,74 | 4,36 | -0,38 | | |
| | Y ₇ | 4,66 | 4,24 | -0,42 | | |
| | Y ₈ | 4,78 | 4,34 | -0,44 | | |
| | Y ₉ | 4,82 | 4,44 | -0,38 | | |
| Heveslilik | Y ₁₀ | 4,76 | 4,12 | -0,64 | -0,76 | |
| | Y ₁₁ | 4,74 | 4,24 | -0,5 | | |
| | Y ₁₂ | 4,78 | 4,1 | -0,68 | | |
| | Y ₁₃ | 4,72 | 3,96 | -0,76 | | |
| | Y ₁₄ | 4,82 | 4,06 | -0,76 | | |
| Güvence | Y ₁₅ | 4,84 | 4,4 | -0,44 | -0,14 | |
| | Y ₁₆ | 4,7 | 4,02 | -0,68 | | |
| | Y ₁₇ | 4,8 | 4,24 | -0,56 | | |
| | Y ₁₈ | 4,82 | 4,68 | -0,14 | | |
| Empati | Y ₁₉ | 4,72 | 4,32 | -0,4 | -0,44 | |
| | Y ₂₀ | 4,74 | 4,28 | -0,46 | | |
| | Y ₂₁ | 4,54 | 4,06 | -0,48 | | |
| | Y ₂₂ | 4,64 | 4,2 | -0,44 | | |

2 Nolu Dr. Hüseyin Ülkü Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde beklenti ortalamalarının hem yüksek hem de birbirine oldukça yakın olduğu görülmüştür. En yüksek algı ortalamaları 4,7 puan ile “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₈)”, 4,54 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₈)”, “Doktorların, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi vermesi (Y₉)” ve “Doktor ve hemşirelerin soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olması (Y₁₅)” ifadelerine aittir. Üçüncü en büyük ortalama 4,46 ile “Doğru teşhis konulması ve uygun tedavi uygulanması (Y₆)” ve “Doktor ve hemşirelerin davranışlarının nazik olması ve hastada güven duygusu uyandırması (Y₁₄)” ifadelerine aittir. En düşük algı ortalaması 3,34 puan ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)” ifadesine aittir. 2 Nolu Dr. Hüseyin Ülkü Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı olan hastaların, aldıkları sağlık hizmetlerinden, doktor ve hemşirelerin yaklaşımlarından ve gördükleri ilgiden oldukça memnun oldukları sonucuna varılırken; ekipman eksikliğinin olduğu saptanmıştır. Beklenti ve algılamalar arasındaki farka bakıldığında ise en küçük puan -0,08'dir ve bu hasta mahremiyetinin yüksek oranda korunduğunun

göstergesidir. En büyük fark ise -1,4 puan ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)” ve “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadelerine aittir.

Çizelge 3.11. 2 Nolu Dr. Hüseyin Ülkü Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁₁ | 4,74 | 3,34 | -1,4 | -0,98 | |
| | Y ₁₂ | 4,78 | 4,4 | -0,38 | | |
| | Y ₁₃ | 4,78 | 4,06 | -0,72 | | |
| | Y ₁₄ | 4,78 | 3,38 | -1,4 | | |
| Güvenilirlik | Y ₁₅ | 4,78 | 4,2 | -0,58 | -0,35 | |
| | Y ₁₆ | 4,78 | 4,46 | -0,32 | | |
| | Y ₁₇ | 4,78 | 4,4 | -0,38 | | |
| | Y ₁₈ | 4,78 | 4,54 | -0,24 | | |
| | Y ₁₉ | 4,78 | 4,54 | -0,24 | | |
| Heveslilik | Y ₁₁₀ | 4,78 | 4,26 | -0,52 | -0,48 | -0,55 |
| | Y ₁₁₁ | 4,78 | 4,38 | -0,4 | | |
| | Y ₁₁₂ | 4,78 | 4,2 | -0,58 | | |
| | Y ₁₁₃ | 4,78 | 4,2 | -0,58 | | |
| Güvence | Y ₁₁₄ | 4,78 | 4,46 | -0,32 | -0,38 | |
| | Y ₁₁₅ | 4,78 | 4,54 | -0,24 | | |
| | Y ₁₁₆ | 4,78 | 4,2 | -0,58 | | |
| | Y ₁₁₇ | 4,78 | 4,18 | -0,6 | | |
| Empati | Y ₁₁₈ | 4,78 | 4,7 | -0,08 | -0,56 | |
| | Y ₁₁₉ | 4,78 | 4,32 | -0,46 | | |
| | Y ₁₂₀ | 4,78 | 4,2 | -0,58 | | |
| | Y ₁₂₁ | 4,76 | 4,12 | -0,64 | | |
| | Y ₁₂₂ | 4,76 | 4,22 | -0,54 | | |

3 Nolu Dr. Doğan Baran Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde en yüksek beklenti ortalaması 4,98 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁₈)” ifadesine aittir. En düşük beklenti ortalaması ise 3,34 puan ile “Personelin, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olması (Y₁₂₁)” ifadesine aittir. En yüksek algı ortalamaları ise 4,52 puan ile “Çalışanların iyi giyimli ve temiz görünümlü olması (Y₁₂)”, 4,48 puan ile “Tedavi süreci ile ilgili işlemlerin söz verildiği gibi yerine getirilmesi (Y₁₇)”, “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₁₈)” ve 4,44 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁₈)” şeklinde sıralanmıştır. En düşük algı ortalaması ise 3,84 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadesine aittir. Yapılan analizler sonucunda söz konusu aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların,

doktor ve hemşirelerin taahhüt ettiği şekilde ve güvenilir olarak tedavi hizmetini aldıkları saptanmış aynı zamanda çalışanların iyi görünümlü olması memnuniyet derecesini ve kalite algısını yükseltmiştir. Fakat ek hizmet alanlarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılması gerekmektedir. Beklenti ve algılamalar arasındaki en büyük fark -0,86 puan ile ek hizmet alanlarının yetersizliği ifadesine aitken; en küçük fark -0,24 puan ile büyük ölçüde hastaların menfaatinin her zaman, her şeyin üzerinde tutulduğu ifadesine aittir.

Çizelge 3.12. 3 Nolu Dr. Doğan Baran Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁ | 4,64 | 4,06 | -0,58 | -0,58 | -0,47 |
| | Y ₂ | 4,84 | 4,52 | -0,32 | | |
| | Y ₃ | 4,94 | 4,4 | -0,54 | | |
| | Y ₄ | 4,7 | 3,84 | -0,86 | | |
| Güvenilirlik | Y ₅ | 4,76 | 4,4 | -0,36 | -0,48 | |
| | Y ₆ | 4,88 | 4,38 | -0,5 | | |
| | Y ₇ | 4,86 | 4,48 | -0,38 | | |
| | Y ₈ | 4,98 | 4,44 | -0,54 | | |
| | Y ₉ | 4,78 | 4,18 | -0,6 | | |
| Heveslilik | Y ₁₀ | 4,62 | 4,26 | -0,36 | -0,46 | |
| | Y ₁₁ | 4,78 | 4,2 | -0,58 | | |
| | Y ₁₂ | 4,56 | 4,24 | -0,32 | | |
| | Y ₁₃ | 4,66 | 4,1 | -0,56 | | |
| Güvence | Y ₁₄ | 4,88 | 4,4 | -0,48 | -0,43 | |
| | Y ₁₅ | 4,92 | 4,3 | -0,62 | | |
| | Y ₁₆ | 4,44 | 4,2 | -0,24 | | |
| | Y ₁₇ | 4,7 | 4,12 | -0,58 | | |
| Empati | Y ₁₈ | 4,76 | 4,48 | -0,28 | -0,41 | |
| | Y ₁₉ | 4,58 | 4,14 | -0,44 | | |
| | Y ₂₀ | 4,7 | 4,34 | -0,36 | | |
| | Y ₂₁ | 4,34 | 3,96 | -0,38 | | |
| | Y ₂₂ | 4,88 | 4,42 | -0,46 | | |

4 Nolu Şehit Uzman Çavuş Kenan Erdem Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde beklenti ortalamaları birbirlerine oldukça yakındır. Algı ortalamalarına bakıldığında en yüksek puanlar 4,74 ile "Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılması (Y₁₈)", 4,44 ile "Çalışanların iyi giyimli ve temiz görünümlü olması (Y₁₂)" ve 4,38 puan ile "Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁₈)" şeklinde sıralanmaktadır. En düşük algı ortalaması ise 3,24 puan ile "Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁)" ifadesine aittir. 4 Nolu Şehit Uzman Çavuş Kenan

Erdem Aile Sağlığı Merkezi gerek hastalara verdiği tedavi hizmetinin yerinde ve güvenilir olması gerek personelin görünümü gerekse hasta bilgilerinin saklı kalması konularında hastalara kaliteli bir hizmet sunarken; yeterli ekipmana sahip olunmadığı belirlenmiştir. beklenti ve algı farklarında en büyük fark -1,26 ile ekipman eksikliğinin olduğunu ifade ederken beklentilerin bu yönde karşılanamadığı görülmüştür. Hasta bilgilerinin izinsiz kullanılmaması ifadesi de 0,1 puan ile en küçük farkı oluştururken, beklentileri karşıladığı görülmüştür.

Çizelge 3.13. 4 Nolu Şehit Uzm. Çvş. Kenan Erdem Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁ 1 | 4,5 | 3,24 | -1,26 | -0,78 | -0,55 |
| | Y ₁ 2 | 4,58 | 4,44 | -0,14 | | |
| | Y ₁ 3 | 4,58 | 3,9 | -0,68 | | |
| | Y ₁ 4 | 4,56 | 3,52 | -1,04 | | |
| Güvenilirlik | Y ₁ 5 | 4,58 | 4,26 | -0,32 | -0,41 | |
| | Y ₁ 6 | 4,6 | 4,1 | -0,5 | | |
| | Y ₁ 7 | 4,64 | 4,26 | -0,38 | | |
| | Y ₁ 8 | 4,64 | 4,38 | -0,26 | | |
| | Y ₁ 9 | 4,62 | 4,02 | -0,6 | | |
| Heveslilik | Y ₁ 10 | 4,6 | 4,12 | -0,48 | -0,63 | |
| | Y ₁ 11 | 4,62 | 3,98 | -0,64 | | |
| | Y ₁ 12 | 4,56 | 3,94 | -0,62 | | |
| | Y ₁ 13 | 4,6 | 3,76 | -0,84 | | |
| Güvence | Y ₁ 14 | 4,64 | 4,08 | -0,56 | -0,44 | |
| | Y ₁ 15 | 4,64 | 4,08 | -0,56 | | |
| | Y ₁ 16 | 4,58 | 3,88 | -0,7 | | |
| | Y ₁ 17 | 4,64 | 4,04 | -0,6 | | |
| Empati | Y ₁ 18 | 4,64 | 4,74 | 0,1 | -0,48 | |
| | Y ₁ 19 | 4,56 | 4,06 | -0,5 | | |
| | Y ₁ 20 | 4,56 | 4,16 | -0,4 | | |
| | Y ₁ 21 | 4,46 | 3,88 | -0,58 | | |
| | Y ₁ 22 | 4,54 | 4,12 | -0,42 | | |

Hidayet Okay Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde beklenti düzeyinin 4,98 dolaylarında olduğu görülmüştür. En yüksek algı ortalamaları 4,72 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁8)”, 4,64 puan ile “Aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşirelerin olması (Y₁9)”, 4,58 puan ile “Çalışanların iyi giyimli ve temiz görümlü olması (Y₁2)” ifadesine aittir. En düşük algı ortalaması ise 3,66 puan ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁1)” ifadesine aittir. Hidayet Okay Aile Sağlığı Merkezi'nin daha modern cihaz ekipmanlar sahip olunması yönünde çaba sarf edilmesi

gerekirken; hastaların, doktor ve hemşireler hakkındaki olumlu görüşleri ve alınan sağlık hizmetine duyulan güven istenen bir sonuçtur. Servqual Puanlarında ise en büyük fark -1,3 puan ile ek hizmet alanlarının yeterince kullanışlı olmadığı yönünde bilgi verirken; en küçük fark -0,24 puan ile hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşirelerin varlığının beklentilerin altında kaldığını göstermektedir.

Çizelge 3.14. Hidayet Okay Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁ | 4,94 | 3,66 | -1,28 | -0,97 | -0,63 |
| | Y ₂ | 4,98 | 4,58 | -0,4 | | |
| | Y ₃ | 4,98 | 4,08 | -0,9 | | |
| | Y ₄ | 4,98 | 3,68 | -1,3 | | |
| Güvenilirlik | Y ₅ | 4,98 | 4,5 | -0,48 | -0,51 | |
| | Y ₆ | 4,96 | 4,36 | -0,6 | | |
| | Y ₇ | 4,96 | 4,48 | -0,48 | | |
| | Y ₈ | 4,98 | 4,48 | -0,5 | | |
| | Y ₉ | 4,98 | 4,48 | -0,5 | | |
| Heveslilik | Y ₁₀ | 4,98 | 4,34 | -0,64 | -0,64 | |
| | Y ₁₁ | 4,98 | 4,38 | -0,6 | | |
| | Y ₁₂ | 4,98 | 4,36 | -0,62 | | |
| | Y ₁₃ | 4,98 | 4,2 | -0,78 | | |
| | Y ₁₄ | 4,98 | 4,42 | -0,56 | | |
| Güvence | Y ₁₅ | 4,98 | 4,42 | -0,56 | -0,52 | |
| | Y ₁₆ | 4,96 | 4,36 | -0,6 | | |
| | Y ₁₇ | 4,98 | 4,32 | -0,66 | | |
| | Y ₁₈ | 4,98 | 4,72 | -0,26 | | |
| Empati | Y ₁₉ | 4,88 | 4,64 | -0,24 | -0,51 | |
| | Y ₂₀ | 4,96 | 4,46 | -0,5 | | |
| | Y ₂₁ | 4,92 | 4,3 | -0,62 | | |
| | Y ₂₂ | 4,96 | 4,28 | -0,68 | | |

Halk Sağlığı Laboratuvarı Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde en yüksek beklenti ortalaması 4,98 puan ile "Doktorların, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi vermesi (Y₁₉)" ifadesine aittir, en düşük beklenti ortalaması ise 4,62 puan ile "Aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşirelerin olması (Y₁₉)" ifadesine aittir. En yüksek algı ortalamaları 4,5 ile "Doktor ve hemşirelerin, hastaların sorunları olduğunda yardım etmek için çaba sarf etmesi (Y₂₀)", 4,46 ile "Doktor ve hemşirelerin, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olması (Y₁₅)" ve 4,44 ile "Tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilmesi (Y₂₂)" şeklinde sıralanmıştır. En düşük algı ortalaması ise 3,38 puan ile "Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)" ifadesine aittir.

Halk Sağlığı Laboratuvarı Aile Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların hem olası bir sorunda aldıkları yardım ve herkese eşit düzeyde gösterilen ilgiden, hem de doktor ve hemşirelerin donanımından memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Servqual puanlarında en büyük farka sahip ifade -1,5 ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)” ifadesine aittir ve beklentiler bu noktada tam olarak karşılanmamıştır. En küçük farka sahip ifade ise -0,32 puan ile aile sağlığı merkezi çalışanlarının olası bir sorunda yardım etmeye büyük oranda istekli olduklarını göstermiştir.

Çizelge 3.15. Halk Sağlığı Laboratuvarı Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁₁ | 4,88 | 3,38 | -1,5 | -1,00 | -0,63 |
| | Y ₁₂ | 4,9 | 4,4 | -0,5 | | |
| | Y ₁₃ | 4,96 | 4,14 | -0,82 | | |
| | Y ₁₄ | 4,9 | 3,72 | -1,18 | | |
| Güvenilirlik | Y ₁₅ | 4,94 | 4,3 | -0,64 | -0,58 | |
| | Y ₁₆ | 4,86 | 4,34 | -0,52 | | |
| | Y ₁₇ | 4,86 | 4,32 | -0,54 | | |
| | Y ₁₈ | 4,92 | 4,3 | -0,62 | | |
| | Y ₁₉ | 4,98 | 4,4 | -0,58 | | |
| Heveslilik | Y ₁₁₀ | 4,84 | 4,26 | -0,58 | -0,60 | |
| | Y ₁₁₁ | 4,88 | 4,28 | -0,6 | | |
| | Y ₁₁₂ | 4,84 | 4,24 | -0,6 | | |
| | Y ₁₁₃ | 4,9 | 4,16 | -0,74 | | |
| | Y ₁₁₄ | 4,88 | 4,38 | -0,5 | | |
| Güvence | Y ₁₁₅ | 4,88 | 4,46 | -0,42 | -0,60 | |
| | Y ₁₁₆ | 4,74 | 4,16 | -0,58 | | |
| | Y ₁₁₇ | 4,92 | 4,02 | -0,9 | | |
| | Y ₁₁₈ | 4,9 | 4,42 | -0,48 | | |
| Empati | Y ₁₁₉ | 4,62 | 4,24 | -0,38 | -0,37 | |
| | Y ₁₂₀ | 4,82 | 4,5 | -0,32 | | |
| | Y ₁₂₁ | 4,68 | 4,34 | -0,34 | | |
| | Y ₁₂₂ | 4,88 | 4,44 | -0,44 | | |

Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde en yüksek beklenti ortalamasına sahip ifadeler 4,88 puan ile “Çalışanların iyi giyimli ve temiz görünümlü olması (Y₁₂)” ve “Fiziksel alanların (oda, koridor, wc, vb.) temiz ve hijyenik olması (Y₁₃)” şeklindedir. En düşük beklenti ortalaması ise 4,56 puan ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)” ifadesine aittir. En yüksek algı ortalamaları 4,66 puan ile “Çalışanların iyi giyimli ve temiz görünümlü olması (Y₁₂)”, 4,62 puan ile “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₈)”, ve 4,60 puan ile de “Doktor ve hemşirelerin, soruları doğru

cevaplayabilecek bilgiye sahip olması (Y₁₅)” şeklinde sıralanmıştır. En düşük algı ortalaması ise 3,54 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadesine aittir. Söz konusu aile sağlığı merkezine bağlı hastalar personelin donanımı dış görünüşünden memnundular ve aynı zamanda hastalıkları ile ilgili bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmadığına dair görüşlerini sunmuşlardır. Beklenti ve algı farklarında en büyük fark -1,30 puan ile “Fiziksel alanların (oda, koridor, wc, vb.) temiz ve hijyenik olması (Y₁₃)” ifadesine aitken, en küçük fark -0,20 puan ile “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılması (Y₁₈)” ve “Aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşirelerin olması (Y₁₉)” ifadelerine aittir. Bu durum AÇS ve AP Aile Sağlığı Merkezi’nin fiziksel alanların temizliğine daha çok özen göstermesi anlamını taşımaktadır. Beklentilerin tamamen karşılanmaması ile birlikte aile sağlığı merkezinde hastalarına kişisel ilgi gösteren personelin olması hastaların memnuniyet derecesini arttırmıştır.

Çizelge 3.16. AÇS ve AP Aile Sağlığı Merkezi’ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁ | 4,56 | 3,74 | -0,82 | -0,88 | |
| | Y ₂ | 4,88 | 4,66 | -0,22 | | |
| | Y ₃ | 4,88 | 3,58 | -1,3 | | |
| | Y ₄ | 4,72 | 3,54 | -1,18 | | |
| Güvenilirlik | Y ₅ | 4,84 | 4,46 | -0,38 | -0,32 | |
| | Y ₆ | 4,86 | 4,44 | -0,42 | | |
| | Y ₇ | 4,82 | 4,54 | -0,28 | | |
| | Y ₈ | 4,86 | 4,58 | -0,28 | | |
| | Y ₉ | 4,8 | 4,58 | -0,22 | | |
| Heveslilik | Y ₁₀ | 4,8 | 4,4 | -0,4 | -0,32 | -0,43 |
| | Y ₁₁ | 4,8 | 4,54 | -0,26 | | |
| | Y ₁₂ | 4,82 | 4,46 | -0,36 | | |
| | Y ₁₃ | 4,78 | 4,42 | -0,36 | | |
| | Y ₁₄ | 4,82 | 4,58 | -0,24 | | |
| Güvence | Y ₁₅ | 4,82 | 4,6 | -0,22 | -0,32 | |
| | Y ₁₆ | 4,8 | 4,5 | -0,3 | | |
| | Y ₁₇ | 4,84 | 4,3 | -0,54 | | |
| | Y ₁₈ | 4,82 | 4,62 | -0,2 | | |
| Empati | Y ₁₉ | 4,78 | 4,58 | -0,2 | -0,33 | |
| | Y ₂₀ | 4,78 | 4,44 | -0,34 | | |
| | Y ₂₁ | 4,64 | 4,32 | -0,32 | | |
| | Y ₂₂ | 4,66 | 4,22 | -0,44 | | |

Niğde Evleri Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde beklenti ortalamaları hem oldukça yüksek hem de birbirlerine çok yakındır. En yüksek algı ortalamaları 4,66 puan ile “Doktor ve hemşirelerin, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olması (Y₁₅)”, 4,64 puan ile “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₈)” ve 4,60 puan ile “Muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevuların geciktirilmemesi (Y₁₀)” şeklinde sıralanmıştır. En düşük algı ortalaması ise 3,5 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadesine aittir. Söz konusu aile sağlığı merkezinde hastalar randevuların aksamaması hususunda, personelin donanımından ve hasta bilgilerinin gizli tutulmasından memnuniyet duydukları saptanmıştır. Servqual puanlarında en büyük fark -1,40 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadesine aittir ki bu fark beklentilerin karşılanmadığını ve bu hususa daha fazla dikkat edilmesi gerektiğinin göstergesidir. En küçük fark ise -0,28 puan ile “Doktor ve hemşirelerin, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olması (Y₁₅)” ifadesine aittir.

Çizelge 3.17. Niğde Evleri Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁ | 4,9 | 3,74 | -1,16 | -0,93 | -0,58 |
| | Y ₂ | 4,94 | 4,58 | -0,36 | | |
| | Y ₃ | 4,94 | 4,14 | -0,8 | | |
| | Y ₄ | 4,9 | 3,5 | -1,4 | | |
| Güvenilirlik | Y ₅ | 4,94 | 4,52 | -0,42 | -0,50 | |
| | Y ₆ | 4,92 | 4,28 | -0,64 | | |
| | Y ₇ | 4,94 | 4,54 | -0,4 | | |
| | Y ₈ | 4,96 | 4,48 | -0,48 | | |
| | Y ₉ | 4,96 | 4,4 | -0,56 | | |
| Heveslilik | Y ₁₀ | 4,94 | 4,6 | -0,34 | -0,56 | |
| | Y ₁₁ | 4,92 | 4,2 | -0,72 | | |
| | Y ₁₂ | 4,94 | 4,4 | -0,54 | | |
| | Y ₁₃ | 4,96 | 4,28 | -0,68 | | |
| Güvence | Y ₁₄ | 4,96 | 4,42 | -0,54 | -0,45 | |
| | Y ₁₅ | 4,94 | 4,66 | -0,28 | | |
| | Y ₁₆ | 4,94 | 4,46 | -0,48 | | |
| | Y ₁₇ | 4,96 | 4,24 | -0,72 | | |
| Empati | Y ₁₈ | 4,96 | 4,64 | -0,32 | -0,46 | |
| | Y ₁₉ | 4,96 | 4,52 | -0,44 | | |
| | Y ₂₀ | 4,94 | 4,5 | -0,44 | | |
| | Y ₂₁ | 4,9 | 4,58 | -0,32 | | |
| | Y ₂₂ | 4,94 | 4,32 | -0,62 | | |

7 Nolu Belma ve Mümtaz Çankaya Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde en yüksek beklenti ortalaması 4,96 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁₈)” ifadesine aittir. En düşük beklenti ortalaması ise 4,96 puan ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)” ifadesine aittir. En yüksek algı ortalamaları 4,70 puan ile “Aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşirelerin olması (Y₁₉)”, 4,68 puan ile “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁₈)”, “Çalışanların, hastalara yardımcı olmaya istekli olması (Y₁₁₁)”, “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₁₈)” ve 4,66 puan ile “Muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevuların geciktirilmemesi (Y₁₁₀)”, “Hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilmesi (Y₁₁₂)” şeklinde sıralanmıştır. En düşük algı ortalaması ise 3,76 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadesine aittir. Söz konusu aile sağlığı merkezinde ek hizmet alanlarının yetersiz olması dışında genel olarak hem verilen hizmetin hızı, güvenilirliği hem de doktorların ve hemşirelerin yaklaşımlarından hastaların memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. En büyük beklenti ve algı farkı -1,02 puan ile “Ek hizmet alanlarının (bekleme salonu vb.) kullanışlı olması (Y₁₄)” ifadesinde ortaya çıkmıştır. En küçük fark olan 0 puanı ise “Aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşirelerin olması (Y₁₉)” ifadesine aittir ve beklentilerin karşılandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.18. Belma ve Mümtaz Çankaya Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁₁ | 4,56 | 3,88 | -0,68 | -0,61 | -0,31 |
| | Y ₁₂ | 4,8 | 4,52 | -0,28 | | |
| | Y ₁₃ | 4,94 | 4,48 | -0,46 | | |
| | Y ₁₄ | 4,78 | 3,76 | -1,02 | | |
| Güvenilirlik | Y ₁₅ | 4,86 | 4,52 | -0,34 | -0,28 | |
| | Y ₁₆ | 4,94 | 4,62 | -0,32 | | |
| | Y ₁₇ | 4,82 | 4,64 | -0,18 | | |
| | Y ₁₈ | 4,96 | 4,68 | -0,28 | | |
| | Y ₁₉ | 4,88 | 4,62 | -0,26 | | |
| Heveslilik | Y ₁₁₀ | 4,8 | 4,66 | -0,14 | -0,21 | |
| | Y ₁₁₁ | 4,9 | 4,68 | -0,22 | | |
| | Y ₁₁₂ | 4,82 | 4,66 | -0,16 | | |
| | Y ₁₁₃ | 4,88 | 4,6 | -0,28 | | |
| | Y ₁₁₄ | 4,86 | 4,6 | -0,26 | | |

Çizelge 3.18. (devam). Belma ve Mümtaz Çankaya Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Güvence | Y ₁₅ | 4,86 | 4,62 | -0,24 | -0,29 | |
| | Y ₁₆ | 4,66 | 4,34 | -0,32 | | |
| | Y ₁₇ | 4,9 | 4,56 | -0,34 | | |
| | Y ₁₈ | 4,94 | 4,68 | -0,26 | | |
| Empati | Y ₁₉ | 4,7 | 4,7 | 0 | -0,16 | |
| | Y ₂₀ | 4,88 | 4,64 | -0,24 | | |
| | Y ₂₁ | 4,64 | 4,46 | -0,18 | | |
| | Y ₂₂ | 4,76 | 4,54 | -0,22 | | |

Hüdavent Hatun Aile Sağlığı Merkezi'nde 50 katılımcı ile yapılan anketlerde en yüksek beklenti ortalaması 4,86 puan ile “Fiziksel alanların (oda, koridor, wc, vb.) temiz ve hijyenik olması (Y₁₃)” ve “Doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahalelerin yerinde ve güvenilir olması (Y₁₈)” ifadelerine aittir. En düşük beklenti ortalaması ise 4,54 puan ile “Hastaların menfaatinin her zaman, her şeyin üstünde tutulması (Y₁₆)” ifadesine aittir. En yüksek algı ortalamaları 4,58 puan ile “Hasta kayıtlarının hatasız bir şekilde tutulması (Y₁₅)”, “Hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgilerinin izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaması (Y₁₈)”, 4,50 puan ile “Çalışanların iyi giyimli ve temiz görünümlü olması (Y₁₂)” ve 4,48 puan ile “Tedavi süreci ile ilgili işlemlerin söz verildiği gibi yerine getirilmesi (Y₁₇)” şeklindedir. En düşük algı ortalaması ise 3,60 puan ile “Modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması (Y₁₁)” ifadesine aittir. Söz konusu aile sağlığı merkezinde her sürecin planlandığı şekilde ilerlediği, kayıtların hatasız tutulduğu sonucuna varılmıştır.

Çizelge 3.19. Hüdavent Hatun Aile Sağlığı Merkezi'ne ait 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Fiziksel Değerler | Y ₁ | 4,64 | 3,6 | -1,04 | -0,72 | |
| | Y ₂ | 4,76 | 4,5 | -0,26 | | |
| | Y ₃ | 4,86 | 4,26 | -0,6 | | |
| | Y ₄ | 4,82 | 3,84 | -0,98 | | |
| Güvenilirlik | Y ₅ | 4,74 | 4,58 | -0,16 | -0,41 | -0,48 |
| | Y ₆ | 4,8 | 4,38 | -0,42 | | |
| | Y ₇ | 4,84 | 4,48 | -0,36 | | |
| | Y ₈ | 4,86 | 4,36 | -0,5 | | |
| | Y ₉ | 4,78 | 4,16 | -0,62 | | |

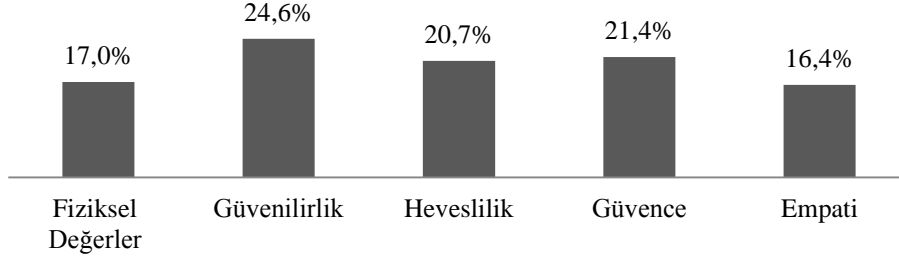
Çizelge 3.19. (devam). Hüdavent Hatun Aile Sağlığı Merkezi'ne ait kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları

| 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 | Genel |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Heveslilik | Y ₁ 10 | 4,76 | 4,36 | -0,4 | -0,41 | |
| | Y ₁ 11 | 4,82 | 4,4 | -0,42 | | |
| | Y ₁ 12 | 4,64 | 4,42 | -0,22 | | |
| | Y ₁ 13 | 4,74 | 4,2 | -0,54 | | |
| | Y ₁ 14 | 4,78 | 4,32 | -0,46 | | |
| Güvence | Y ₁ 15 | 4,8 | 4,34 | -0,46 | -0,43 | |
| | Y ₁ 16 | 4,54 | 4 | -0,54 | | |
| | Y ₁ 17 | 4,8 | 4,28 | -0,52 | | |
| | Y ₁ 18 | 4,78 | 4,58 | -0,2 | | |
| Empati | Y ₁ 19 | 4,7 | 4,18 | -0,52 | -0,44 | |
| | Y ₁ 20 | 4,72 | 4,36 | -0,36 | | |
| | Y ₁ 21 | 4,56 | 4,08 | -0,48 | | |
| | Y ₁ 22 | 4,64 | 4,24 | -0,4 | | |

Niğde ilindeki aile sağlığı merkezlerinde uygulanan ve bu merkezlerde hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlayan anketin analizleri hem on adet aile sağlığı merkezi için toplu bir şekilde hem de her bir aile sağlığı merkezinde verilen hizmetin durumunun tespit edilebilmesi için ayrı ayrı yapılmıştır. Analizler sonucunda her bir aile sağlığı merkezi için yapılan tespitlerin hem kalite beklentisi yönünde hem de kalite algısı yönünde ortak noktalar olduğu saptanmıştır. Kalite beklentisi sorularında öngörüldüğü şekilde doğru teşhis, uygun tedavi, yeterli ve anlaşılır bilgi verilmesi, hijyenik ve kullanışlı hizmet alanları yanında randevuların gecikmemesi, hatasız kayıt sistemi, personelin ilgi, alaka ve yardımı ile ilgili noktalarda beklenti fazladır. Hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olunması, hastalara kişisel ilgi gösteren personelin olması ve modern cihaz ve ekipman bulundurulması konusundaki beklenti düzeyi daha düşüktür. Kalite algısı sorularında ise aile sağlığı merkezleri ile ilgili hastaların görüşleri, verilen sağlık hizmetinde uygulanan tedavinin, konulan teşhisin güvenilir, hastalık ile ilgili yapılan bilgilendirmenin anlaşılır ve yeterli olduğu yönündedir. Aynı zamanda hastalar kayıtların hatasız bir şekilde tutulduğu, personelin hastalara yardımcı olma konusunda istekli olduğu ve her işlemin söz verildiği şekilde yerine getirildiği görüşündedirler.

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

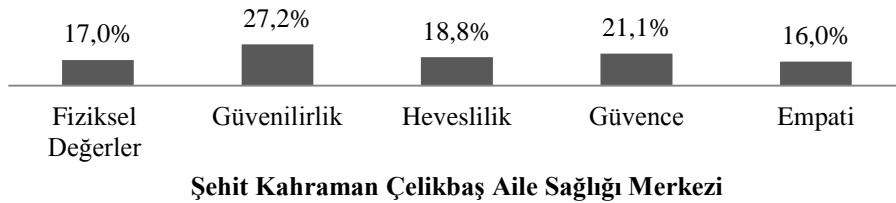
önceliklerin belirlenmesi de bu aşamada büyük önem arz etmektedir. Hangi hususlara öncelik verilmesi gerektiğini doğru bir şekilde belirleyebilmek için, hastaların hizmet kalitesi boyutlarına verdikleri önem derecesinin de değerlendirmeye alınması gerekmektedir. Şekil 3.3’de boyutların önem derecelerine göre ağırlıkları on aile sağlığı merkezini de içine alan grafikte gösterilmiştir.



Şekil 3.9. 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.

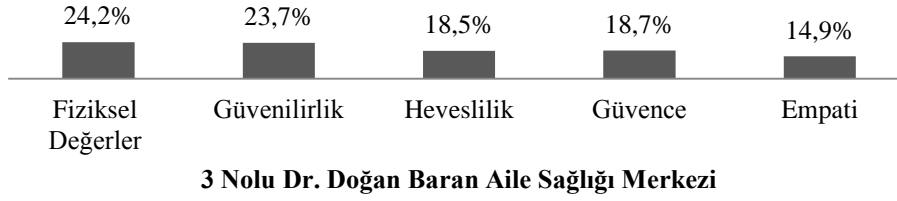
Buna ilaveten her bir aile sağlığı merkezi için de boyutlar bazında beklenti öncelikleri belirlenmiştir.



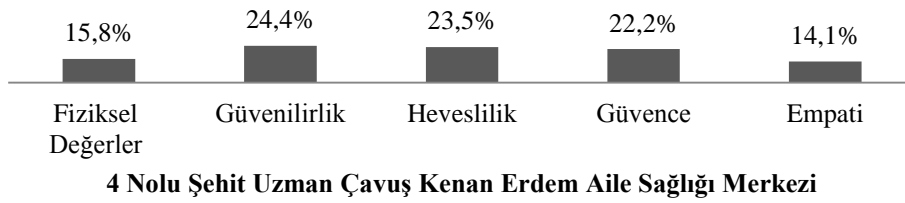
Şekil 3.10. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



Şekil 3.11. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



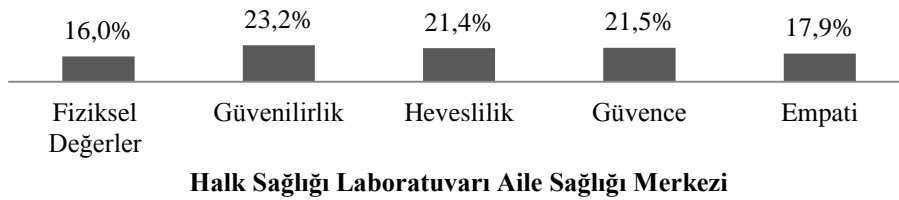
Şekil 3.12. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



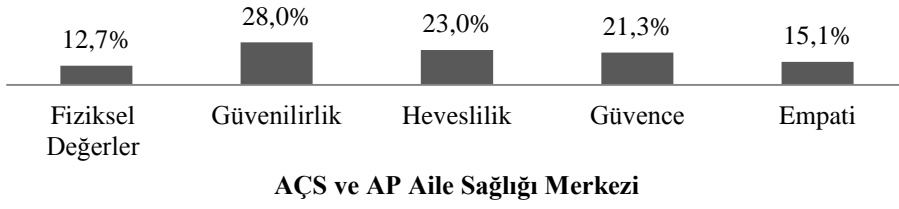
Şekil 3.13. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



Şekil 3.14. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



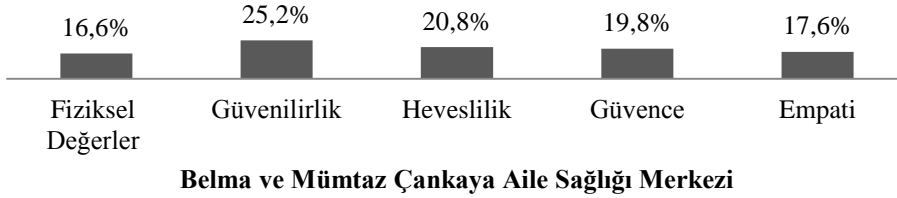
Şekil 3.15. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



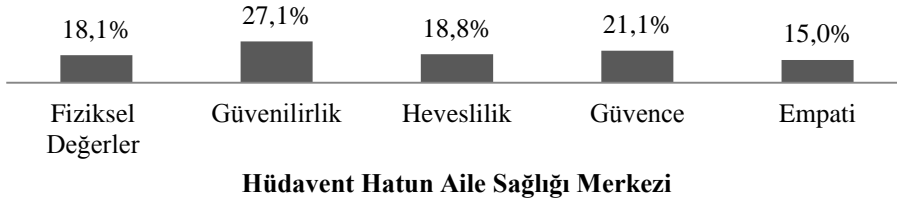
Şekil 3.16. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



Şekil 3.17. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



Şekil 3.18. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları



Şekil 3.19. Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıkları

Her bir aile sağlığı merkezi için de ayrı ayrı yapılan hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine göre ağırlıklarına ait veriler incelendiğinde sırayla güvenilirlik, güvence ve heveslilik boyutlarına oldukça öncelik verildiği anlaşılmıştır. Bu sırayı fiziksel değerler ile empati boyutunun takip ettiği görülmüştür. Aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastaların doğru teşhis ve uygun tedavi ile dikkatli ve istekli hizmet sunumuna, kullanılan malzeme görseelliği, fiziki şartlar ve hatta personelin davranışlarından daha fazla önem verdikleri anlaşılmıştır. Bu sonucun uygulama alanının sağlık olması ile çok yakından ilişkisi vardır. Dolayısıyla yapılacak iyileştirme çalışmalarında aile sağlığı merkezi yönetimi hastaların kalite boyutlarına verdikleri önemi de dikkate almalıdırlar.

3.5.3. 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 H_0 kabul edilmiş; 0,05'ten küçük ise H_0 reddedilmiştir. Kolmogorov-Smirnov Testi 0,000 çıkmıştır. Dolayısıyla verilerin parametrik dağılıma uymadığı anlaşılmıştır. Bu bakımdan ikili değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U Testi ve çoklu değişkenlerin analizinde ise Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır.

- 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 3.20. 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 3.20'de gösterilmiştir. Çizelgede görüldüğü üzere anlamlılık değeri 0,05'ten küçük çıkmıştır. Dolayısıyla H_0 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 3.21. 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 3.21’de gösterilmiştir. Buna göre H_0 yani algılanan hizmet kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilememiştir

- H_0^3 : Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir.
 H_1^3 : Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 3.22. Algılanan hizmet kalitesinin yaş gruplarına göre anlamlılığı

| Ranks | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|------------|------------------|
| | Yaş | N | Mean Rank |
| Algılanan Hizmet Kalitesi | 18-25 | 135 | 222,65 |
| | 26-30 | 70 | 225,99 |
| | 31-35 | 57 | 252,70 |
| | 36-40 | 74 | 283,14 |
| | 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 3.22’de gösterilmiştir. Buna göre H_0 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.

- H_0^4 : Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.
 H_1^4 : Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 3.23. Algılanan hizmet kalitesinin eğitim düzeyine göre anlamlılığı

| Ranks | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|------------|------------------|
| | EğitimDüze | 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 3.23'te gösterilmiştir. Buna göre H_0 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 3.24. 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 3.24'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 3.25. 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 3.25’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 VE ÖNERİLER

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 ise 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.

Hipotez testlerinin sonuçları incelendiğinde ise cinsiyet, sosyal güvence ve aylık gelir ile algılanan hizmet kalitesi arasında bir fark görülmemiş; bununla birlikte algılanan hizmet kalitesi, anketi cevaplayana, yaşa ve eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Özellikle yaş ve eğitim düzeyi değişkenleri için anlamlı bir fark oluşması irdelenmesi gereken ve daha sonraki benzer çalışmalarda kendi aralarında karşılaştırmaya dahi gidilebilecek bir konudur. Çünkü eğitim düzeyi arttıkça beklenti yükselmiş, aranan özelliklerin nitelikleri ve boyutu büyümüş, alınan benzer hizmetlerle muhakeme yapılmış dolayısıyla daha özverili ve daha kaliteli bir hizmet istenmiştir. Bu yüzden eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan hizmet kalitesi beklentilerin gerisinde kalmıştır. Yaş değişkeninde de eğitim düzeyi için yapılan açıklamaya benzer bir yorum getirmek mümkündür. Orta yaş ve orta yaş altındaki katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi düşük; orta yaş üstü katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi daha yüksek çıkmıştır. Orta yaş üstü hastalara göre diğer katılımcıların alınan benzer hizmetlerle karşılaştırma yapmaları, mevcut aile sağlığı merkezindeki hizmeti daha dikkatli bir gözle incelemeleri bu sonucu doğurmuştur.

Gelecek çalışmalar için, araştırmacılar bu tez çalışması temelinden yola çıkarak araştırmayı geliştirebilirler. Kurulan hipotezlerin ışında demografik değişkenler içinde özellikle eğitim düzeyi ve yaş kriterleri kendi aralarında da kıyaslanıp beklenti, algı ve boyutlara verilen önceliğin nasıl bir değişkenlik gösterdiği ortaya konularak daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

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.

Mevcut çalışma ve benzeri çalışmalar, daha kaliteli ve özverili sağlık hizmeti sunumu ile memnuniyet derecesi çok daha yüksek hasta ve hasta yakınlarını beraberinde getirecek ve dolayısıyla hem bireysel hem toplumsal bir fayda sağlayacaktır.



KAYNAKLAR

- Akalın, E. (2000). Kalite Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. *Ankem Dergisi*, 14, (3), 254-257.
- Akın, B., Çetin, C. ve Erol, V. (1998). *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*. (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Aksoy, R. ve Koçoğlu, C.M. (2012). Hizmet Kalitesinin Servperf Yöntemi ile Ölçülmesi: Otobüs İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. *Akademik Bakış Dergisi*, 29, 6-7.
- Aslantürk, Y. (2010). *Yüksek Öğretim Düzeyinde Turist Rehberliği Eğitimi Veren Öğretim Kurumlarında Uygulanan Eğitime Yönelik Öğrenci Algılamaları*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık İşletmeciliği*. (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım.
- Aydın, E. (2002). *Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*. Ankara: Naturel Kitap Yayıncılık.
- Bozkurt, R. ve Odaman, A. (1996). *ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri*. (2. Baskı). Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Büyükçetin, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunumu ve Gelişimi*. T.C. İstanbul Beyoğlu Genel Sekreterliği 2014 Yılı Aday Memur Eğitim Programı.
- Cowell, D. (1998). *The Marketing of Services*. Oxford: 14, 21.
- Çatı, K. ve Baydaş, A. (2008). *Hizmet Pazarlaması ve Hizmet Kalitesi*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Çınarlı, İ., (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Deming, E.W. (1998). *Krizden Çıkış*. (2. Baskı). İstanbul: KalDer Yayınları.
- Devebakan, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 120-149.
- Erciş, M.S. (2010). *Pazarlama İletişiminde Temel Yaklaşımlar*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Eser, Z. (2007). *Hizmetlerde Pazarlama İletişimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gustafsson, M. and Larsson, J. (1997). *Service Quality in Higher Education: An Empirical Study at The Jönköping International Business School*, Master Thesis in Business Administration, Jönköping University, Jönköping.
- Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S. ve Yapraklı, Ş. (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

- Gürbüz, E. ve Ergülen, A. (2008). *Yüksek Öğretim Kurumlarında Hizmet Kalitesi Ölçü ve Modelleri*. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*. İstanbul: Yüce Yayım,.
- Ishikawa, K. (1997). *Toplam Kalite Kontrol*. (2. Baskı). İstanbul: KalDer Yayınları.
- İçöz, O. (2005). *Hizmet Pazarlaması*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- İnan, H. (2010). *Hizmet Pazarlaması*. Adana: Nobel Kitabevi.
- İnternet: Çarpıklık ve Basıklık. Web:<http://alarmsaat.blogspot.com.tr/2007/11/n-fotoraflar-ve-tablolar.html> adresinden 20 Ağustos 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Güvenirlik Analizi. Web:http://www.istatistikanaliz.com/guvenilirlik_analizi.asp adresinden 19 Ağustos 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Hizmet Kalitesi. Web:https://tr.wikipedia.org/wiki/Hizmet_kalitesi adresinden 24 Nisan 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Kolmogorov-Smirnov (K-S) Testi. Web:http://www.istatistikanaliz.com/kolmogorov_smirnov_testi.asp adresinden 20 Ağustos 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Sağlık Hizmetlerinde Kalite. Web:<http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf> adresinden 26 Mayıs 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Temel Kavramlar, Sorunlar ve Çözüm Yolları. Web:<http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/online-makaleler/159-saglik-hizmetlerinde-kalite-temel-kavramlar-sorunlar-ve-coezuem-yollar> adresinden 26 Mayıs 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Kavramları. Web:<http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm> adresinden 28 Mayıs 2016'da alınmıştır.
- İnternet: TS EN ISO 8402 Standart Detayı. Web:<https://intweb.tse.org.tr/standard/standard/Standard.aspx?081118051115108051104119110104055047105102120088111043113104073089105088087121068090090122081107> adresinden 15 Şubat 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Türk Dil Kurumu. Büyük Türkçe Sözlük. Web:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.566adb074757c2.55572701 adresinden 11 Aralık 2015'de alınmıştır
- İslamoğlu, A.H., Candan, B., Hacıfendioğlu, Ş. ve Aydın, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması*. (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım A.Ş..
- Karahan, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması*. (2. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 28, 31-32.

- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.
- Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın Tanımı; Başaşikma. *Journal of İstanbul Kültür University*, (3), 47.
- Kılıç, B. ve Eleren, A. (2009). Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Literatür Araştırması. *Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 1(1), 91-118.
- Kotler, P. (1997). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*. (9. Baskı). New Jersey: Prentice Hall International, Inc.
- Kozak, N., Özel, Ç.H. ve Yüncü, D. (2011). *Hizmet Pazarlaması*. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık,.
- Lovelock, C.H. (1996). *Services Marketing*. (3. Baskı). Prentice Hall International.
- MEB Yayınları. (1995). *Türkçe Sözlük*. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi.
- Mirza, M. (2010). *Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi ile Ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Alan Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Murat, G. ve Çelik, N. (2007). Analitik Hiyerarşi Süreci Yönetimi ve Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Değerlendirme: *Bartın Örneği*. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(6), 2.
- Normann, R. (1984). *Service Management: Strategy and Leadership in Service Businesses*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Özalbant, Z. (2010). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama*. Ankara: Genç Ofset.
- Öztek, Z. ve Kubilay, G. (2008). *Toplum Sağlığı Hemşireliği*. (3. Baskı). Ankara: Palme Yayıncılık.
- Öztürk, A. (2009). *Kalite Yönetimi ve Pazarlaması*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Öztürk, S.A. (2003). *Hizmet Pazarlaması*. Eskişehir: Ekin Yayınevi.
- Öztürk, S.A. (2007). *Hizmet Pazarlaması*. (7. Baskı). Eskişehir: Ekin Yayınevi.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1985). A Conceptual model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(Fall), 41-50.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1998). Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Services Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Saat-Ersoy, M. ve Ersoy, A. (2011). *Kalite Yönetimi*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Saat, M. (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 3(99), 107-118.
- Sayım, F. ve Aydın, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistemik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29, 1.
- 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.
- Sevim, Ş., Akdemir, A. ve Vatansever, K. (2008). Lojistik Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanan İşletmelerin Aldıkları Hizmetlerin Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir İnceleme. *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.
- Shostack, G.L. (1977). Breaking Free From Product Marketing. *Journal of Marketing*, 41(2), 77.
- Sözen, C. (2003a). *Hemşirelikte Yönetim*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Sözen, C. (2003b). *Sağlık Yönetimi*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Şale, İ. (2001). *Adım Adım Toplam Kalite Uygulamaları*. (1. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şimşek, M. (2007). *Kalite Yönetimi*. (5. Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Taşkesenlioğlu, Z. (2010). *MÜSİAD Araştırma Raporları:63. 2009 Yılı Hizmet Sektör Raporu*.
- 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.
- Uslu, A. (2012). *Hizmet Sektöründe Kalite ve Ankara Şehirlerarası Terminal İşletmesinin Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Akçakoca.
- Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi*. (1. Baskı). İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

- Ünal, D. (2014). Önsöz. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8, IX.
- Varinli, İ. ve Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki: Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 17, 33-52.
- Yalkın, S. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. İstanbul: İTO Yayınları.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L. (1990). *Delivery Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Tree A Division of Macmillan, Inc.







EK-I Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Üretim Yönetimi Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezine konu olacak bu çalışma, Niğde ili aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar, Niğde ili aile sağlığı merkezlerinin siz değerli misafirlerinin daha kaliteli hizmet alması için yapılacak çalışmalara temel oluşturacaktır.

Vereceğiniz cevaplar bilimsel amaçlı kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacaktır. Görüş ve düşüncelerinizi içtenlikle paylaşarak katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

Dilara Şansel ARISOY

dilarasanselariso@gmail.com

-
- Anketi cevaplayan Hasta Hasta Yakını
- Cinsiyetiniz Kadın Erkek
- Yaşınız 18-25 26-30 31-35 36-40 41-50 51-60
 61 yaş üstü
- Eğitim Düzeyiniz Okur-yazarlık yok İlköğretim Lise Üniversite
 Y. Lisans/Doktora
- Sosyal Güvenceniz SGK Yeşil Kart Özel Sigorta
- Aylık Geliriniz 1000TL ve altı 1001-1500TL 1501-2000TL
 2001-2500TL 2501-3000TL 3001TL ve üstü
-

KALİTE BEKLENTİLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

Sizce mükemmel bir aile sağlığı merkezi (ASM) hangi özellikleri taşımalıdır?

Aşağıda verilen özelliklerin size göre mükemmel bir aile sağlığı merkezinde hangi seviyede olması gerektiğini **1-Hiç katılmıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum** arası hazırlanan ölçekte değerlendiriniz.

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi modern cihaz ve ekipmanlara sahip olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 2. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinin çalışanları, iyi giyimli ve temiz görümlü olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 3. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi fiziksel alanları (oda, koridor, wc, vb.), temiz ve hijyenik olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 4. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinin ek hizmet alanları (bekleme salonu, vb.), kullanışlı olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 5. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 6. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde doğru teşhis konulmalı ve uygun tedavi uygulanmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 7. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi tedavi süreci ile ilgili işlemleri söz verdiği gibi yerine getirmelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 8. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde doktor ve hemşirelerin yapacağı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilir olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 9. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde doktorlar, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi vermelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 10. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi muayene ve tedavi işlemleri için verdiği randevuları geciktirmemelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 11. Mükemmel bir aile sağlığı merkezindeki çalışanlar, hastalara yardımcı olmaya istekli olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 12. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık vermelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 13. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde hasta ve yakınlarının öneri ve şikayetleri dikkate alınmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 14. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde doktor ve hemşirelerin davranışları, nazik olmalı ve hastada güven duygusu uyandırmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 15. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde doktor ve hemşireler, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 16. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi hastalarının menfaatini her zaman, her şeyin üstünde tutmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 17. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi hastalara zararlı olabilecek durumlara (alet sterilizasyonu, yatak temizliği vb.) dikkat etme konusunda güven vermelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 18. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmamalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 19. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşireler olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 20. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinin doktor ve hemşireleri, hastaların sorunları olduğunda yardımcı olmak için çaba sarf etmelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 21. Mükemmel bir aile sağlığı merkezi personeli, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 22. Mükemmel bir aile sağlığı merkezinde tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilmelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |

BEKLENTİ ÖNCELİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Aşağıda, aile sağlığı merkezleri ve sundukları hizmetler ile alakalı 5 özellik sıralanmıştır. Bu özelliklerin her birinin bir aile sağlığı Merkezinin hizmet kalitesi açısından değerlendirilmesinde ne kadar önemli olduğu öğrenilmek istenmektedir.

Lütfen, toplam 100 puanı bu beş özellik arasında ve bu özelliklerin sizce ifade ettiği öneme göre paylaşınız. Paylaştığımız puanların toplamının 100 olmasına özel gösteriniz.

| ÖZELLİKLER | PUAN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Aile sağlığı Merkezinin fiziki yapısı, dış görünüşü, estetik ve konforu ile malzeme ve ekipmanların görünüşü. | |
| 2. Tedavinin taahhüt edildiği şekilde, doğru ve güvenilir olarak gerçekleştirilmesi. | |
| 3. Hastalara yardımcı olma ve tam hizmet sunma konusunda istekli olunması ve hasta taleplerinin dikkate alınması. | |
| 4. Doktor ve hemşire davranışlarının güven vermesi ve hastalara karşı nezaket. | |
| 5. Hastalara gösterilen kişisel ilgi ve dikkat ile hastaların duyarlılığı | |
| TOPLAM | 100 |

KALİTE ALGILARININ ÖLÇÜLMESİ

Aşağıda verilen özelliklerin Niğde ili aile sağlığı merkezinde ne düzeyde bulunduğunu **1-Hiç katılmıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum** arası hazırlanan ölçekte değerlendiriniz.

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezi modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 2. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin çalışanları, iyi giyimli ve temiz görünümündür. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 3. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin fiziksel alanları (oda, koridor, wc, vb.), temiz ve hijyeniktir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 4. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin ek hizmet alanları (bekleme salonu, vb.), kullanışlıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 5. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulur. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 6. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde doğru teşhis konulur ve uygun tedavi uygulanır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 7. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde tedavi süreci ile ilgili işlemleri söz verdiği şekilde yerine getirilir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 8. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilirdir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 9. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde doktorlar, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verirler. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 10. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevular gecikmez. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 11. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde çalışanlar, hastalara yardımcı olmaya istekli ve gönüllüdür. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 12. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 13. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde hasta ve yakınlarının öneri ve şikayetleri dikkate alınır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 14. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezindeki doktor ve hemşirelerin davranışları, naziktir ve hastada güven duygusu uyandırır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 15. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde doktor ve hemşireler, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahiptirler. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 16. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde hastaların menfaati her zaman, her şeyin üstünde tutulur. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 17. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde hastalara zararlı olabilecek durumlara (alet sterilizasyonu, yatak temizliği vb.) dikkat etme konusunda güven verir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 18. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaz. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 19. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşireler vardır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 20. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin doktor ve hemşireleri, hastaların sorunları olduğunda yardımcı olmak için çaba sarf ederler. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 21. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin personeli, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 22. Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinde tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : Dilara Şansel ARISOY
Uyruğu : TC
Doğum Tarihi ve Yeri : 01.01.1990 / İstanbul
Medeni Hali : Bekâr
Telefon : 0538 664 3065
E-posta : dilarasanselariso@gmail.com

Eğitim Bilgileri

| Derece | Okul | Mezuniyet Tarihi |
|---------------|-------------------------------------------|------------------|
| Yüksel Lisans | Gazi Üniversitesi SBE, Üretim Yönetimi | Devam ediyor |
| Lisans | Çukurova Üniversitesi İİBF, İşletme | 2014 |
| Lise | Cumhuriyet Lisesi YDA | 2008 |

İş Deneyimi

| Yıl | Yer | Görev |
|--------------------|--------------|----------|
| 2016- Devam ediyor | Petlas Bayii | Muhasebe |

Yabancı Dil

İngilizce

Yayımlar

-

Hobiler

Kitap okumak, araştırma yapmak, fotoğraf çekmek, bisiklet sürmek, yürüyüş yapmak.



GAZİ GELECEKTİR..



Control

