

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
ÜRETİM YÖNETİMİ VE PAZARLAMA PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE YÖNETİMİ KAPSAMINDA
HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK
ANALİTİK BİR DEĞERLENDİRME

Nevriye YILDIZ KARAGÖZ

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Bahar YALÇIN

MANİSA
2010

ÖZET

Hizmet sektörü günümüzde en fazla gelişmekte olan sektördür. Hizmet sektörünün her dalı, insanoğlunun her gün artarak değişen ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli bir yere sahip olmuştur.

Kalite denince önceleri sadece ürün kalitesi akla gelirken 90'lı yıllarda hizmet sektörünün gelişmesine paralel olarak hizmet kalitesinin de önemi anlaşılmıştır. Rekabetin artması, teknolojinin gelişimi ile birlikte değişen müşteri ihtiyaçlarının karşılanması için işletmelerin, sundukları hizmetin kalitesini sürekli iyileştirmeleri gerekmektedir. Ölçülemeyen şey iyileştirilemez felsefesinden yola çıkarak işletmeler, müşteri beklenti ve algılamalarını değerlendirerek hizmet kalitesini ölçmeye çalışmak konusunda gereken özeni göstermek durumundadırlar.

Sağlık sektöründe ise hizmet kalitesi, insan hayatının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması ile ilgili olduğundan ayrı bir öneme sahiptir. Bu bakımdan sağlık sektöründe sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesi ve elde edilen verilerin değerlendirilmesi bu yönde gerekli politika ve stratejilerin oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızın temel amacı, kalite yönetim sistemi kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanan müşterilerin algıladıkları hizmet kalitesini belirlemektir. Bu bağlamda çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; kalite, kalitenin tarihsel gelişimi ve boyutları ele alınmış, ikinci bölümde; hizmet ve hizmet kalitesi kavramları ile hizmet kalitesi ölçüm modelleri açıklanmış, üçüncü bölümde; sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinde kalite ile kalite iyileştirme uygulamalarına yer verilmiştir. Dördüncü ve son bölüm olan uygulama bölümünde ise "ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Sertifikası"na sahip, 151 yataklı Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi örnek olarak seçilmiştir. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde en yaygın kullanıma sahip, geçerliliği kanıtlanmış SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır.

Yapılan çalışma sonucunda, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin neler olduğu belirlenmiştir. Geline bu noktada sağlık hizmeti sunan kurumlar açısından bir örnek uygulama kapsamında elde edilen sonuçların geleceğe yönelik politika ve stratejiler oluşturma bağlamında önem taşıyacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmetleri, Kalite Yönetim Sistemi, SERVQUAL Yöntemi.

ABSTRACT

Nowadays, the service sector is the most developing sector in the world. All branches of the service sector have a key position for people to improve their life qualities and to meet both increasing and changing needs of them everyday.

When the term of quality was mentioned, it only used to cause us think of a product quality but, in parallel to the development in the service sector during the 1990's, the importance of service quality was conceived. Business organizations need to improve their service quality consistently in order to fulfill changing necessities of customers as regards the developing technologies and increasing competition. Based on the philosophy of "If it is not measurable, it cannot be improved", Managements are to show necessary importance for measuring of the service quality by evaluating expectations and perceptions of customers.

As for health sector, service quality has a different importance because of concerning with improving life quality and saving lifespan. Regarding this point, measuring the service quality served in health sector, and evaluating these data will contribute to the construction of strategies and politics which are required.

In line with these data, the main purpose of our study is to determine the service quality which is perceived by the customers who get service from the health services. In this regard, study consists of four parts. In the first part, quality, historical development process and dimensions of quality are discussed. In the second part, service and service quality concepts with service quality measurement models are explained. In the third part, health services and enhance quality practices with health sector's quality are took up. As for in the fourth and the last part which is the applications part, 151-bed Manisa Merkez Efendi Government Hospital which has "ISO 9001:2000 Quality Management System Certification" was chosen as an example. SERVQUAL scale which has proven validity and the most common use in measuring service quality is used.

As a result of this study, it was specified that what the patients' expectations were from the health sector. At this point, results which were acquired within an exemplary practice are thought to have an importance of composing forward politics and strategies in terms of institutions which provide health service.

Key Words: Service Quality, Health Care Services, Quality Management System, SERVQUAL Method.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Sektöründe Kalite Yönetim Sistemi Kapsamında Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Analitik Bir Değerlendirme” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

06/04/2010

Nevriye YILDIZ KARAGÖZ

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 25.02.2010 tarih ve 5/EK5 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisans Üstü öğretim Yönetmeliği'nin 24. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Pazarlama Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nevriye YILDIZ KARAGÖZ'ün "Sağlık Sektöründe Kalite Yönetim Sistemi Kapsamında Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Analitik Bir Değerlendirme" Konulu tezi incelenmiş ve aday 06.04.2010 tarihinde saat 14.00'de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra..... dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

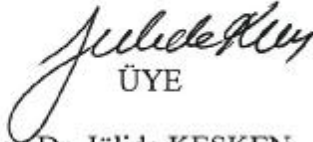
BAŞARILI olduğuna	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>OY BİRLİĞİ</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
DÜZELTME yapılmasına	* <input type="checkbox"/>	<u>OY ÇOKLUĞU</u>	<input type="checkbox"/>
RED edilmesine	** <input type="checkbox"/>	ile karar verilmiştir.	

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

** Bu halde adayın kaydı silinir.



BAŞKAN

Yrd.Doç.Dr. Bahar YALÇIN
(Danışman)


ÜYE

Doç.Dr. Jülide KESKEN

ÜYE


Yrd.Doç.Dr. Çiğdem SOFYALIOĞLU

Evet Hayır
*** Tez, burs, ödül veya Teşvik prog. (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir

Tez, mutlaka basılmalıdır

Tez, mevcut haliyle basılmalıdır

Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.

Tez, basımı gereksizdir.

ÖNSÖZ

Son yıllarda hızla büyüyen ve ekonomi içerisinde sahip olduğu pay ile orantılı olarak ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen hizmet sektörü, günümüzde sanayi sektörüne oranla daha hızlı büyümektedir. Bunun yanı sıra sosyo-ekonomik gelişmeler, rekabetin artması, teknolojik ilerlemeler gibi nedenlerden dolayı da önemi gittikçe artmaktadır.

Hizmet sunan işletmelerin varlıklarını devam ettirebilmelerinin yolu, kaliteli hizmet sunmalarından geçmektedir. Hizmet üreten işletmelerin sayıca fazla olması, sundukları hizmetlerin birbirine benzemesi ve buna paralel olarak rekabetin artması sunulan hizmetin kalitesini gündeme getirmektedir. Hizmet kalitesi, aynı hizmeti veren kuruluşlar arasında üstünlük ve farklılık yaratan en önemli kriterdir.

Diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de hızlı gelişmeler yaşanmaktadır. WHO'ya göre, “erişilebilen en yüksek sağlık standardından yararlanma, her insanın temel haklarından biri” olarak kabul edilmektedir. Sağlık sisteminde yapılan yeni düzenlemelerle hastalar, hangi hastanede, hangi doktora tedavi olacaklarını seçebilmektedirler. Yaşanan bu gelişmeler, sağlık sektöründe hizmet kalitesinin önemini artırmıştır.

Sağlık sektöründe, farklı meslek gruplarının bir arada ekip olarak çalışması gerekliliğinin yanı sıra sağlık uygulamalarında hatanın kabul edilemez oluşu belirli bir kalite standardında hizmetin sunulması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Bu konuda kalite yönetim sistemi, akreditasyon gibi kalite iyileştirme uygulamalarının temelinde, Sağlık Bakanlığı, 2009 yılında Hizmet Kalite Standartları Rehberi oluşturmuştur. Tüm sağlık kurumlarının bu rehber ışığında öngörülen düzenlemeleri yapması beklenmektedir.

Bu araştırma ile sağlık sektöründe uygulanan kalite yönetim sistemi kapsamında hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Araştırma

kapsamında, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yatan hastalara uygulanan SERVQUAL ölçeği ile elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın hazırlanmasında, yoğun çalışma temposu içinde zaman ayırarak çalışmamı yönlendiren, fikirleri ile bana ışık tutan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Bahar YALÇIN'a, desteğini ve yol göstericiliğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Canan AY'a, çalışmam boyunca fikirleri ve desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Deniz SELÇUKİ'ye, tezimin araştırma bölümündeki yardımlarından dolayı Merkez Efendi Devlet Hastanesi yönetimine ve tüm çalışanlarına, çalışmam boyunca beni destekleyen eşime, aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Nevriye YILDIZ KARAGÖZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
YEMİN METNİ.....	III
TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI.....	IV
ÖNSÖZ.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XI
TABLolar LİSTESİ.....	XII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XV
GİRİŞ.....	XVI

BİRİNCİ BÖLÜM

KALİTE KAVRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ

1.1. Kalite Anlayışının Tarihsel Gelişim Süreci.....	1
1.2. Kalite Kavramı.....	4
1.3. Kalitenin Boyutları.....	7
1.4. Kaliteyi oluşturan Unsurlar.....	8
1.4.1. Tasarım Kalitesi.....	8
1.4.2. Uygunluk Kalitesi.....	9
1.4.3. Kullanım Kalitesi.....	9

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI VE HİZMET KALİTESİ

2.1. Hizmet Kavramı.....	11
2.2. Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar.....	14
2.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	15
2.4. Hizmetlerin Özellikleri.....	21
2.4.1. Hizmetlerin Soyutluk (elle tutulamama) Özelliği.....	22
2.4.2. Hizmetlerin Eşzamanlı Üretim ve Tüketim (ayrılmazlık) Özelliği.....	22
2.4.3. Hizmetlerin Değişkenlik (türdeş olmama) Özelliği.....	23
2.4.4. Hizmetlerin Dayanıksızlık (bozulurluk) Özelliği.....	24
2.4.5. Hizmetlerin Mülkiyet (sahiplik) Özelliği.....	25
2.5. Hizmet Kalitesi.....	25
2.6. Hizmet Kalitesi Kavramı.....	27
2.7. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	28
2.8. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi.....	32
2.8.1. Kritik Olaylar Yöntemi.....	33
2.8.2. Nitelik Temelli Yöntemler.....	34
2.9. SERVQUAL Modeli ile Hizmet Kalitesi Ölçümü.....	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

3.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Önemi.....	41
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	42
3.3. Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	44
3.3.1. Kolay Kullanılabilirlik.....	44
3.3.2. Kalite.....	45
3.3.3. Süreklilik.....	45
3.3.4. Verimlilik.....	46
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	46

3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	46
3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	47
3.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	48
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri ve Müşteri Tatmini.....	48
3.6. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tatmini ve Hizmet Kalitesi İlişkisi.....	50
3.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Kalitenin Önemi.....	52
3.8. Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları.....	53
3.9. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Uygulamaları.....	56
3.9.1. TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi.....	56
3.9.2. JCI Akreditasyonu.....	60
3.9.3. Kalite Ödülleri.....	63
3.9.3.1. Deming Kalite Ödülü.....	63
3.9.3.2. Malcolm Baldrige Kalite Ödülü.....	65
3.9.3.3. EFQM-Avrupa Kalite Ödülü.....	67
3.9.3.3.1. EFQM Mükemmellik Modeli.....	68
3.9.3.3.2. Özdeğerlendirme.....	70
3.9.3.3.3. RADAR Mantığı.....	71
3.9.3.4. TÜSİAD-KalDer Ulusal Kalite Ödülü.....	73

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK ÖRNEK BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Önemi	75
4.2. Araştırmanın Amacı.....	75
4.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırları.....	76
4.4. Araştırmanın Yöntemi.....	77
4.5. Verileri Toplama Araçları.....	77
4.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	78
4.7. Verilerin Analizi.....	79

4.7.1. Araştırmada Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin Güvenilirlik Analizleri.....	79
4.7.2. Frekans Analizleri.....	80
4.7.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenti ve Algıları ile İlgili Bulgular.....	85
4.7.4. Araştırmaya Katılanların Hizmet Kalitesi Boyutları Önem Dereceleri Kapsamında Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular.....	92
4.7.5. Hastaların Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanlar ile İlgili Bulgular.....	94
4.7.6. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin SERVQUAL Skorları.....	95
4.7.7. SERVQUAL Boyutlarına Yönelik t Testi.....	96
4.7.7.1. Hastaların Tedavi Gördükleri Kliniklere Göre Uygulanan t Testi.....	96
4.7.7.2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Uygulanan t Testi.....	97
4.7.7.3. Hastaların MEDH'nde Daha Önce Yatarak Tedavi Görüp Görmemelerine Göre Uygulanan t Testi.....	97
4.7.8. SERVQUAL Boyutlarına Yönelik ANOVA Testi.....	98
4.7.8.1. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Uygulanan ANOVA Testi.....	98
4.7.8.2. Hastaların Mesleklerine Göre Uygulanan ANOVA Testi.....	100
4.7.8.3. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Uygulanan ANOVA Testi.....	102
4.7.8.4. Hastaların Yaşadıkları Yer Kapsamında Uygulanan ANOVA Testi.....	105
4.7.8.5. Hastaların Sosyal Güvenceleri Kapsamında Uygulanan ANOVA Testi.....	106
4.7.9. Korelasyon Analizi.....	107
4.8. Araştırmanın Sonuçları ve Yorumlar.....	109
SONUÇ.....	116
KAYNAKLAR.....	118
EKLER.....	133

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AH: Algılanan Hizmet

ASQC: Amerikan Kalite Kontrol Derneği

BH: Beklenen Hizmet

DIN: Alman Standartlar Enstitüsü

EFQM: Avrupa Kalite Yönetim Vakfı

EOQ: Avrupa Kalite Örgütü

EOQC: Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu

GSYH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

ISO: Uluslar arası Standart Organizasyonu

JCAH: Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu

JCAHO: Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu

JCI: Uluslar arası Ortak Komisyon

JIS: Japon Sanayi Standartları Komitesi

JUSE: Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği

KALDER: Kalite Derneği

KOBİ: Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletme

MEDH: Merkez Efendi Devlet Hastanesi

SQ: SERVQUAL

TDK: Türk Dil Kurumu

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

TÜSİAD: Türk Sanayi ve İş Adamları Derneği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	12
Tablo 2: Mallarla Hizmetler Arasındaki Farklılıklar.....	14
Tablo 3: Hizmet İşleminin Yapısına Göre Sınıflandırılması.....	17
Tablo 4: Hizmet İşletmesinin Müşterileri İle İlişisine Göre Sınıflandırma.....	18
Tablo 5: Hizmet İşletmelerinin Esnekliğine ve İnsiyatifine Göre Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	18
Tablo 6: Hizmet Talebinin Yapısına Göre Sınıflandırma.....	19
Tablo 7: Hizmetin Sunum Şekline Göre Sınıflandırma.....	19
Tablo 8: Doyle'e Göre Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	20
Tablo 9: Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e Göre Hizmet Kalitesi Boyutları.....	31
Tablo 10: SERVQUAL Hizmet Kalitesi Boyutları.....	36
Tablo 11: Hizmeti Sunan Taraf Açısından Hizmet Kalitesinde Uçuruma Neden Olan Temel Faktörler.....	39
Tablo 12: Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler.....	49
Tablo 13: JCI Hastane Akreditasyon Standartları.....	62
Tablo 14: Malcolm Baldrige Ödül Kriterleri ve Puanları.....	66
Tablo 15: EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri.....	71
Tablo 16: Araştırmaya Katılanların Tedavi Gördükleri Kliniklere Göre Dağılımı.....	81
Tablo 17: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	81
Tablo 18: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	81
Tablo 19: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	82
Tablo 20: Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımı.....	82

Tablo 21: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	83
Tablo 22: Araştırmaya Katılanların Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı.....	83
Tablo 23: Araştırmaya Katılanların Gelir-Gider Durumlarına Göre Dağılımı.....	83
Tablo 24: Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı.....	84
Tablo 25: Araştırmaya Katılanların “Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde daha önce yatarak tedavi gördünüz mü?” Cevabına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	84
Tablo 26: Araştırmaya Katılanların “Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ne ihtiyacınız olduğunda tekrar gelir misiniz?” Cevabına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	85
Tablo 27: Araştırmaya Katılanların “Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ni yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?” Cevabına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	85
Tablo 28: Hasta Beklentileri İle İlgili Dağılım.....	90
Tablo 29: Hastane Hizmetlerine Yönelik Hasta Algılarının Dağılımı.....	91
Tablo 30: Araştırmaya Katılanların En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım.....	93
Tablo 31: Araştırmaya Katılanların İkinci Derecede Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım.....	93
Tablo 32: Araştırmaya Katılanların En Az Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım.....	94
Tablo 33: Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı.....	95
Tablo 34: Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nin Kalite Boyutları Bazında SERVQUAL Skorları.....	96
Tablo 35: Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nin Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorları...	96
Tablo 36: Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nin Ağırlıklı SERVQUAL Skorları.....	96

Tablo 37: Hastaların Tedavi Gördükleri Kliniklere Göre t Testine İlişkin Grup İstatistikleri.....	97
Tablo 38: SERVQUAL Boyutlarının Yaş Grubuna Göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	98
Tablo 39: SERVQUAL Boyutlarının Mesleklere göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	100
Tablo 40: SERVQUAL Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	102
Tablo 41: SERVQUAL Boyutlarının Yaşanan Yere Göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	105
Tablo 42: Hipotez Test Sonuçları.....	106
Tablo 43: Korelasyon Analizi.....	107

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Mallar ve Hizmetler Dizisi.....	14
Şekil 2: Üretimi İnsana ya da Teçhizata Dayalı Hizmetler.....	16
Şekil 3: Hizmet Ürününün Niteliklerine Göre Sınıflandırma.....	20
Şekil 4: Hizmetlerin Dokunulmazlık Özelliğinin Bazı Sonuçları.....	22
Şekil 5: Hizmetlerin Ayrılmazlık Özelliğinin Bazı Sonuçları.....	23
Şekil 6: Hizmetlerde Değişkenliğin Neden ve Sonuçları.....	24
Şekil 7: Hizmetlerin Dayanıksızlığının Neden ve Sonuçları.....	25
Şekil 8: Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli (Nordic Model).....	30
Şekil 9: Algılanan Hizmet Kalitesini Belirleyici Etkenler.....	32
Şekil 10: Hizmet Kalitesi Modeli.....	37
Şekil 11: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri.....	55
Şekil 12: Kalite Yönetim Sistemi.....	58
Şekil 13: EFQM Mükemmellik Modeli.....	69
Şekil 14: Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar.....	92

GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektörü, hizmet sektörleri arasında en hızlı gelişen sektörlerden biridir. Bu gelişme sürecine etki eden faktörler kapsamında tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması, dünya nüfusundaki hızla artış, tanıya yardımcı tetkik yöntemlerinin gelişmesi ve buna bağlı olarak yeni hastalıkların tanımlanması, sosyo-ekonomik kalkınma ve bununla birlikte insanların sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilir olması sayılabilir.

Sağlık sektörü bu denli hızlı büyürken, sağlık hizmeti alanların da beklentileri buna paralel olarak artmakta, dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesi gündeme gelmektedir. Türkiye’de sayıları her geçen gün artan sağlık kuruluşları, rekabet güçlerini artırabilmek için ISO, akreditasyon gibi kalite standardı belgeleri almaktadır. Ayrıca ülkemizde, kalite yönetiminin teşvik edilmesi amacıyla, EFQM Mükemmellik Modeli’ni benimseyen kamuya ait sağlık kuruluşlarına Ulusal Kalite Ödülü verilmektedir.

Tez çalışmamızda hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçüm modeli kullanılmıştır. SERVQUAL ölçeği, hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış bir ölçektir. Tez çalışmamız dört bölümden oluşmaktadır. Tez çalışmamızın teorik kısmının ilk bölümünde, kalitenin tarihsel gelişimi, kalite kavramı, boyutları ve kaliteyi oluşturan unsurlar açıklanmıştır.

İkinci bölümde, hizmet kavramı, mallarla hizmetler arasındaki farklar, hizmetlerin sınıflandırılması ile özellikleri ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde, hizmet kalitesi kavramı, boyutları ve hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik bilgiler verilmiştir.

Üçüncü bölümde, sağlık hizmetleri, özellikleri, sağlık hizmetlerinde müşteri, müşteri tatmini ve hizmet kalitesi ilişkisi ile sağlık hizmetlerinde kalitenin önemi ve kalite iyileştirme uygulamalarına değinilmiştir.

Tez çalışmamızın dördüncü ve son bölümünde ise sağlık sektöründeki hizmet kalitesini değerlendirmek amacıyla ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahip Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yapılan uygulamaya yer verilmiş ve hastalar ile birebir görüşülerek elde edilen araştırma sonuçları değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KALİTE KAVRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ

Günümüz dünyasında doğal kaynakların yok olmaya ve kullanılamaz hale gelmeye başlaması ile beraber, insanların temiz bir çevre ve kaliteye olan ilgisi çoğalmakta, insanların temiz bir çevrede, daha kaliteli bir ürün ve daha kaliteli bir hizmet talebi de giderek artmaktadır. Tüketicinin bu istekleri tüm dünyada kalitenin önemini son derece artırmıştır (Gümüş, 1995; 26).

Kalite ekonomik ve sosyal yaşamda işletme, devlet ve tüketici için önemli bir unsur ve amaçtır. Bugün önemli bir tüketici politikası ve rekabet hedefi, pazara sürülen ürün ve hizmetlerin belli bir kaliteye sahip olmasının sağlanmasıdır. Bu ise toplumun her kesimini ilgilendirmektedir (Yalçın, 2007; 2).

1.1.Kalite Anlayışının Tarihsel Gelişim Süreci

Kalite kavramı, tarih boyunca insanoğlu tarafından sürekli incelenmiştir ve çağımızda da öneminin her geçen gün artıyor olması ile dikkat çekmektedir.

Kalite ile ilgili kayıtlar milattan önce 2000’li yıllara kadar uzanır. Bu dönemlerde, standart ölçüler geliştirilmiş ve bu ölçülere uygun üretim yapılması için bazı yaptırımlar uygulanmıştır. Örneğin; ünlü Hammurabi Kanunları’nda, “eğer bir inşaat ustası bir ev yapar, ev yeterince sağlam yapılmayıp, sahibinin üstüne çöker ve ölümüne neden olursa, evi yapan işçinin başı uçurulur” ifadesiyle kalitenin önemi vurgulanmaktadır (Küçük, 2004; 70-71).

Kaliteli mal üretiminin esnaf birliklerince desteklenmesi, 18. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Ortaçağda “*Lonca*” olarak adlandırılan meslek kuruluşları, üyelerinin mallarını kaliteli olarak yapıp yapmadıklarını kontrol etme, kaliteli değil ise ceza verme yetkisine sahiptiler (Fuhr, 1992; 2 içinde: Yalçın, 2007; 2).

Bugünkü anlamda kalite hareketinin gelişimi 1900'li yılların başlarına kadar uzanmaktadır. İlk uygarlıklardan başlayıp, sanayi devrimine kadar geçen süre boyunca ve 19. yüzyılın sonlarına kadar kalite, herhangi bir ürünü kendi tasarımına veya müşterisinin tasarımına göre üreten ustanın sorumluluğunda idi ve bu onun ustalık derecesini gösteriyordu (Halis, 2000; 38). Sanayi devrimi sonrası seri üretimin yaygınlaşması ile işlerin küçük parçalara bölünmesi, çalışanların ancak işin küçük bir bölümünden sorumlu ve bütününden habersiz olmaları sonucunu doğurmuştur. Bu dönem içindeki kalite kontrol anlayışı, görevi kalite kontrol olan bir ekibin üretimi tamamlanan mallardan alınan örneklere bakarak partiyi kabul veya ret etmesi şeklindeydi (Top, 2006; 206).

1924 yılında, ABD'de, Bell Telefon Laboratuvarında görevli matematikçi Walter A. Shewart, ilk "*ihtimal çizelgesi*"ni ortaya koyarak, istatistiksel kalite kontrolün temelini atmıştır (Mitra, 1993; 4 içinde: Halis, 2000; 39). Böylelikle, istatistiksel teknikler kullanılarak süreçler üzerinde kontrol kurulmaya, bir başka deyişle üretim sırasında ortaya çıkan uygunsuzluklar istatistiksel yöntemler aracılığı ile belirlenmeye ve son kontrolde ayıklanarak piyasaya sürülemeyecek ürünler üretilmemeye çalışılmıştır (Peşkircioğlu, 1999; 13).

1935 yılında ise İngiltere'de, E. S. Pearson'ın istatistiksel çalışmalarına dayanan İngiliz Kalite Standartları geliştirilmiştir (Parlak, 2004; 5).

II. Dünya Savaşı, kalite teknolojisinin gelişimini hızlandırmıştır. İmal edilen ürünlerin kalitesinin iyileştirilmesi gereksinimi, kalite kontrol konusundaki çalışmaların artmasına ve daha çok bilgi paylaşımına neden olmuştur. 1946 yılında, Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC) oluşturulmuş ve George Edwards başkan olarak seçilmiştir (Bozkurt, 2003; 18).

Japonya'da, II. Dünya Savaşı öncesinde İngiliz Kalite Standartlarının Japonca'ya çevrilmesi ile istatistiksel kalite kontrol yöntemleri uygulamaya girmiş fakat önemli bir gelişme olmamıştır (Mucuk, 1998; 242). 1946 yılında kurulan Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği'nin (JUSE) daveti ile 1950 yılında Japonya'ya

konuşmacı olarak giden ABD’li kalite uzmanı E. Deming, Japon bilim adamlarını ve mühendislerini, çıktılardan çok üretim sürecinde kalitenin sağlanması ve istatistiksel kalite kontrol yöntemleri konusunda bilgilendirmiştir. Ardından 1954 yılında J. M. Juran, Japonya’ya konuşmacı olarak davet edilmiştir. Juran, üst ve orta düzey yöneticiler için düzenlediği seminerlerde kalite kontrolün tüm yönetimi ilgilendiren bir kavram olduğu ve bir yönetim aracı olarak algılanması gerektiğini belirtmiştir (Parlak, 2004; 5). Aynı dönemde kalite konusundaki sistematik yaklaşımları ile bilinen A. V. Feigenbaum’un eserleri de Japonlar tarafından tercüme edilerek uygulamaya konulmuştur (Halis, 2000; 40).

1950’li yıllarda *Toplam Kalite Kontrolü* kavramı ilk kez Feigenbaum tarafından kullanılmıştır (Tekin, 2004; 3). Feigenbaum, kalite kontrolün, işletme içindeki sınırlarını genişleterek, ürün tasarımından giren hammaddenin kontrolüne kadar, üst yönetimi de kapsayacak şekilde tüm işletmenin sorumluluğunda olması gerektiğini belirtmiştir (Top, 2006, 206). Bu yıllarda Feigenbaum ve ekibi, kalite uzmanlarının koruyucu maliyetler, tahmini maliyetler, iç başarısızlık maliyeti, dış başarısızlık maliyeti gibi kavramlarla sınıflandırdıkları bir kalite maliyet sistemi geliştirmişlerdir. Bu düzenleme sayesinde kalite yönetimi departmanı için üst yönetime kolay bir bilgi aktarım dili doğmuştur (Halis, 2000; 40).

1950’lerden beri Japonya’da kalite konusunda araştırma ve uygulama çalışmalarına katılan K. Ishikawa, 1962 yılında *Kalite Kontrol Çemberlerini* geliştirmiştir (Parlak, 2004; 5). Ishikawa, Toplam Kalite Kontrolü anlayışını daha da geliştirerek Japon kalite hareketi ile bütünleştirip *Toplam Kalite Yönetimi* anlayışını ortaya çıkarmıştır (Tekin, 2004; 3).

Japonya’da Deming ve Juran’ın önderliğinde, kalitenin sağlanmasına yönelik çabalar çerçevesinde işgücünün eğitimine ağırlık verilmiş ve kalite sorunlarının nedenlerinin belirlenmesine yönelik nicel yöntemler ve diğer yenilikçi yönetim araçları kullanılmıştır. Teknolojik buluşlar, katılımcı yönetim, kalite konusundaki inatçı ısrarları, Japonları, rekabet ettikleri hemen hemen tüm endüstrilerde lider konuma getirmiştir. 1970’lerin ortalarında, tüm dünya, Amerikan ürünlerine kıyasla, Japon

ürünlerinin daha az kusurlu ürün içerdiğini, daha güvenilir olduğunu ve müşteri ihtiyaçlarını daha iyi karşıladığını görmüştür. Aynı dönemde ürünlerinin rekabet gücü azalan ABD işletmeleri, 1980 yılında Japon kalite hareketinin mimarı olarak kabul edilen Deming'i bir televizyon programında izleyerek, Deming'in kalite konusundaki görüşlerinin ilk kez farkına varmışlardır. Programın yayınlanışını izleyen dönemde, birçok ABD işletmesi Deming'in mesajını alarak kaliteye önem veren bir yönetim biçimine doğru kaymaya başlamıştır (Üreten, 1999; 39).

1974 yılında Kalite Kontrol Çemberlerini ABD'de ilk uygulayan kişi, 1938 yılından beri kalite üzerine çalışmalarını sürdüren P. Crosby olmuştur (Parlak, 2005; 5). Crosby, "kalite ücretsizdir" fikrini ortaya atmış ve ilk sıfır hata yaklaşımını uygulamaya geçirmiştir (Üreten, 1999; 28).

1980'lerden sonra kalite üretim departmanından çıkarak yönetim hiyerarşisine doğru bir hareket göstermiş ve "stratejik kalite yönetimi" ile "toplam kalite yönetimi", kalite kavramına farklı boyutlar kazandırmıştır (Bounds vd., 1994; 47 içinde: Halis, 2000; 41). Kalite, aniden etkin bir pazarlama silahı haline gelmiş ve örgüt sisteminin bütün elemanları kaliteyi yaratmada ve sürdürmede sorumluluk yüklenmeye başlamışlardır (Halis, 2000; 41).

Çağdaş kalite felsefesinin düşünce ustaları olarak bilinen Deming, Juran ve Crosby, "Toplam Kalite Yönetimi" anlayışının temellerini kurmuşlar, Feigenbaum ve Ishikawa da yaptıkları katkılar ile "Toplam Kalite Yönetimi"nin benimsenmesini sağlamışlardır. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavramının doğuşu ABD'de olmuş fakat bu yönetimi benimseyen ve ilk uygulayanlar Japonlar olmuştur (Tekin, 2004; 3).

1.2.Kalite Kavramı

Günlük yaşamda kalite kavramıyla oldukça sık karşılaşılmaktadır. Kalite insan hayatının her anını etkileyen önemli bir kavramdır. Örneğin; yenilen yiyeceklerin kalitesi, giyilen kıyafetlerin kalitesi, içinde yaşanılan evlerin kalitesi ya da tedavi olunan sağlık kurumlarının kalitesi gibi bir çok örnek insan hayatını, yaşam kalitesini ve

sağlığını etkiler. Her insanın yaşamını etkileyen kalite konusunda belirli bir kavram birliği yoktur. Kalite kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamalarda dünya ekonomisinin küreselleşmesi, teknolojik gelişmeler ve toplumsal değer yargılarının farklılığı gibi nedenler etkili olmuştur (Tekin, 2006; 52).

Sözlük kaliteyi şu şekilde tanımlar (TDK, <http://www.tdkterim.org.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=kalite&ayn=tam>):

1. Bir şeyin iyi ya da kötü olma özelliği, nitelik.
2. Üstün nitelikli.

Dünyaca ünlü uzmanlar ve kuruluşlar tarafından çeşitli kalite tanımları yapılmıştır. Bunlardan bazıları:

Juran' göre kalite, kullanıma uygunluktur (Juran 1998; 3.6).

Deming'e göre kalite, bir ürün veya hizmetin düşük maliyetle ve müşteri gereksinimlerini giderecek bir şekilde ve güvenilirlikte üretilmesidir (Küçükaltan, 2007; 58).

Feigenbaum'a göre kalite, kullanılmakta olan ürünün ya da hizmetin müşterilerin beklentilerine yanıt verebilmesini sağlayan pazarlanabilir, üretim ve bakım özelliklerinin toplamıdır (Pırnar, 2007; 39).

Crosby'e göre kalite, bir ürünün gerekliliklerine uygunluk derecesidir (Okumuş ve Asil, 2007; 12).

Amerikan Kalite Kontrol Derneği'ne (ASQC) göre kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirli ihtiyaçları karşılamadaki yeteneklerine ilişkin özelliklerin tümüdür (Evans ve Lindsay, 1993; 9).

Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu'na (EOQC) göre kalite, bir ürün veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir (Ertuğrul, 2006; 6).

Alman Standartlar Enstitüsü'ne (DIN) göre kalite, bir ürünün öngörülen ve şart koşulan gereklere uyum yeteneğidir (Ertuğrul, 2006; 6).

Japon Sanayi Standartları Komitesi'ne (JIS) göre kalite, ürün ya da hizmet olmasa da, özellikler ya da performansın toplamı olarak tüketicinin talep ettiğini saptamaktır (Ozeki ve Asaka, 1990; 4)

TS-9005/ISO 8402 Kalite Sözlüğüne göre kalite, bir ürün veya hizmetin, belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır (Parlak, 2004; 4).

Garvin, kalitenin tanımına ilişkin beş farklı yaklaşım geliştirmiştir (Lovelock, 1991; 366):

1. Üstünlük temelli yaklaşıma göre kalite, yüksek standartta ve mükemmel olmalıdır.
2. Ürün temelli yaklaşıma göre kalite, ürünün nitelikleri ile ölçülür. Ürün ne kadar çok özelliğe sahipse o kadar kalitelidir.
3. Kullanıcı temelli yaklaşıma göre kalite, müşteriye verilen sözlerin ne derecede gerçekleştirildiği ve müşterinin memnuniyet derecesi ile belirlenmektedir.
4. Üretim temelli yaklaşıma göre kalite, temel olarak üretim faaliyetleri ve mühendislik ile ilgilidir. Verimlilik ve düşük maliyet amaçları tarafından yönlendirilir.
5. Değer temelli yaklaşıma göre kalite, fiyat ve değere göre tanımlanır.

Garvin'in ileri sürdüğü kaliteye ilişkin farklı görüşler, farklı işlem bölümlerindeki yönetimler arasında bazen ortaya çıkan anlaşmazlıkları açıklamaya yardımcı olmaktadır (Lovelock, 1991; 367).

Kalite tanımı incelendiğinde, kalite sözcüğünün ifade ettiği anlamın bireyler ve işletmeler tarafından farklı algılandığı ortaya çıkmaktadır. Yaklaşık on beş yıl öncesine kadar, kalite ve para birbirleri ile ilişkili iki eleman iken ve genel tüketici algılamasına göre yüksek fiyat iyi kalite anlamına gelirken, günümüzde bu anlayış değişmiştir. Japonlar tarafından bir pazarlama felsefesi olarak geliştirilen kalite olgusu, sadece fiyat ile teke tek bir ilişki içermemekte, aynı zamanda fonksiyon ve kullanım amacına uygunluk faydalarını da kapsamaktadır. Dolayısı ile pazarlama faaliyetlerinde başarılı olmak isteyen firmalar açısından kalite uygulamaları, pazarlama karması elemanlarında ve pazarlama sürecinin her aşamasında yerine getirilmesi ve kontrol edilmesi gereken bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır (Bozkurt ve Odaman, 1997; 4 içinde: Tavmergen, 2002; 21-22).

1.3.Kalitenin Boyutları

Müşteriler için ürünün ya da hizmetin belirli yönleri önemlidir. Bundan dolayı, müşteriler için bu özellikleri kapsayan ürün veya hizmet kaliteli olarak kabul edilir. Müşteri açısından kalite, bir ürün veya hizmetin sadece bir yönüne ait olmayıp, farklı boyutlarıyla ilgilidir (Doğruer, 2005; 413).

Kalite kavramına ilişkin çok çeşitli tanımların olması, Garvin tarafından geliştirilen kalitenin sekiz temel boyutunun incelenmesi ile açıklanabilir (Garvin, 1984; 29-30 içinde: Evans ve Lindsay, 1993; 13):

1. *Performans*: Bir ürünün başlıca kullanım özellikleri.
2. *Özellikler*: Bir ürünü, rakip ürünlerinden ayıran, ürüne eklenen farklılıklar.
3. *Güvenilirlik*: Bir ürünün belirlenmiş olan kullanım süresi içinde performansının sürekliliği
4. *Uygunluk*: Bir ürünün fiziksel ve performans özelliklerinin önceden belirlenen standartlarla eşleşme derecesi.

5. *Dayanıklılık*: Ürün bozulmadan ya da yenisiyle değiştirmeyi tercih etmeden önce tüketicinin kullanım süresi.
6. *Servis imkanları*: Tamir kolaylığı, tamir hızı, tamir personelinin nezaketi ve yeterliliği.
7. *Estetik*: Ürünün görünümü, dokunulabilirliği, sesi, tadı veya kokusunun nasıl olduğu.
8. *Algılanan kalite*: Bir ürünün imajı, reklamı ya da markasından doğan kişisel değeri.

Yukarıda sıralanan kalite boyutları kaliteyi belirleyici olmaktadır. Bu özelliklerden birinin olmaması ya da yetersiz olması ürün ve hizmet kalitesini olumsuz etkiler. Kalite kavramı, bir ürün veya hizmet hakkında kullanıcıların değer yargılarının önemli bir göstergesidir. Kullanıcılar ürün veya hizmetin ihtiyaç ya da beklentilerini karşılaması ölçüsünde kaliteli veya kalitesiz kavramını kullanacaklardır (Tekin, 2006; 56-57).

1.4.Kaliteyi Oluşturan Unsurlar

Bir ürün veya hizmetin kalite özelliklerini; tüketicilerin istekleri, rekabet durumu, ürün veya hizmetin özellikleri, kullanılış amacı, fiyatı gibi birçok faktör belirler (Tekin, 2006; 57). Bu konudaki yazınla ilgili araştırmalara bakıldığında ürün veya hizmetin kalitesini oluşturan unsurların üç ana başlık altında yer aldığı görülmektedir.

1.4.1. Tasarım Kalitesi

Bir ürün veya hizmetin istenen özelliklere uygunluk derecesi onun tasarım kalitesini yansıtır. Tasarım kalitesi büyük çapta bireylerin zevk ve tercihleri ile gereksinimlerine yakından bağlıdır (Şimşek, 2002; 373).

Tasarım kalitesi, ürünün fiziksel yapısı ve özellikleri ile beraber tasarlanır. Tasarım kalitesi de fiziksel niteliklerde olduğu gibi boyut, hacim, ağırlık vb ölçülerle

belirlenebilir (Kobu, 1999; 472). Televizyon ekranlarının farklı boyutlarının olması, otomobillerin dizel, benzinli ve LPG'li çeşitlerinin veya düz ve otomatik vites seçeneklerinin olması tasarım kalitesine örnek olarak gösterilebilir.

Bir ürün veya hizmetin tasarım kalitesi, tüketici araştırmalarıyla başlar, tüketiciyi tatmin edecek bir ürün veya hizmet kalitesi ile sürdürülür. Ürün ve hizmet tasarım kalitesi geliştirilmesi süreci üretim işlemleriyle birlikte pazarlama ve satış sonrası hizmet ve tasarım işlemleri yapan personel arasındaki işbirliği ile sağlanır (Tekin, 2006; 57).

1.4.2.Uygunluk Kalitesi

Tüketicie sunulan ürün veya hizmetin, tasarım kalitesi ile belirlenen özelliklere uyma derecesidir (Şimşek, 2002; 373). Uygunluk kalitesini; kullanılan teçhizatın niteliği, çalışanların eğitim, beceri ve motivasyonları, tasarımın üretime uygunluğu, istenen uygunluğa ulaşmak için kontrol süreci ve gerektiğinde düzeltmelerin yapılması gibi durumlar etkiler (Doğruer, 2005; 415). Uygunluk kalitesi ölçülebilir bir özelliktir ve kalite çalışmaları daha çok uygunluk kalitesi üzerinde olmaktadır (Kuş, 1999; 5 içinde: Hayta 2008; 8).

Uygunluk kalitesini belirlemede nominal (hedef) değer ile tolerans adı altında iki göstergeden yararlanılır. Nominal değer, standartlarla belirlenen ve en az sapma ile ulaşılmak istenen uygunluktur. Tolerans ise, standart veya hedef değerden olan ve makul karşılanabilen sapmaları belirtir. Nominal değerlerle tolerans ne denli iyi anlaşılır ve korunabilirse uygunluk kalitesi o denli kolay ölçülebilir (Şimşek, 2002; 373).

1.4.3.Kullanım Kalitesi

Tüketicinin ürün veya hizmeti kullandığı sürede algıladığı kalite düzeyidir. Kullanım kalitesi mal veya hizmetin nihai kalitesidir. Üretilen ürünü tüketiciye en iyi şekilde sunmak, tüketiciye o ürünü seçtiği için tatmin duymasını sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar kullanım kalitesini etkiler (Tekin, 2006; 59).

Tüketicilerin bilinen ya da bilinmeyen ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanıp, tasarladıktan sonra belirlenen hedefler doğrultusunda üretilen ürünlerin, kaliteli olarak adlandırılması için ambalajlanması ve zamanında düzgün olarak teslim edilmesi gerekir. Bir buzdolabının müşteriye teslimi sırasında olabilecek en küçük bir hasar ürünün çekiciliğini bozabilir. Ayrıca satış sonrası servis, bakım ve onarım hizmetlerinin eksik olması da tüketicilerin o ürünün kaliteli olduğu hakkındaki düşüncesini etkiler (Yılmaz, 2007; 16).

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET VE HİZMET KALİTESİ

2.1.Hizmet Kavramı

İlk ekonomistler hizmetlere çok az dikkat çekmiş olup, hizmetlerin üretken olmadığını ve ekonomiye hiçbir katkısının bulunmadığını belirtmişlerdir. Adam Smith, 18. yüzyıldaki bir yazınında, tarım ve imalat gibi somut bir çıktının üretimi ile somut olmayan çıktının üretimi arasında ayırım yapmıştır. Doktorların, hukukçuların, askeri güçlerin ve araçların çabalarını “hiçbir ekonomik değeri olmayan verimsizlik” olarak tanımlamıştır (Smith, 1977; 430 içinde: Palmer, 1994; 1). 19. yüzyılın sonlarına doğru, Smith’in bu görüşünün yerine Alfred Marshall’ın (1890) hizmet alanındaki düşünceleri hakim olmaya başlamıştır. Marshall, eğer soyut hizmetler olmazsa, somut hizmet üretiminin hiç olmayabileceği görüşünü kabul etmiştir. Marshall’a göre, tarımsal ürün dağıtıcısı ürünlere bir değer katar, aşırı üretimin olduğu alanlarda taşıma ve dağıtım yapılmayan tarımsal üretim bir değer ifade etmemektir (Palmer, 1994; 1).

Ekonomiler geliştikçe hizmet sektörünün ekonomi içindeki payı giderek artmakta, hizmet pazarı ürün pazarını büyüklük bakımından geride bırakmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün ekonominin toplamı içindeki payı %70’lerin üzerine çıkmış durumdadır (İslamoğlu vd., 2006; 3).

Hizmetin tanımını yapmak oldukça zordur. Bunun nedenlerinden biri, malların pazarlanmasına rekabet üstünlüğü ya da tüketici tatmini katan ve mallarla birlikte sunulan hizmetlerle, mallardan bağımsız olarak sunulan ve tüketicilere fayda sağlayan hizmetler arasındaki farkı dikkate alacak tanımın kolay yapılamamasıdır. Bir diğer neden ise, malların insan ihtiyaçlarına yönelik oluşu ile hizmetlerin insanların sorunlarına yönelik oluşu arasındaki farkın kolay açıklanamamasıdır (İslamoğlu vd., 2006; 18).

Kelime anlamı olarak hizmet, birinin işini görme ya da birine yarayan işi yapma olarak tanımlanır (TDK,

<http://www.tdkterim.org.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=hizmet&ayn=tam>) Literatürde hizmet kavramına ilişkin çok çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Tarihsel bir süreç içinde hizmet kavramının tanımındaki değişim bir tablo 1'deki gibi gösterilebilir :

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar (... - 1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723 - 1790)	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J. B. Say (1767 - 1832)	Ürünlere 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

(Cowell, 1984; 21 içinde: Öztürk, 2007; 3)

Hizmet, bir tarafın karşı tarafa sunduğu, temelde soyut, herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan bir faaliyet ya da faydadır (Kotler ve Armstrong, 1989; 575).

Hizmet, kişi ve makinelerin insan ve araç gayretiyle yarattığı, müşterilere doğrudan fayda sağlayan, fiziksel varlığı olmayan uğraşlardır (Skinner, 1990 içinde: Okumuş ve Asil, 2007; 8).

Amerikan Pazarlama Birliği'ne göre hizmet, bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir (Ersöz vd., 2009; 19).

İktisat Terimleri Sözlüğü'ne göre hizmet, gereksinimleri karşılama ve üretildiği anda tüketilme özelliklerine sahip her türlü etkinliktir (TDK, <http://www.tdkterim.org.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=hizmet&ayn=tam>).

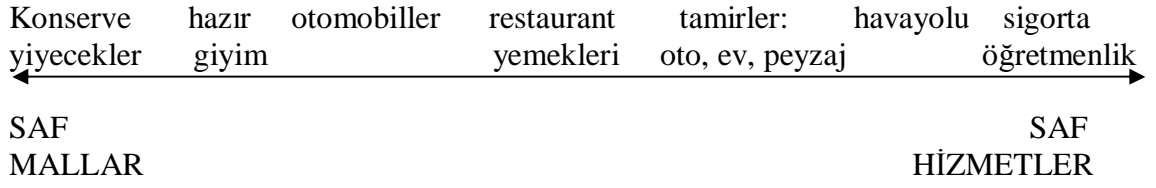
Hizmet, satışa sunulan faaliyetler, yararlar veya tatminlerdir (Tek, 1999; 342).

Hizmet, tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalardır (Mucuk, 1998; 215).

Hizmet, tüketicilerin yaşantılarından kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözen ya da çözümünü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ya da faydalar toplamıdır (İslamoğlu vd., 2006; 18).

Hizmetler, teknik sonuç ve fonksiyonel sonuç olmak üzere iki parçadan oluşmaktadır. Teknik sonuç, genellikle hizmetlerin ne olduğu ile ilgilidir yani hizmetin müşteriye ulaşmasıdır. Fonksiyonel sonuç ise sıklıkla hizmetin nasıl olduğu ile ilgilidir ve dağıtım sürecinden oluşmaktadır. Örneğin; bir restoranttaki hizmet sistemi düşünüldüğünde, teknik sonuç müşteriler tarafından yenen yemektir. Fonksiyonel sonuç ise müşterinin restoranta oturup, sipariş vermesi ile başlar. Tüm hizmet sistemleri, teknik ve fonksiyonel sonuç kapsamında tanımlanabilir (Strawderman ve Koubek, 2008; 455).

Hizmetler, tüketici gereksinme ve isteğini karşılayan fiziksel mallara bağlı olarak sunulabilir ya da daha soyut bir biçimde, fiziksel bir maldan bağımsız olarak saf biçimde sunulabilir. Fiziksel mallar ve onlara bağlı olan hizmetler birbirlerinden keskin çizgilerle kolayca ayrılamazlar (Şekil 1). Fiziksel malların çoğunda çeşitli derecelerde hizmet ögesi yer alır (Tenekecioğlu vd., 2008; 145). Örneğin, bir avukat fiziksel bir mala ihtiyaç duymadan hizmet verebilir. Öte yandan bir doktor, hastasına doğru teşhisi koyabilmek için çeşitli tanıya yardımcı araçlar kullanmak zorunda kalabilir.



Şekil 1: Mallar ve Hizmetler Dizisi (Stanton vd., 1994; 486)

2.2. Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar

Girdilerin mal veya hizmet şeklinde mamule dönüştürülmesine üretim süreci denmektedir. Bu sürecin sonunda ortaya çıkartılan mamul somut ise “mal üretimi”, soyut mal ise “hizmet üretimi” söz konusu olur (Mucuk, 1998; 214).

Pazarlama karması bazında, mallar ile hizmetler arasındaki temel farklılıklar tablo 2’de gösterilmiştir (İslamoğlu vd., 2006; 17):

Tablo 2: Mallarla Hizmetler Arasındaki Farklılıklar

	MALLAR	HİZMETLER
Felsefe	Pazarda hangi ihtiyaçlar var ve bu ihtiyaçlar ne tür mallarla karşılanabilir sorusundan hareket edilir. Üreticiler standart ürünleri belirli merkezlerde üretir ve dağıtırlar.	Tüketicilerin sorunlarından hareket edilir ve bu sorunları karşılayacak hizmetlerin neler olabileceği düşünülür. Dağıtım tüketicilerle ilişki biçiminde yürütülür.
Araştırma ve Geliştirme	Uzun süreçlere ve maliyetlere dayalı araştırmalara gerek vardır. Risk yüksektir. Gizli çalışma bir zorunluluktur. Özel isteklere göre ürün dizayn etme maliyeti yüksektir. Patent haklarını korumak kolaydır.	Bilinen teknolojilere dayalı ve araştırma yapmaya fazla gerek duyulmayan, kopya etmeye ya da uyarlamaya dayalı ticari geliştirme hakimdir.
Sermaye	Genellikle yoğun sermaye ihtiyacı vardır. Planlama zaman bakımından önemlidir. Ekipman, teknoloji ve üretim kapasitesi önemlidir. Giriş engelleri daha kolay oluşturulabilir.	Genellikle daha düşük yatırıma gerek duyulur. Sermaye daha yüksek dönüşümlüdür. Giriş engelleri oluşturmak daha zordur.

Hammade	Fiyat yüksek ve değişkendir. Ekonomik ve siyasi durum etkilidir. Enerji önemli ve maliyeti yüksektir.	Ekonomik ve siyasi duruma daha az bağımlıdır. Üretim için daha az önemlidir.
Üretim	Teknolojiye bağımlıdır. Üreticinin aracı ve tüketici ile yüzyüze gelmesini gerektirmeyen bir üretim ve dağıtım vardır.	Teknolojiye daha az bağımlıdır. Üretici ile tüketicinin yüzyüze gelmesini gerektiren bir üretim ve dağıtım vardır.
Fiyatlama	Maliyete, talebe ve rekabete yönelik bir fiyatlandırma vardır. Fiyat artırmak zordur. Fiyat düşürmek rakiplerin stratejilerine bağlıdır.	Faydaya ve değere dayalı fiyatlandırma vardır. Karşılaştırmak zor olduğundan farklılaşma daha kolaydır.
Tutundurma	Elle tutulabilir ürün vardır. İmaj, markaların daha çok fiyat, tutundurma ve dağıtım özelliklerine bağlıdır.	Elle tutulamazlar. İmaj, daha çok kavramsal ve duygusal motiflere bağlıdır.

(İslamoğlu vd., 2006; 17)

2.3.Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetlerin kapsam ve türlerinin çok çeşitli olması nedeniyle literatürde çok sayıda pazarlama uzmanı birbirinden farklı hizmet sınıflandırması yapmıştır.

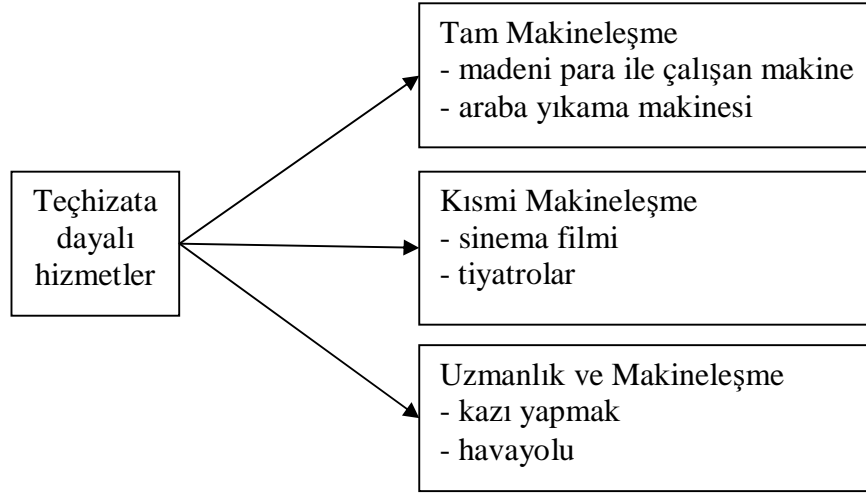
Stanton ve arkadaşları hizmetleri iki gruba ayırmışlardır (Stanton vd., 1994; 486):

1. *İşlemin ana amacı ya da hedefidir.* Örneğin; araba kiralama firmasının, kiralama hizmeti verebilmesi için önce arabalarının (somut mal) olması gerekir. Araba kiralamak isteyen kişi, kullanım bedelini ödeyerek arabayı kullanır ve bir hizmet satın alır fakat arabanın sahibi olmaz.
2. *Somut bir malın ya da bir diğer hizmetin satışını kolaylaştıran ya da destekleyen tamamlayıcı hizmetlerden oluşmaktadır.* Örneğin; CD çalar alan bir kişi, satış

elemanından kredi kartı ile ödeme avantajlarına ilişkin bilgi veya teknik bilgi hizmeti isteyebilir.

Kotler ve Armstrong hizmetleri dört grupta sınıflandırmışlardır (Kotler ve Armstrong, 1989;576):

1. *Üretimi insana ya da teçhizata (makine) dayalı hizmetler:* Teçhizata dayalı hizmetler; tam veya kısmi makineleşme ya da uzmanlık ve makineleşme gerektiren hizmetlerdir. İnsana dayalı hizmetler; profesyoneller veya uzmanlık gerektiren ya da gerektirmeyen kişiler tarafından sağlanan hizmetlerdir (Şekil 2).



Şekil 2: Üretimi İnsana ya da Teçhizata Dayalı Hizmetler
(Kotler ve Armstrong, 1989; 576)

2. *Üretimi sırasında müşterinin hazır bulunup bulunmamasına dayalı hizmetler:* Örneğin; birey, doktora muayene olacağı zaman hizmetin sunulacağı yerde bulunması gerekir fakat arabasını tamir ettireceğinde bulunması gerekmez.
3. *Kişisel gereksinimlerin ya da iş gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hizmetler:* Örneğin; eğitim, sağlık gibi hizmetler kişisel ihtiyaçları karşılamaya yöneliktir. Kurumların gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak ise danışmanlık, temizlik ve bakım hizmetleri sayılabilir.

4. *Hizmet sağlayıcılarının amaçlarına (kar amaçlı olan ya da olmayan) ve mülkiyetine (devlet ya da özel) göre hizmetler:* Özel bir hastane kar amaçlı hizmet sunarken, vakıfların veya sivil toplum örgütlerinin sundukları hizmetler kar amaçlı değildir. Örneğin, hastane, okul, bakım evi gibi hizmet veren kurumlar kar amacı gütmeyen bu kurumlar tarafından işletilebilir.

Lovelock tarafından hizmetler, altı ana başlık altında toplanmıştır:

1. *Hizmet İşleminin Yapısına Göre Sınıflandırma:* Hizmet alıcısının kim ya da ne olduğu ile hizmetin soyut ya da somut olmasına göre dört grupta toplanır (Tablo 3).

Tablo 3: Hizmet İşleminin Yapısına Göre Sınıflandırılması

Hizmet İşleminin Yapısı	Hizmetin Direkt Alıcılarının Kim ya da Ne Olduğu	
	İnsan	Eşyalar
Somut Eylemler	<i>İnsan vücuduna yönelik hizmetler</i>	<i>Mal ya da diğer fiziksel eşyalara yönelik hizmetler</i>
	Sağlık bakımı Yolcu taşıma Güzellik salonları Restoranlar Kuaförler	Yük taşıma Tamir ve bakım Odacılık hizmetleri Veterinerlik hizmeti Kuru temizleme
Soyut Eylemler	<i>İnsan zihnine yönelik hizmetler</i>	<i>Soyut kıymetlere yönelik hizmetler</i>
	Eğitim İletişim hizmetleri Tiyatrolar Müzeler Yayıncılık	Banka Hukuksal hizmetler Güvenlik Sigorta Muhasebecilik

(Lovelock, 1991; 26)

2. *Hizmet İşletmesinin Müşterileri İle İlişkisine Göre Sınıflandırma*: Hizmet sunumunun sürekli ya da aralıklı olması ile müşteriler ile işletme arasında resmi ya da resmi olmayan bir ilişki olmasına göre tablo dört grupta toplanır (Tablo 4).

Tablo 4: Hizmet İşletmesinin Müşterileri İle İlişkisine Göre Sınıflandırma

Hizmet Sunumunun Yapısı	Hizmet İşletmesinin Müşterileri ile Arasındaki İlişkinin Tipi	
	Üyelik İlişkisi	Resmi Olmayan İlişki
Hizmetin Sürekli Olması	Sigortacılık Bankacılık Kablolu TV Aboneliği	Radyo istasyonu Karayolları Polis koruması
Hizmetin Aralıklı Olması	Seyahat kartı (otobüs firmalarının) Tiyatro aboneliği Garanti süresi içindeki tamirat	Araba kiralama Restoran Tiyatro, Sinema Otobanlar

(Lovelock, 1991; 28)

3. *Hizmet İşletmelerinin Esnekliğine ve İnsiyatifine Göre Sınıflandırma*: Hizmeti sunan kişinin, müşterinin gereksinimlerini karşılamada sahip olduğu insiyatifin düşük ya da yüksek olması ile hizmet özelliklerinin esnekliğinin düşük ya da yüksek olmasına göre tablo dört grupta toplanır (Tablo 5).

Tablo 5: Hizmet İşletmelerinin Esnekliğine ve İnsiyatifine Göre Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmet Sunan Kişinin İnsiyatifine Göre	Hizmet Özelliklerinin Esnekliğine Göre	
	Yüksek	Düşük
Yüksek	Sağlık hizmeti Hukuk hizmetleri Taksi hizmetleri Eğitim (birebir eğitim)	Eğitim (büyük sınıflarda) Koruyucu sağlık hizmetleri
Düşük	Telefon hizmetleri Otelcilik hizmetleri Kaliteli restoranlar	Toplu taşımacılık Fast-food restoran Tiyatro, Sinema Gösteri amaçlı spor

(Lovelock, 1991; 30)

4. *Hizmet Talebinin Yapısına Göre Sınıflandırma*: Talepteki dalgalanmanın geniş ya da dar olması ile işletmenin talebi karşılama durumuna göre dört grupta toplanır (Tablo 6).

Tablo 6: Hizmet Talebinin Yapısına Göre Sınıflandırma

Talebi Karşılama Durumu	Talepteki Dalgalanma Düzeyi	
	Geniş	Dar
Yükselmiş olan talep genellikle gecikme olmaksızın karşılanabilir	Elektrik Doğal gaz Telefon Polis ve itfaiye	Sigorta Hukuk hizmetleri Bankacılık Kuru temizleme
Yükselmiş olan talep devamlı olarak kapasiteyi aşar	Yolcu taşımacılığı Otellet Restoranlar Tiyatrolar	(Yukarıdaki hizmetler ile aynıdır fakat talebi karşılayacak olan firmanın kapasitesi yetersizdir)

(Lovelock, 1991; 32)

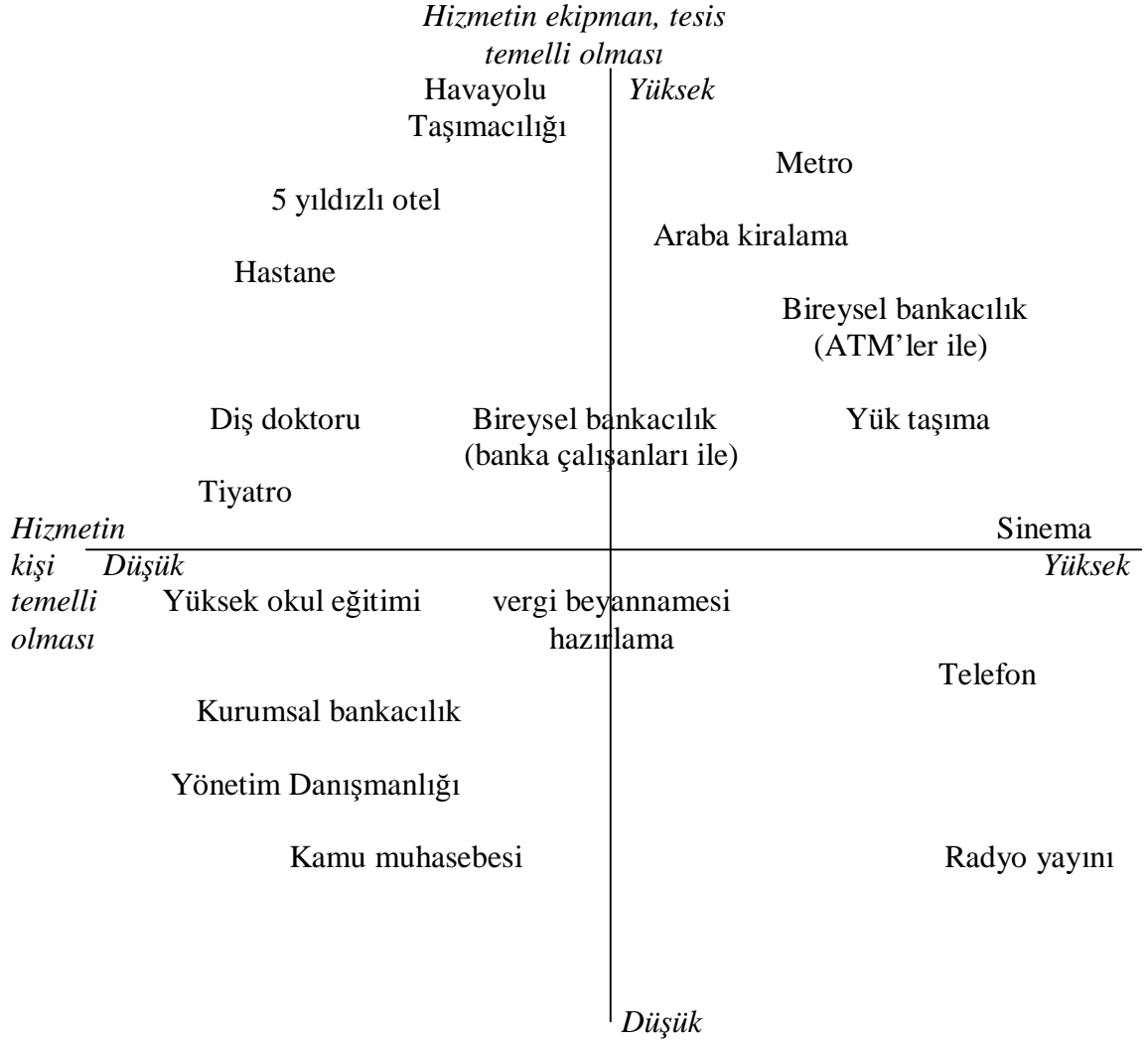
5. *Hizmetin Sunum Şekline Göre Sınıflandırma*: Hizmet işletmesi ile müşteri arasındaki etkileşimin yapısı ve hizmet sunum merkezlerinin kullanımına göre dört grupta sınıflandırılır (Tablo 7).

Tablo 7: Hizmetin Sunum Şekline Göre Sınıflandırma

Hizmet İşletmesi ile Müşteri Arasındaki Etkileşimin Yapısı	Hizmet Sunum Merkezlerinin Kullanımı	
	Belirli Bir Bölgede	Birden Fazla Bölgede
Müşteri hizmet işletmesine gider	Tiyatro Berber	Otobüs hizmeti Fast-food zinciri
Hizmet işletmesi müşteriye gelir	Çim bakım hizmeti Böcek ilaçlama hizmeti Taksi	Posta dağıtımı Acil onarımlar
Müşteri ile hizmet işletmesi karşı karşıya gelmez (posta ya da elektronik iletişim)	Kredi kartı şirketi Yerel TV istasyonu	Yayın şebekesi Telefon şirketi

(Lovelock, 1991; 33)

6. *Hizmet Ürününün Niteliklerine Göre Sınıflandırma*: Hizmetin ekipman, tesis temelli ya da kişi temelli olmasına göre gruplandırılır (Şekil 3).



Şekil 3: Hizmet Ürününün Niteliklerine Göre Sınıflandırma (Lovelock, 1991; 35)

Doyle (2002), hizmetleri sekiz grupta toplayarak sınıflandırmıştır (Tablo 8):

Tablo 8: Doyle'e Göre Hizmetlerin Sınıflandırılması

SINIF	ÖRNEK
Mülkiyet Kamu Özel	Sağlık, Güvenlik Bankacılık, Ulaştırma

Amaçlar Kar amaçlı Kar amaçsız	Kuaförlük hizmetleri, Sigortacılık Eğitim, Hayır işleri
Rekabet derecesi Tekel (Monopol) Rekabetçi	Su, Elektrik dağıtımı Danışmanlık, Finansal hizmetler
Pazarın Tipi Tüketici Endüstriyel	Perakende, Çocuk bakımı Reklam, Danışmanlık
Gelir Kaynağı Tüketiciler Bağışlar Vergiler	Hava taşımacılığı, Kuru temizleme Hayır kurumları Güvenlik, Sağlık
Müşteri Teması Yüksek Düşük	Sağlık, Kuaför Posta, Otopark
Çalışanların Niteliği Nitelikli Niteliksiz	Avukatlık, Muhasebe Ev temizliği, Hamallık
Üretim Faktörü Yoğunluğu Emek yoğun Sermaye yoğun	Eğitim, Sağlık İletişim, Kamu taşımacılığı

(Doyle, 2002; 341 içinde: Özer ve Özdemir, 2007; 15)

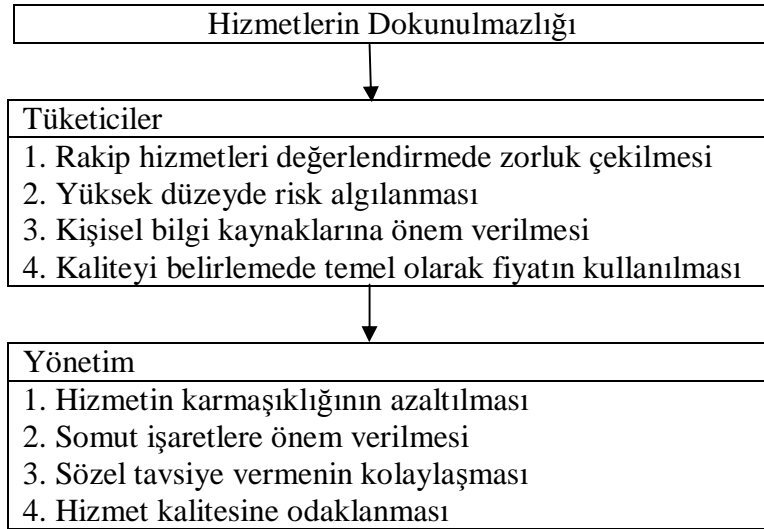
2.4.Hizmetlerin Özellikleri

Hizmetleri, fiziksel mallardan farklı kılan belirli ayırt edici nitelikler mevcuttur. Fiziksel mallar, mülkiyetleri alınarak işlem görürler, alınıp, satılabilirler, devredilebilir, depolanabilir ve farklı zamanlarda kullanılmak üzere saklanabilirler. Oysa hizmetlerin bu tür özellikleri yoktur (Bayuk, <http://www.akademikbakis.org/pdfs/10/HizmetPazarlamasi.doc>).

Hizmetleri mallardan ayıran özellikler, *hizmet karakteristikleri* olarak da ifade edilir. Bunlar aşağıda açıklanacağı üzere hizmetlerin soyut olması, üretim ve tüketiminin aynı anda olması, özdeş olmaması, depolanamaması ve mülkiyetinin olmamasıdır.

2.4.1.Hizmetlerin Soyutluk (Elle Tutulamama) Özelliği (intangibility)

Fiziksel mallarla hizmetler arasındaki en temel fark hizmetlerin soyut olmasıdır yani elle tutulur, gözle görülür değildir; dokunulamazdır. Hizmeti satın alacak kişi bu hizmete dokunamaz, somut olarak göremez, koklayamaz, tadına bakamaz, sesini duyamaz (Tenekecioğlu vd., 2008; 146). Bu nedenle hizmetler soyut aktiviteler olsalar da somut unsurlarla desteklenirler. Hizmet sunucuları, soyut unsurlara fiziki delil ve hayal gücü ekleyerek tüketici zihninde hizmeti somutlaştırmaya çalışırlar (Kotler, 2000; 430). Örneğin; bir sigorta şirketi, soyut sigorta hizmetini, somut bir takım objelerle ilişkilendirerek somutlaştırabilmektedir. “X sigorta şirketi ile güvenli **ellerdesiniz**” sloganında olduğu gibi sigorta hizmetini somutlaştırarak müşterilerin zihninde algılanmasını kolaylaştırmaktadır (Değermen, 2006; 8).

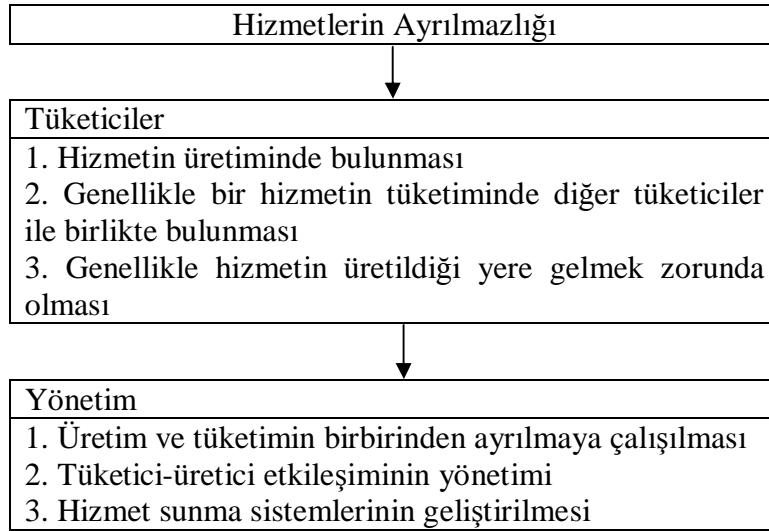


Şekil 4: Hizmetlerin Dokunulmazlık Özelliğinin Bazı Sonuçları (Palmer, 1994; 4)

2.4.2.Hizmetlerin Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim (Ayrılmazlık) Özelliği (inseparability)

Somut bir malın üretimi ile tüketimi iki ayrı faaliyettir. Üreticiler genellikle merkez bir yerde malları üretirler ve sonra onları tüketicilerin satın almak istedikleri yerlere ulaştırırlar yani somut mallarda üretim ve tüketim birbirinden ayrılabilir

(Palmer, 1994; 4). Oysa hizmet satılana kadar üretilmez. Bu da, müşterinin hizmet üretiminde bulunması hatta üretim sürecinin bir parçası olması anlamına gelir. Pazarlama açısından üretim ve tüketimin ayrılmazlığı ilkesi, hizmetlerde doğrudan satışı genellikle mümkün olan tek dağıtım kanalı haline getirmektedir ve birçok hizmet aynı anda birden fazla pazarda satılamamaktadır. Bu özellik verilen hizmetin hacmini de kısıtlamaktadır. Örneğin, bir tamircinin günde tamir edebileceği otomobil sayısı ya da bir doktorun günde bakabileceği hasta sayısı sınırlıdır (Öztürk, 2007; 21).

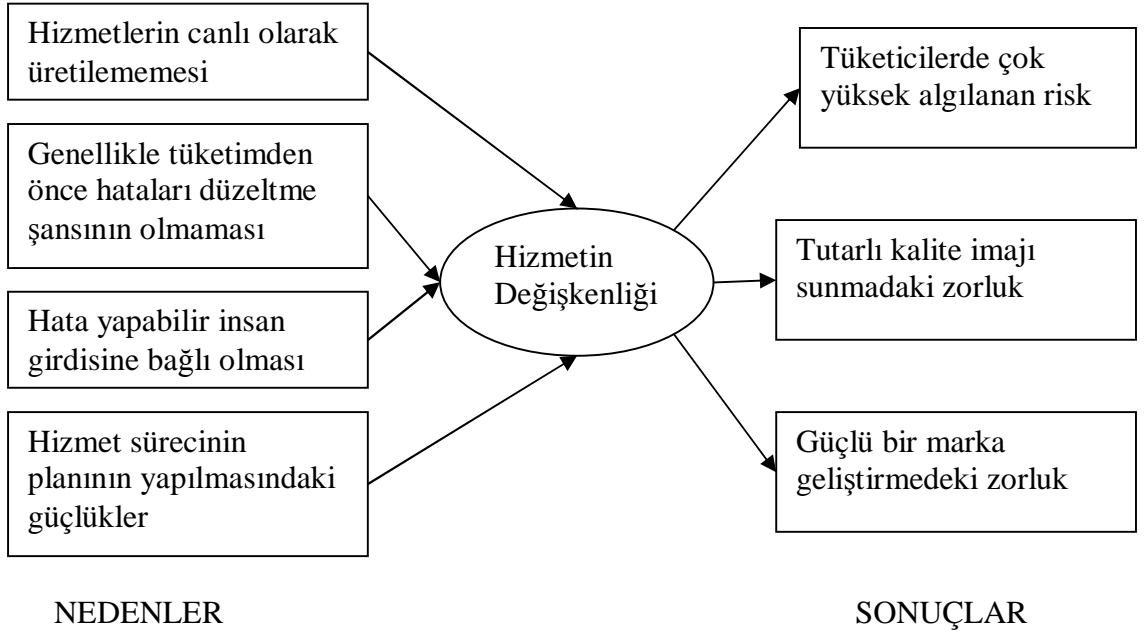


Şekil 5: Hizmetlerin Ayrılmazlık Özelliğinin Bazı Sonuçları (Palmer, 1994; 5)

2.4.3. Hizmetlerin Değişkenlik (Türdeş Olmama) Özelliği (variability)

Heterojenlik, sunulan hizmetlerin aynı standartlıkta olmamasına neden olmaktadır yani hizmet insan gücüne dayandığından, gerek hizmet personeli gerekse müşteri algısı ve müşterilerin kendileri hizmette dalgalanmalara neden olabilir (Eser, 2007; 11).

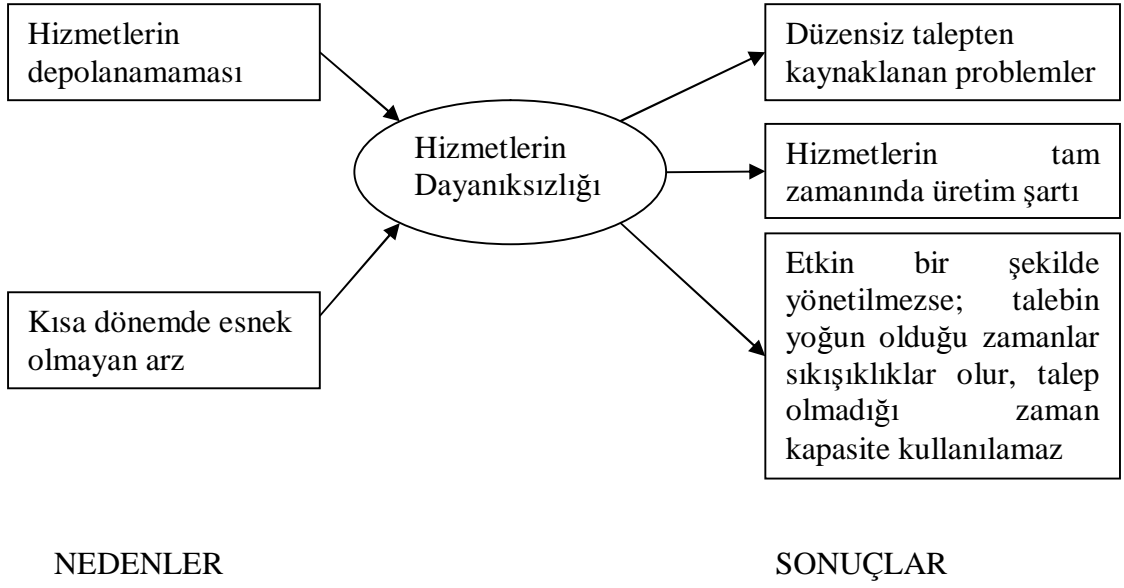
Başka bir deyişle, hizmetlerin kalitesi, hizmeti sunan kişilere ve hizmetin nasıl ve nerede sunulduğuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Kotler ve Armstrong, 1989; 578). Örneğin; bir tur işletmesi aynı tur paketini farklı zamanlarda hem aynı standartta sunamaz hem de aynı tur paketi farklı tüketicileri aynı ölçüde tatmin edemez (İslamoğlu vd., 2006; 20).



Şekil 6: Hizmetlerde Değişkenliğin Neden ve Sonuçları
(Palmer, 2005; 23 içinde: Eser, 2007; 12)

2.4.4. Hizmetlerin Dayanıksızlık (Bozulurluk) Özelliği (perishability)

Soyut olmanın bir sonucu olarak hizmetler, sunulmazdan önce ve sunulduktan sonra varlıklarını koruyamazlar yani hizmetler daha sonra gerçekleştirilecek bir satış için depolanamazlar. Hizmetler sunuldukları sırada kullanılmazlarsa başka bir zaman kullanıma sunulamayıp boşa harcanırlar (Tenekecioğlu vd., 2008; 146). Hizmetlerin üretimden sonra depolanamaması nedeniyle önemli ekonomik kayıplar ortaya çıkar. Müşteri için hazırlanan bir otel odası, müşteri gelmemesi halinde kullanılmayacağı için, kullanıma hazır hale getirmek için yapılan oda hizmeti boşa gitmiş olacaktır. Ancak oda kullanılmasa da, kullanılmaya hazır hale getirilmesi ile hizmet gerçekleşmiştir (Mucuk, 1998; 215).



Şekil 7: Hizmetlerin Dayanıksızlığının Neden ve Sonuçları
(Palmer, 2005; 22 içinde: Eser, 2007; 10)

2.4.5. Hizmetlerin Mülkiyet (Sahiplik) Özelliği (ownership)

Bir hizmete sahip olamamak, hizmetlerin soyut olması ve dayanıksızlık özelliği ile ilgilidir (Palmer, 1994; 6). Malların satın alınmasında malın mülkiyeti satıcıdan alıcıya geçer. Buna karşın hizmetler yerine getirildiğinde alıcıya hiçbir mülkiyet geçmez (Aydın, <http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf>). 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).

2.5. Hizmet Kalitesi

Ekonominin iyi gittiğini ya da bir firmanın iyi işlediğini gösteren performans kriterleri ve bunların önem dereceleri her an değişmektedir. Ekonomi, teorilerdekinden ve ölçümlerdekenden daha dinamik ve değişkendir. Firmalar için kaynakların önemi değişebildiği gibi ülkeler içinde sektörlerin ve göstergelerin ekonomideki ağırlıkları değişmekte, böylece ölçülecek değerler ve birimleri de değişmektedir. Firmaların kar

düzeylerini gösteren yıllık üretimleri, karlılık gibi geleneksel performans göstergelerinin yerini sahip olunan ve üretilen bilgi, teknolojinin kullanımı, tüketicilerin tatmini, hizmetin kalitesi, güvencesi, çevreye katkı gibi kriterler almıştır (Çiçek ve Doğan 2009; 199). Somut olan, ölçülmesi daha kolay olan kriterlerin yerine, daha az somut olan ya da somut olmayan, ölçülmesi ve modellenmesi zor olan kriterler ön plana çıkmıştır (Türkyılmaz ve Özkan, 2005; 73).

1800'lü yıllarda hizmetler, verimli olmayan faaliyetler şeklinde tanımlanırken günümüzde hizmet sektörünün ekonomi içindeki payı giderek artmıştır. Özellikle haberleşme, ulaşım, eğitim, sağlık ve finansman sektörleri ekonomik gelişmede lider konumdadır. Ülkemizde 2008 yılı verileri ile sanayi sektörünün Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki payı %26,8 iken hizmet sektörünün GSYH içindeki payı %64'e ulaşmıştır (<http://tuikapp.tuik.gov.tr/ulusalgostergeler/tabloOlustur.do>).

Önemli bir diğer unsur ise sanayi sektörünün de gittikçe artan ölçüde hizmet işletmelerine bağlı hale gelmesidir. Günümüzde, sanayi sektörünün rekabet avantajları, üretilen ürünün özelliklerinden ziyade üretilen ürünle ilgili hizmetlerde gösterilen başarıya bağlı olmaktadır. Bunlar arasında, tüketici problemlerinin çözümü, ürün dağıtımının hızı, satış sonrası hizmetler gelmektedir (http://www.ekodiyalog.com/Hizmet_Ekonomisi/hizmet_ekonomisi_gelistimi.html).

Bugün rakipleri ile rekabet ederek hayatta kalan ve başarı için gerekli stratejileri belirleyen işletmeler, hizmet kalitesine ulaşmış demektir. Yönetimsel ve akademik çabalar açısından hizmet kalitesinin temel önemi, müşteri beklentilerini karşılayan stratejiler geliştirmek ve müşteriler için hizmet kalitesinin ne olduğunu belirlemek üzerine odaklanmaktır (Zeithaml vd., 1996; 31). İşletmeler, müşteri gereksinimini beklemeden, tüketicilerin beklentilerini aşacak kalitede ürün ve hizmetlerde farklılaşma yaratarak rakiplerinden bir adım öne geçmek, pazar paylarını artırmak durumundadırlar.

2.6.Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet sektörünün ülke içindeki payının artmasının yanı sıra hizmet sunan işletme sayısı ile birlikte yoğunlaşan rekabet, firmaları sundukları hizmetlerde kalite anlayışını benimsemeye itmiştir. Somut ürünlerde uygulaması kolay olan kalite kavramının hizmet gibi soyut ürünlerde uygulanmasında güçlüklerle karşılaşmıştır. Bu güçlük hizmetin soyut olmasından, üretim ve tüketimin eş zamanlı yapılmasından, hizmetin üretenden ayrılamayışından kaynaklanmaktadır (Ardıç ve Sadaklıoğlu, 2009; 170). Hizmetlerin kalitesi, ürünlerin sunulmadan önce kalitelerinin kontrol edilebilmelerinin olanaklı olmasının aksine hizmetleri kullanan müşterilerin beklentileri ile algılamalarına göre, genellikle subjektif bir yargı değerlendirmesinin sonucu olarak belirlenmektedir (Gürbüz ve Ergülen, 2006; 174).

Literatürde hizmet kalitesinin tanımına ilişkin tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. En geniş anlamda hizmet kalitesi, tüketici beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir. Bir diğer tanıma göre hizmet kalitesi, bir işletmenin müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneğidir (Odabaşı, 2004; 93).

Hizmet kalitesinin ölçüsü tüketici algılamalarıdır. Algılanan hizmet kalitesi tüketicilerin algıları ile beklentileri arasındaki farklılığın derecesi ve yönü olarak incelenmektedir. Algılanan kalite; bir ürün ve ya hizmetin tamamının mükemmelliğine veya üstünlüğüne ilişkin tüketicinin fikrini yansıtmakta ve algılanan kalitenin unsurlarını belirlemenin kolay gerçekleştirilemeyeceği bilinmektedir. Algılanan kalite, bir varlığın bütünsel mükemmelliği veya önceliği hakkında tüketicinin yargılarıdır. Performans algısıyla, beklentilerin karşılaştırılmasıdır ve bir memnuniyetten daha çok, bir tutum şeklidir (Parasuraman vd., 1988; 15).

Verilen bir hizmetin algılanan kalitesi, hizmeti alan ve algılayan tüketicinin beklentileri ile algılarının uyumlaştığı bir değerlendirme sürecinin sonucu olarak açıklanabilir. Tüketici beklenen hizmete karşı algılanan hizmeti ifade eder. Bu sürecin sonunda algılanan hizmet kalitesi oluşmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesi iki

değişkene bağlıdır: Beklenen Hizmet ve Algılanan Hizmet (Grönroos, 1984; 37 içinde: Gürbüz ve Ergülen, 2006; 175).

Tüketicilerin beledikleri hizmet (BH), algıladıkları hizmetten (AH) büyük olursa (BH>AH); algılanan hizmet kalitesi tatmin edici olmayacaktır. Bekledikleri hizmet ile algıladıkları hizmet eşit olursa (BH=AH); algılanan hizmet kalitesi tatmin edici olacaktır. Bekledikleri hizmet algıladıkları hizmetten küçük olursa (BH<AH); algılanan hizmet kalitesi daha fazla tatmin edici olacaktır ve ideal kaliteye doğru yönelme olacaktır (Parasuraman vd., 1985; 48-49).

Hizmet kalitesine ilişkin literatür incelendiğinde, temel teşkil eden üç sonuca ulaşılmaktadır (Parasuraman vd., 1985; 42):

- Tüketiciler için hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ürün kalitesini değerlendirmekten daha zordur.
- Hizmet kalitesi algılamaları, tüketici beklentilerinin gerçekleşen hizmet performansı ile karşılaştırılmasının sonucudur.
- Kaliteye ilişkin değerlendirmeler sadece hizmet çıktısına bakılarak yapılmamaktadır. Aynı zamanda hizmet sunumu sürecinin de değerlendirmesini içermektedir.

Uygulamada hizmet kalitesindeki gelişmelerin, işletmelere daha fazla yeni müşteri kazandırdığı, mevcut müşteri ile iş hacmini ve işletmenin rekabet gücünü artırdığını ve hataların önlenmesi için harcanan emek ve maliyetleri azalttığı görülmektedir. Bu bakımdan hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır (Zerenler ve Ögüt, 2007; 502).

2.7.Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesinin hangi boyutlarda nasıl değerlendirileceği konusunda değişik görüşler vardır. Ancak, bu görüşler arasındaki farklılık tutarsızlık olarak değil, zenginlik ve farklı değerlendirilebilirlik olarak algılanmalıdır (İslamoğlu vd., 2006; 143). Kaliteye

ilişkin boyutlar, hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılabilmesine ve müşterilerin hizmetin hangi unsurlarından tatmin olup olmadığının kavranmasına ışık tutmaktadır (Ardıç ve Baş, <http://paribus.tr.googlepages.com/ardic08.doc>).

Swan ve Comb (1976), hizmet kalitesinin iki önemli boyutunu belirlemişlerdir. *Araçsal boyut*, hizmetlerin fiziksel yönleri ile ilgilidir. *Anlamsal boyut*, hizmetlerin soyutluğu ya da psikolojik yönü ile ilgilidir (Palmer, 1994; 174).

Sasser, Olsen ve Wyckoff (1978), hizmet kalitesi boyutlarını malzeme, imkanlar ve personel düzeyi olmak üzere üç boyutta tanımlamıştır. *Malzeme düzeyi*, üretimde kullanılan malzemenin niteliğini; *imkanlar*, hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç gibi teknik olanaklar; *personel düzeyi* ise hizmeti veren personelin tutum ve davranışlarını ifade etmektedir (Bulgan, 2002; 17 içinde: Koraşlı, 2008; 24).

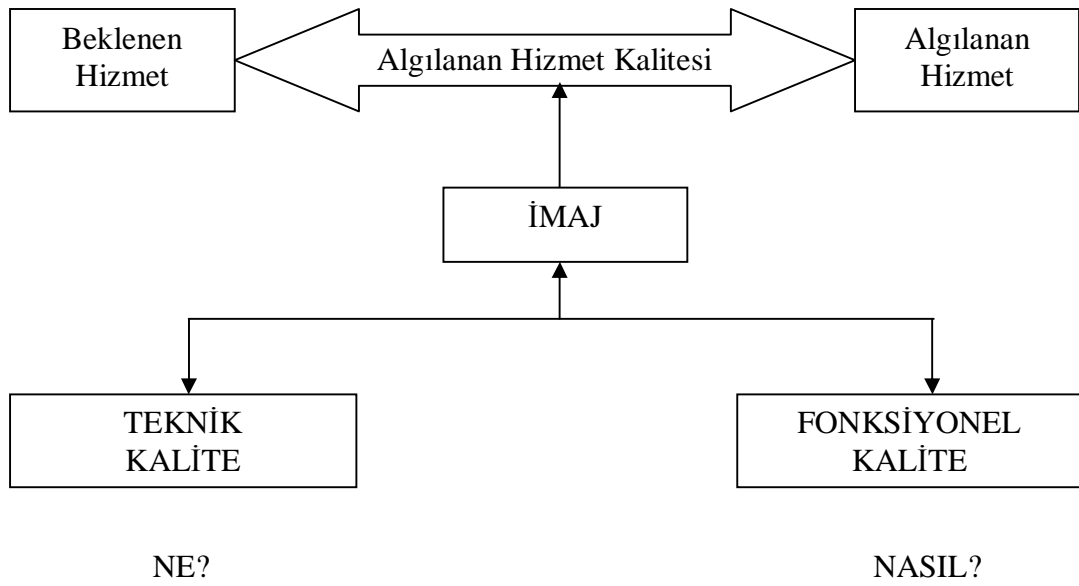
Lehtinen ve Lehtinen (1982), hizmet kalitesini üç boyutta incelemiştir: *Fiziksel kalite*, hizmetlerin teçhizat, bina gibi fiziksel görünüşlerini kapsar. *Şirket kalitesi*, firmanın imajını ya da profilini yansıtmaktadır. *Etkileşim kalitesi*, tüketiciler ile çalışanlar arasındaki ilişki sonucu oluşur. Etkileşim kalitesi, müşteriler ile hizmet veren personel arasında olabileceği gibi müşteri ile diğer müşteriler arasında da oluşabilmektedir. (Parasuraman vd., 1985; 43).

Grönroos(1984), hizmet kalitesini üç boyutta incelemiştir:

1. *Teknik kalite*, hizmet sunum sürecinde tüketicinin “ne” aldığı ile ilgilidir, tüketicilere sunulan hizmetin kalite boyutunu ifade etmektedir. Tüketiciler, teknik kaliteyi objektif bir şekilde değerlendirebilirler (Okumuş ve Asil, 2008; 12-13; Devebakan, 2005; 11).
2. *Fonksiyonel kalite*, hizmeti alma süreci ile ilgilidir (Gülmez ve Kitapçı, 2008; 168). Hizmet işletmeleri tarafından verilen hizmetin tüketicilere “nasıl” ulaştırıldığı ve/veya sunulduğu sorusunu cevaplayan kalite boyutudur. Fonksiyonel kalite, tüketiciler tarafından objektif değerlendirilemez yani fonksiyonel kalite müşteriler tarafından subjektif bir şekilde algılanır ve teknik

kalite gibi kolayca değerlendirilemez. (Okumuş ve Asil, 2008; 12-13; Devebakan, 2005; 11).

3. *İşletme imajı* ise hizmet üreten firmanın tüketiciler tarafından nasıl algılandığının bir sonucudur. İşletme imajının teknik ve fonksiyonel kalitenin bir sonucu olması nedeniyle, işletme imajının yükseltilmesi ve dolayısıyla hizmetin toplam kalitesinin yükseltilmesi için teknik ve fonksiyonel kalitenin bir arada değerlendirilmesi gerekir (Okumuş ve Asil, 2008; 12-13; Devebakan, 2005; 11).



Şekil 8: Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli (Nordic Model)

(Grönroos, 1984; 40 içinde: Brady ve Cronin, 2001; 35)

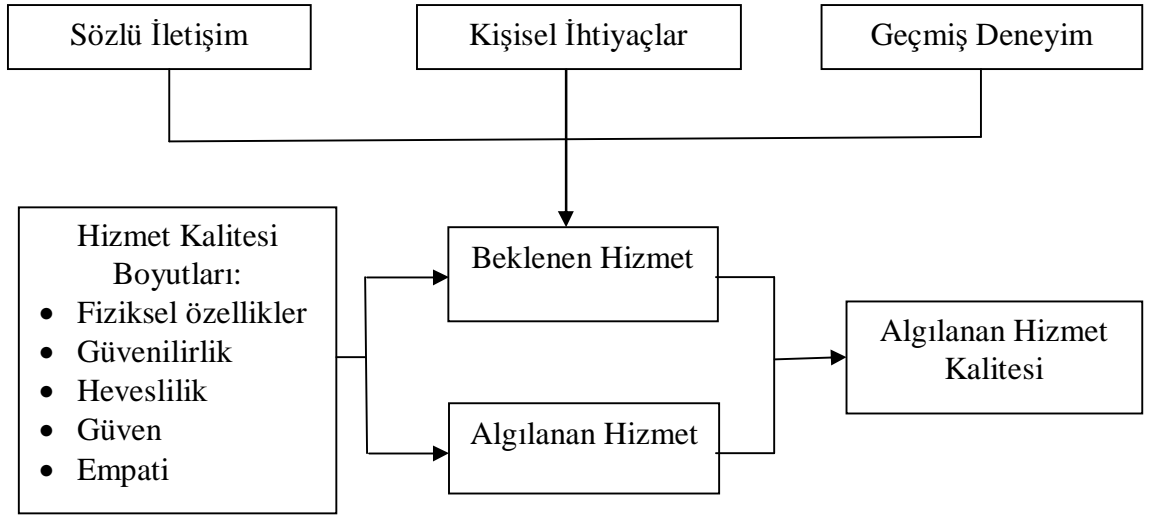
Hizmet kalitesi boyutlarını ortaya koyan ve genel kabul gören en önemli çalışma Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından yapılmıştır. Hizmet tipine bakılmadan hizmetler için temel kriterler oluşturulmuş ve bu kriterler tablo 9'da da görülebileceği üzere on ana kategoride toplanmıştır. Bunlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenlik, ulaşılabilirlik, anlayış ve iletişimidir (Okumuş ve Duygun, 2008; 19).

Tablo 9: Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e Göre Hizmet Kalitesi Boyutları

BOYUTLAR	AÇIKLAMA
Fiziksel Özellikler	Hizmet sunumu sırasında kullanılan bina, araç-gereç, teçhizat ve personelin fiziksel görünümü, hizmetin fiziki simgeleri, hizmeti alan ya da bekleyen diğer müşteriler
Güvenilirlik	Hizmeti ilk seferde doğru olarak sunma yetisi, hizmetle ilgili kayıtların doğru ve tam tutulması, hizmeti söz verilen zamanda yerine getirebilme
Heveslilik	Personelin hizmet sunumundaki istekliliği, müşterilere hızlı hizmet verme ve yardım konusunda gönüllülük, ödeme veya duyuruların zamanında postalanması, arayan müşterilere hızlı cevap verme, randevuların hızlı ayarlanması
Yeterlilik	Hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olma
Nezaket	Müşteriler ile doğrudan iletişim kuran personelin saygılı ve içten olması
İnanlırlık	Hizmet sunum sürecinde müşterilerin çıkarlarının korunduğunun hissettirilip, güvenlerinin kazanılması
Güvenlik	Verilen hizmetler konusunda tehlike, risk ve kuşku ortadan kaldırılması
Ulaşılabilirlik	Hizmete ulaşmak için gerekli fiziki koşulların sağlanması ve iletişim araçları ile hizmete kolay erişimin desteklenmesi
Anlayış	Müşteri beklentilerini anlamak için çaba göstermesi, düzenli hizmet alan müşterilerin tanınması, müşterilerin kişiye özel taleplerinin giderilmesi
İletişim	Müşteriler arasındaki kültür ve eğitim farklılıklarının dikkate alınması suretiyle müşterileri bilgilendirme, sorunlarının dinlenip çözümlerinin sağlanması

(Zerenler ve Öğüt, 2007; 503)

Parasuraman, Zeithaml ve Berry çalışmalarına devam ettikçe on kategoride toplanan kriterlerin birbirleri ile etkileşim içinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Yeterlilik, nezaket, inanlırlık ve güvenlik arasında yüksek seviyede bir ilişki bulunduğunu belirlemeleri üzerine bunları bir boyuta indirgemişler ve güven olarak isimlendirmişlerdir. Aynı şekilde ulaşılabilirlik, iletişim ve anlayış arasında da yüksek bir ilişki bulunması üzerine bunu da empati olarak isimlendirmişlerdir (Aydın, <http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf>).



Şekil 9: Algılanan Hizmet Kalitesini Belirleyici Etkenler (İslamoğlu vd., 2006; 138)

2.8.Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Hizmet kavramının doğası gereği, göreceliğinden dolayı tanımlanmasında ve ölçülmesinde bir takım zorluklar yaşanmaktadır. Hizmet, sunumunda belirli fiziki unsurları içerse de sonuçta fiziki bir üretim değildir. Hizmet bir eşya veya nesne gibi test ve muayene edilemez. Ancak hizmetin sunumunu ve kalitesini etkileyen fiziksel koşullar ve nesnelere test ve muayene edilebilir. Hizmetin bir diğer özelliği kişisel deneyime dayanan soyut etkinlikler olmasıdır. Yine hizmetler standartlaştırılmadığı için hizmet kalitesi de değişkenlik göstermektedir. Verilen hizmet, tekrarında aynı şekilde gerçekleşmeyebilmekte, değişikliğe uğrayabilmektedir. Tüketiciler için de hizmet kalitesinin değerlendirilmesi oldukça zordur. Hizmet kalitesi algılamaları, tüketici beklentilerinin gerçekleşen hizmet performansı ile beklentilerinin karşılaştırılmasının bir sonucudur. Kaliteye ilişkin değerlendirmeler sadece hizmet çıktısına bakılarak değil, aynı zamanda hizmet sunumu sürecinin değerlendirilmesini de içermektedir. Tüketiciler hizmetin sonucunu değil, hizmetin veriliş şeklini de değerlendirmektedir (Aymanıkuy, 2005; 11).

Hizmet kalitesinin ölçülmesi, hizmet kalitesi geliştirme ve iyileştirme sürecinin de ilk aşamasını oluşturmaktadır. Eğer bir işletme mevcut hizmet kalite düzeyi hakkında

doğru bilgilere ulaşabilirse, daha sonra yapılması gerekenler konusunda daha etkili adımlar atabilecektir (Eleren vd., 2007; 78). “Ölçemediğiniz şeyi iyileştiremezsiniz” felsefesinden yola çıkar ve gerçekten sistemli bir çalışma ortaya konulursa hizmet kalitesi ölçümü yapılabilir. Müşterilerin hizmet sunumu hakkındaki algıları ile beklentileri arasındaki fark hizmet kalitesinin ölçüm indeksi olarak kabul görmektedir (Ersöz vd., 2009; 20).

Bazı araştırmacılar tarafından yöneticiler ve/veya işletme çalışanlarının bakış açılarıyla hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik araçlar geliştirilmiştir. Bu amaçla Caruana ve Pitt tarafından geliştirilen, nitelik temelli bir ölçek olan INTQUAL ölçeği kullanılmaktadır. Ölçek, kar amacı gütmeyen işletmelerde dahil olmak üzere tüm hizmet işletmelerinde hizmet kalitesini, hizmet güvenilirliği ve beklentilerin yönetimi adı altında iki boyutlu yapısı ile ölçen bir araçtır (Caruana ve Pitt, 1997 içinde: Akbaba, 2007; 318-319).

Müşterilerin bakış açılarını temel alan hizmet kalitesi ölçüm yaklaşımları nitelik temelli ve olay temelli yöntemler olmak üzere iki grup altında incelenebilir (Mattson, 1994 içinde: Akbaba, 2007; 319).

2.8.1.Kritik Olaylar Yöntemi:

Bu yöntem, Flagan'ın 1954 yılında iş performansıyla ilgili kritik gereklilikleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Yöntemin algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılmak üzere keşfedilmesi ve geliştirilmesi, Bitner ve arkadaşları tarafından, 1980 ve 1990 'lı yıllarda yaptıkları çalışmalar ile olmuştur (Stauss ve Weinlich 1997 içinde: Akbaba, 2007; 322-323; Öztük, 2007; 195).

Kritik olaylar yöntemi, müşterilerin hizmetlerden yararlanırken hizmeti sunanlarla etkileşimde bulduklarında yaşadıkları tatmin edici ya da tatminsizlik yaratıcı deneyimlerin (kritik olaylar) toplanması ve sınıflandırılmasına dayanmaktadır. Kritik olaylar, gözlem yoluyla, müşterilere gönderilen basılı formlara deneyimlerini

yazmalarının istenmesi ile ya da müşteriler ile yapılan birebir veya grup görüşmeleri yoluyla toplanmaktadır (Akbaba, 2007; 323).

Müşteri açısından hizmet hakkındaki en iyi izlenimler, hizmet karşılaşmalarında (gerçek anlar) edinilir. Bu karşılaşmalarda yaşanan tatminsizlik yaratıcı olaylar müşteri memnuniyetini azaltır. Bu olaylar, müşterinin uzun dönemli belleğinde kalan gerçek anlardır ve hizmet işletmesi açısından bir değişim ihtiyacının sinyalleridir. Kritik olaylara neden olan problemler, koşullar ve zayıflıklar işletme tarafından öncelikle değiştirilmesi gereken noktalarlardır. Bir işletmede hizmet kalitesini artırmaya yönelik önlemler ve programlar kritik olayların analizine dayandırılabilir (Öztürk, 2007; 195).

2.8.2.Nitelik Temelli Yöntemler:

Nitelik temelli yöntemler içinde SERVQUAL ölçeği, 1985 yılında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş ve günümüzde en çok kullanılan hizmet kalitesi ölçüm aracıdır. Ölçeğin geliştirilmesinde başlangıç noktası, Grönroos tarafından ortaya atılan algılanan hizmet kalitesi kavramıdır. Bu kavramdan yola çıkarak hizmet kalitesini, müşterilerin beklentileri ile algılamaları arasındaki fark olarak tanımlamışlardır. Model beş boyut içinde (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) 22 çift önerme ile hizmet kalitesini ölçmektedir (Akbaba, 2007; 320).

Nitelik temelli bir diğer yöntem, Cronin ve Taylor tarafından 1992 yılında geliştirilen SERVPERF ölçeğidir. Ölçeğe göre hizmet kalitesi, hizmeti sunan tarafından ortaya konulan performansın müşteriler tarafından algılanma düzeyine bağlıdır (Değermen, 2006; 62) yani SERVPERF ölçeğine göre hizmet kalitesinin ölçülmesinde sadece performans esas alınmakta, müşterilerin beklentileri ölçülmemektedir. Model, SERVQUAL ile aynı beş boyut içinde 22 adet algılama ifadeleri ile hizmet kalitesini ölçmektedir (Akbaba, 2007; 321). SERVQUAL'e karşı alternatif olarak geliştirilen SERVPERF, müşterilerin beklentilerini dikkate almadan sadece hizmete ilişkin algılamaları üzerinde odaklanan bir ölçüm aracıdır (Çatı ve Ağraş, 2007; 171).

Beklenti kavramı üzerine farklı görüş ortaya atan Teas, 1994 yılında NQ (Normed Quality) modelini geliştirmiştir. Bu yaklaşım, beklentilerin müşteriler tarafından iki farklı şekilde yorumlanabildiğini ileri sürerek, ideal beklenti ile makul beklenti arasında bir ayırım yapmaktadır. Model, hizmet kalitesini SERVQUAL ile aynı beş boyut içinde 50 ifade ile ölçmektedir (Akbaba, 2007; 321).

Bankacılık, sağlık, eğitim gibi pek çok hizmet endüstrisinde kullanılan SERVQUAL ölçeği temel alınarak, farklı sektörlerde de farklı araştırmacılar tarafından çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Knutson ve Stevens (1990) tarafından konaklama işletmelerinde hizmet kalitesini ölçmek amacıyla LODGSERV ölçeği, Getty ve Thompson (1994) tarafından LODGQUAL ölçeği geliştirilmiştir. Restoranlarda hizmet kalitesini ölçmek için, Stevens, Knutson ve Patton (1995) tarafından DINESERV ölçeği geliştirilmiştir (Akbaba, 2007; 322). Tribe ve Snaith (1998), turistik destinasyonların özelliklerini dikkate alarak tatil tatminini ölçmek için HOLSAT ölçeğini geliştirmişlerdir (Özkul, 2007; 136). Turistik amaçlı tarihi alanlarda hizmet kalitesini ölçmek için Frochot ve Hughes (2000) tarafından HISTOQUAL ölçeği geliştirilmiştir. Bilgi sistemleri alanında, Pitt ve diğerleri (1995) tarafından hizmet kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek ISSERVQUAL ölçeğidir (Akbaba, 2007; 322). Cook ve diğerleri (2000) tarafından kütüphanelerde sunulan hizmet kalitesini ölçmek için LIBQUAL ölçeği geliştirilmiştir (Çatı ve Ağraş, 2007; 172). Mei ve diğerleri (1999), hizmet kalitesinin ölçülmesinde SERVQUAL ölçeğinin alternatifi olarak fiziksel özellikler, çalışanlar ve güvenilirlik boyutlarını ne esas alan HOLSERV ölçeğini geliştirmişlerdir (Özkul, 2007; 136).

2.9.SERVQUAL Modeli ile Hizmet Kalitesi Ölçümü

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından çeşitli araştırmalar sonucunda geliştirilen SERVQUAL modeli hizmet kalitesi üzerine yapılan çeşitli çalışmalarla (Grönroos, 1982; Lehtinen ve Lehtinen, 1982) tüketici davranışları, müşteri memnuniyeti, tüketicinin beklentileri ve algılamaları üzerine geliştirilmiş kuram ve kavramlar üzerine kurulmuştur. İlk olarak 1985 yılında oluşturulan SERVQUAL ölçeği,

1991 yılında farklı hizmet sektörlerinde uygulanıp, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanarak son halini almıştır (Alakavuk, 2007; 332-334).

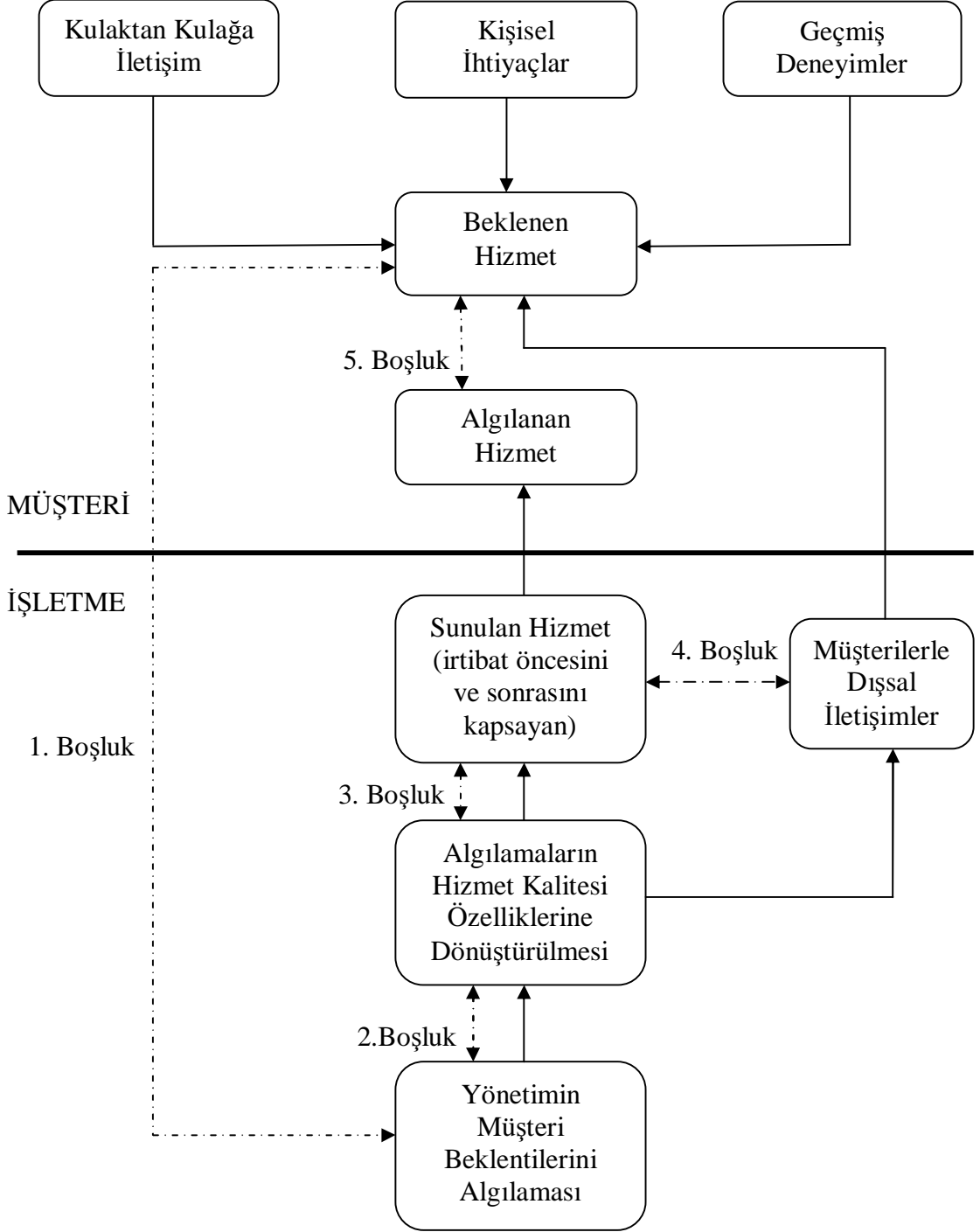
SERVQUAL yöntemi, tablo 10’da görüldüğü gibi beş boyut ve 22’şer maddenin bulunduğu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci bölümde, müşterinin hizmet işletmesinden beklentileri, ikinci bölümde ise söz konusu işletmeden algıladığı hizmet, aynı maddeler kullanılarak ayrı ayrı ölçülmektedir. İfadeleri değerlendirmede beşli ya da yedili Likert ölçek kullanılmaktadır.

Tablo 10: SERVQUAL Hizmet Kalitesi Boyutları

Boyutlar	Açıklama	Boyutları İçeren Sorular
Fiziksel Özellikler	İşletmenin bina, tesis, personel ve hizmet verirken kullanılan malzemelerinin görünümü	1-4
Güvenilirlik	İşletmenin söz verdiği hizmeti güvenilir ve doğru şekilde yerine getirmesi	5-9
İsteklilik/Heveslilik	İşletmenin müşterilerine yardım etmek ve hızlı hizmet sunma konusundaki istekliliği	10-13
Güven	İşletme çalışanlarının bilgisi, nezaketi ve müşterilerde güven duygusu uyandırma yeteneği	14-17
Empati	İşletmenin müşterilerine kişisel özen göstermesi ve önemsemesi	18-22

SERVQUAL modeli, onaylamama paradigması anlayışına dayanmaktadır (Cronin ve Taylor, 1992; 56). Onaylamama paradigmasına göre, müşteri beklentisi ile müşterinin aldığı hizmet birbiri ile tam olarak örtüşüyorsa, bu durumda beklenti ile algılanan kalite birbirini onaylamakta; aksine, beklenti, müşterinin aldığı hizmetten daha fazla olduğu durumda “negatif” veya daha az olduğu durumda ise “pozitif” bir onaylamama söz konusu olmaktadır (Değermen, 2006; 37).

Hizmet kalitesi modeli, müşteri beklentileri ile müşterinin algıladığı hizmet performansının karşılaştırılması sonucu oluşur. Bu karşılaştırma sonucu ortaya çıkan farklılık/boşluk, müşteri tarafından algılanan hizmet kalitesini gösterir (Öztürk, 2007; 157).



Şekil 10: Hizmet Kalitesi Modeli (Parasuraman vd., 1985; 44)

Parasuraman ve arkadaşları, bir hizmet işletmesinde hizmet kalitesini etkileyecek 5 nokta belirlemiştir. Bu noktalar, hizmeti verenin hizmet kalite anlayışları ile uygulamaları veya müşterilerin hizmet beklentileri ile yararlandıkları esas hizmet arasındaki farklardır. Parasuraman ve arkadaşları bu farklara boşluk (GAP) adını vermişlerdir (Ersöz vd., 2009; 21).

- **Boşluk 1** - *Müşteri beklentileri ile yönetimin algılamaları arasındaki fark*: Bu fark, müşterilerin kişisel ihtiyaçları, geçmiş deneyimleri ya da sözlü iletişim gibi nedenlere bağlı olarak beklentilerinin değişkenlik göstermesi nedeniyle işletme yönetimi tarafından her zaman doğru algılanmamasında kaynaklanmaktadır (Firuzan vd., 2007; 137). Örneğin; hastane yönetimi, yatan hastaların beklentilerinin daha iyi yemek olduğunu düşünebilir. Fakat hastaların beklentileri, daha iyi bir bakım hizmeti almak olabilir (Kotler, 2000; 439).
- **Boşluk 2** - *Yönetim tarafından algılanan müşteri beklentileri ile bu algılamaların hizmet kalitesi dizaynına aktarılması arasındaki fark*: Yönetim, müşteri beklentilerini doğru olarak algılamış fakat bunları hizmet kalitesi standartlarına ve hizmet tasarımlarına yansıtamamıştır. Örneğin; hastane yönetimi, hastalarının daha iyi bir bakım hizmeti almak istediklerini algılamış olabilir ancak kaliteli bakım hizmetinin sürekliliğini nasıl sağlayacağını standardını belirleyememiş olabilir (Değermen, 2006; 42-43; Kotler, 2000; 439).
- **Boşluk 3** - *Algıların hizmet kalitesi dizaynına aktarılması (tasarlanan hizmet kalitesinin özellikleri) ile sunulan hizmet arasındaki fark*: Müşterilerin değerlendirmelerine ilişkin beklentiler, hangi hizmet alanlarında sorunlar olduğunu görmeye ve buna yönelik hizmet düzenlemeleriyle standartlar oluşturmayı kolaylaştırır. Eğer bu düzenlemeler yapılmazsa hizmetin sunumunda sorunlar ortaya çıkar ve 3. boşluk oluşur (Odabaşı ve Oyman, 2002; 140). Çalışanların iyi eğitilmemiş olması, belirlenen standartları yerine getirecek yeteneğinin olmaması ya da yerine getirmek istememesi veya çalışanların birbiriyle çelişen standartlara göre hareket etmeleri istenmesi boşluk oluşumuna

neden olur. Örneğin; hizmeti sunan personelden müşterilerini dinlemeleri için vakit ayırmaları istenirken, diğer taraftan hızlı servis yapmaları beklenebilir (Kotler, 2000; 439).

- **Boşluk 4** - *Sunulan hizmet ile müşterilerle dışsal iletişim arasındaki fark:* Müşteriye sunulan hizmet ile müşterinin henüz hizmeti almadan önce hizmet hakkında bildikleri ile ilgili boşluktur (Ersöz vd., 2009; 21). Örneğin; bir hastaneyi tanıtan broşürde, odalar temiz ve güzel görünümlü iken, hasta hastaneye yattığında sıradan ve bakımsız bir oda ile karşılaşırsa hastane müşterilerinin beklentilerini yanlış yönlendirmiş olacak ve boşluğun oluşmasına neden olacaktır (Kotler, 2000; 439).
- **Boşluk 5** - *Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark:* Beşinci boşluk, diğer dört boşluğun bir fonksiyonu olarak ifade edilebilir. SERVQUAL modeli, beşinci boşluğun sayısal bir ifadesi olarak geliştirilmiştir (Ersöz vd., 2009; 21). Diğer dört boşluğun azaltılması, beşinci boşluğun azalması sonucunu doğuracaktır. Dolayısıyla beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki farkın azalmasına yani algılanan hizmet kalite düzeyinin artmasına neden olacaktır.

Tablo 11: Hizmeti Sunan Taraf Açısından Hizmet Kalitesinde Uçuruma Neden Olan Temel Faktörler

BOŞLUK 1	BOŞLUK 2
<p>Uygun Olmayan Pazarlama Araştırması Yaklaşımı</p> <p>-Yetersiz pazarlama araştırması</p> <p>-Pazarlama araştırmalarının hizmet kalitesi üzerine odaklanmaması</p> <p>-Pazar araştırması sonuçlarının yanlış kullanılması</p>	<p>Müşteri Yönlü Standartların Olmaması</p> <p>-Müşteri yönlü hizmet standartlarının yokluğu</p> <p>-Müşteri ihtiyaçları üzerinde odaklanmayı sağlayacak süreç yönetiminin olmaması</p> <p>-Hizmet kalitesi amaçları oluşturmak için resmi bir süreç olmaması</p>
<p>Yukarıya Doğru İletişim Eksikliği</p> <p>-Yönetim ile müşteri arasında etkileşim eksikliği</p> <p>-Müşteriyle karşı karşıya gelen personel ve yöneticiler arasında yetersiz iletişim</p> <p>-Ön büro personeli ile üst yönetim</p>	<p>Yetersiz Hizmet Liderliği</p> <p>-Yapılamazlık algılaması</p> <p>-Yönetimin kendini yeterli derecede adamaması</p>

arasında çok fazla iletişim olması	
Uzun Dönemli İlişkiler Üzerinde Yetersiz Odaklaşma -Pazar bölümlenmesi olmaması -İlişkilerden çok işlemler üzerinde odaklaşma -Mevcut müşterilerden çok yeni müşteriler üzerinde odaklaşma	Zayıf Hizmet Tasarımı -Sistematiik olmayan yeni hizmet geliştirme süreci -Belirsiz, tanımlanmamış hizmet tasarımı -Hizmet tanımlanması ile hizmet konumlandırması arasında bağlantı bulunmaması
BOŞLUK 3	BOŞLUK 4
İnsan Kaynakları Politikalarında Açıklık -Etkin olmayan işe alma süreci -Rol belirsizliği ve rol çatışması -Personel ile teknoloji uyumunun zayıf olması -Uygun olmayan değerlendirme ve ücretlendirme sistemleri -Yetkilendirmenin, algılanan kontrolün ve ekip çalışmasının olmaması	Müşteri Beklentilerinin Etkin Yönetilememesi -Tüm iletişim biçimlerini kullanarak müşteri beklentilerini yönetememe -Müşterileri uygun biçimde eğitememe
Arz ve Talebi Eşleştirememe -Talep zirvelerini ve düşüklüklerini törpüleyememe -Müşteri karmasının uygun olmaması -Talebi düzenlemek için fiyata aşırı bağlı olmak	Aşırı Vaatler Verilmesi -Reklamlarda aşırı vaatlerde bulunma -Kişisel satışta aşırı vaatlerde bulunma -Fiziksel ipuçları aracılığıyla aşırı vaatlerde bulunma
Müşterilerin Rollerini Yerine Getirememesi -Müşterilerin rolleri ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olmaması -Müşterilerin birbirlerini olumsuz etkilemesi	Yatay İletişimlerin Yetersizliği -Satış ile operasyon bölümleri arasındaki iletişimin yetersiz olması -Reklam ve operasyon bölümleri arasındaki iletişimin yetersiz olması -Şubelerin veya birimlerin politikaları ve prosedürleri arasında fark olması

(Zeithaml ve Bitner, 1996; 49 içinde Öztürk, 2007; 160-161)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

3.1.Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Önemi

Bireyin yaşamında önem verdiği şeyler arasında ilk sırada yer alan kavram sağlıktır. Kişinin iç dünyasını veya sosyal ilişkilerini düzenlemesinde, yaşam kalitesinden memnun olmasında ve başarılar elde etmesinde olmazsa olmazlardan biridir (Güllülü vd., 2008; 33). İnsan nerede olursa olsun, yaşadığını hissedebilmesi ve dış çevreyle ilişki kurarak hayatını sürdürebilmesi için yegane temel koşul sağlıklı bir beden ve ruha sahip olmasıdır (Karakaş, 1998; 4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1948 yılından beri değişmeyen tanımına göre sağlık; sadece hastalıktan uzak olmak değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Tarı ve Yavuzer, 2007; 146). Diğer bir tanıma göre sağlık; bedenin normal çalışması, ruhsal işlevlerin yeterli ve dengeli olması halidir. Tanımlarda da belirtildiği gibi sağlıklı olmak sadece hasta olmamak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olarak iyi olmak demektir (Güllülü vd., 2008; 33).

Sağlık kavramına çevresel yaklaşım geliştiren Henrick L. Blum (1974), sağlık durumunu dört temel faktörün etkilediğini, bu dört temel faktöründe farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığı ile birbirini etkilediğini ileri sürmüştür. Sağlık durumunu; çevre, yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörlerinin etkilediğini belirtmiştir. Sağlığı etkileyen bu dört temel faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altında bulunmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002; 2).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü olarak tanımlanır (Kavuncubaşı, 2000; 34). Dünya Sağlık Örgütü'nün

tanımına göre sağlık hizmeti, belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir (Güllülü vd., 2008; 33). Başka bir tanıma göre, kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir (Odabaşı ve Oyman, 2002; 25).

Sağlık hizmetleri, üretim sürecinde müşterilerin de yer aldığı, kişileri etkileyen, bireysel olarak verilen, insan yönelimli, ihtiyacın hangi sıklıkla ortaya çıkacağı belli olmayan, kalıcı, tersine çevrilme olanağı çok az veya hiç olmayan, hizmet alan kişide hem fiziksel, hem ruhsal değişim yaratabilecek, profesyonel insan gücü gerektiren, nitelikli iş gücü tarafından kullanılan makineler yardımı ile sunulan, hizmet alan kişinin tüm yaşamını etkileyebilecek sonuçlar üretebilen, yüksek etkileşimli, fiziksel, ussal ve duygusal etkileşim gerektiren, etkileşimde hem güven sağlamanın hem görev yapmanın hem de içsel mutluluğu sağlamanın esas olduğu hizmetler olarak çok özel bir konumdadırlar (Şengül, 2008; 22).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunuluş biçimi günümüzde ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergelerden biridir (Peşkiroğlu, 1994; 53). Sağlık sisteminde son yıllarda büyük değişiklikler yaşanmaktadır. 1980'li yıllardan itibaren sağlık politikalarında önemli reformlar gündeme gelmiş, son yıllarda ise bu değişim yeniden ivme kazanmıştır. Günümüzde halkın kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sınırsız ve sistematik olarak yararlandırılması, kaliteli sağlık hizmeti, bilgi teknolojisinin sağlık sistemine uyarlanması, hasta güvenliği, müşteri memnuniyetinin birincil önemde yer alması gibi çalışmalar gittikçe artırılarak sürdürülmektedir (Aslan vd., 2008; 23-24).

3.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetler ekonomik olarak üretilen mal ve hizmetlerden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde gerek hizmet alan kişilerin

gerekse hizmetin kendine özgü ayırıcı özellikleri bulunmaktadır. Bu unsurların açıklanması sağlık hizmetleri ile diğer hizmetlerin farkını anlamada yardımcı olacaktır (Güllülü vd., 2008; 34).

1. *Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın deneyimi:* Tüketicinin ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması pazarın etkin bir biçimde çalışabilmesi için gereklidir. Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir (Odabaşı ve Oyman, 2002; 28). Burada tüketicinin yaralanabileceği ve güvencileceği bilgi kaynağı uzmandır. Bu nedenle, diğer hizmetlerden farklı olarak hizmet sunan personel önemli bilgi kaynağı olarak görülmektedir (Güllülü vd., 2008; 34).
2. *Rasyonel olmayan tüketici davranışları:* Genellikle ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Halbuki sağlık hizmetlerinde, birçok tüketici, hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta ya da hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. Ayrıca, ruh sağlığı bozulmuş olan hastalar ya da acil bir durumdan dolayı hastaneye getirilen hastaların da kendileri için en iyi hizmeti alacakları sağlık kuruluşunu seçme şansları yoktur (Odabaşı ve Oyman, 2002; 28).
3. *Tıp mesleğinin kuralları:* Tıp mesleğinin kendine has bazı kural ve yaptırımları vardır. Sağlık hizmetini önceden alıp, denemek imkansız olduğundan hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır (Odabaşı ve Oyman, 2002; 29).
4. *Hizmetin kapsam ve boyutu:* Hizmetlerde, hizmetin nasıl olacağı ve ya kalitesi konusunda kesin bir bilgi yoktur fakat sağlık hizmetlerinde bu belirsizlik daha fazladır (Güllülü vd., 2008; 35). Alınan hizmet kişiye özeldir ve alınan hizmetin kapsam ve boyutu hizmet veren tarafından belirlenir.

5. *Sağlık hizmetlerinin toplumsal olması*: Sağlık hizmetleri hasta olsun ya da olmasın tüm nüfusu ilgilendirmektedir (Aktan ve Işık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-cagında/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>).
6. *Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması*: Sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmet ikame edilemez (Güllülü vd., 2008; 36). Örneğin, bir hastaya organ nakli ameliyatı gerekiyorsa, maliyeti yüksek diye yerine ilaç tedavisi başlanamaz.
7. *Sağlık hizmetlerinin ertelenememesi*: Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı zamanda karşılanması gerekmektedir. Bunun sonucu olarak da sağlık hizmetinin kimler tarafından, nerede, ne zaman isteneceği kolayca belirlenememektedir. (Aktan ve Işık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-cagında/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>). Örneğin, gittiği bir yurt dışı tatilinde, aniden bilinç kaybı gelişen bir hastanın alması gereken sağlık hizmetinin ertelenmesi söz konusu değildir.

3.3.Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi yani toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler, kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik (Kavuncubaşı, 2000; 64):

3.3.1.Kolay Kullanılabilirlik

Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten yararlananlar, hem de hizmet sunanlar açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından, bireylerin ihtiyaç duyduğu zamanda ve yerde hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi olarak tanımlanabilir. Hizmet sunanlar (sağlık

profesyonelleri) bakımından ise kolay kullanılabilirlik, hizmet sunan kişilerin ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesidir.

- *Kişisel kolay kullanılabilirlik:* Gereksinim duyan bireylerin, sağlık hizmetlerini nerede, nasıl ve kimden alacaklarıyla ilgili olarak güçlüklerle karşılaşmamasıdır.
- *Sağlık hizmetlerinin bütünlüğü:* Hizmetlerin tüm ihtiyaçları yeterli ölçüde karşılayabilecek çeşitlilikte olmasıdır.
- *Miktar olarak uygunluk:* Hizmetlerin miktar yönünden tüm ihtiyaçları karşılayabilmesidir.

3.3.2.Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulmasıdır.

- *Mesleki yeterlilik:* Hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili güncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olabilmesi ve bu bilgi ve becerileri uygulayabilmesidir.
- *Kişisel kabul edilebilirlik:* Hizmet sunum tarzının, bireylerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır.
- *Kalitenin uygunluğu:* Verilen hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasıdır.

3.3.3.Süreklilik

Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir.

- *Kişiye odaklanmış bakım:* Amaç, kişinin sadece hastalığı ile ilgilenmek değil, onun sağlığını yükseltmek ve korumaktır. Bu nedenle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre olmalıdır.
- *Eşgüdümleyici birimler:* Birey ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için hizmet sunan kurumlar arasında eşgüdümü, uyumlu çalışmayı sağlayan birimler oluşturulmalıdır.
- *Eşgüdümlemiş hizmetler:* Sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlamak için sağlık kurumları arasında da eşgüdümün sağlanması gerekir.

3.3.4. Verimlilik

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların rasyonel kullanılmasıdır. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır.

- *Adil finansman:* Hizmet maliyetleri, bireylerin hizmet kullanımını engellememelidir.
- *Yeterli ücret politikası:* Sağlık personeline, verdikleri hizmetin türüne, eğitim ve deneyim durumuna göre ücret ödenmelidir.
- *Etkili yönetim:* Yönetim, kaynakların en verimli ve en ekonomik yolla kullanımını sağlayan en önemli faktördür.

3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Günümüzde, sağlık kurumları ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre farklılaşmaktadırlar. Buna göre sağlık hizmetleri üç ana grup altında toplanabilir:

3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indiren veya engelleyen, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan

hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsar (Güllülü vd., 2008; 41). Ayrıca toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi için sağlık eğitimi verilmesi ile hastalıkların ortaya çıkmasını engelleyen aşılama programlarını içerir.

Koruyucu sağlık hizmeti sunan kurumlar olarak, sağlık evi, işyeri reviri, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar, çevre sağlığı birimleri sayılabilir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002; 28). Son zamanlarda sağlık sisteminde yapılan düzenlemelerle, ülkemizin birçok bölgesinde aile hekimliğine geçilmesi ile birlikte sağlık evleri ve sağlık ocaklarının yerini aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri almıştır. Ayrıca yapılan düzenlemelerle sağlığın korunmasına ve yükseltilmesine yönelik olarak acil yardım istasyonları ve acil sağlık hizmetleri komuta merkezleri kurulmuştur.

3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı, 2000; 39). Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriterleri esas alınarak üç grupta sınıflandırılabilir:

- *Birinci basamak tedavi hizmetleri:* Daha çok ayaktan (günübirlik) tedavi hizmetlerini içermektedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002; 32). Özel muayenehaneler, günübirlik cerrahi merkezleri, sağlık ocakları, aile hekimlikleri birinci basamak tedavi hizmetlerinin verildikleri yerlerdir.
- *İkinci basamak tedavi hizmetleri:* Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisi ile ilgili hizmetleri kapsar (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002; 32). Bu kapsamdaki hizmetler yataklı tedavi hizmetleridir. Özel hastaneler, devlet hastaneleri ikinci basamak tedavi hizmetlerinin verildikleri yerlerdir.
- *Üçüncü basamak tedavi hizmetleri:* Eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ile özel dal hastaneleri tarafından verilen yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren hizmetlerdir. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti

en yüksek hizmetlerdir. Yetişmiş sağlık profesyonelleri, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti sınıfıdır (Altay, 2007; 46).

3.4.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılır (Kavuncubaşı, 2000; 45-46):

1. *Tıbbi rehabilitasyon*: Bedensel, kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılmasını geliştirme örnek olarak gösterilebilir.
2. *Sosyal rehabilitasyon*: Sakatlığı veya özrü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılmaları, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri amacıyla verilen hizmetlerdir. Örneğin, mental geriliği olan ya da spastik çocuklara yönelik, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri birer sosyal rehabilitasyon kurumlarıdır.

3.5.Sağlık Hizmetlerinde Müşteri ve Müşteri Tatmini

Müşteri kavramı, sunulan hizmetler ya da ürünlerden dolayı örgütün amaçlarına ulaşma becerisini etkileyen kişi ya da kuruluşları veya bir işletmenin belirli bir marka ürününü ticari ya da kişisel amaçları için satın alan kişi ya da kuruluşları ifade etmektedir (Şengül, 2008; 130). Müşteri kavramı sadece ürün satış alanlarını değil, işletmenin ürettiği mal ve hizmetlerden etkilenen her alanı kapsamaktadır. Dolayısıyla; işletmenin bir bölümünün çıktılarını kullanan veya bu çıktılarını etkilediği insanlar, organizasyonlar, sistemler ve süreçler de birer müşteridir (Sprague vd., 1992; 57 içinde: Eroğlu, 2005; 9).

Sağlık hizmetleri açısından müşteri, hastalar ile birlikte sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının

müşterileri iki ana grupta toplanabilir: İç müşteriler ve dış müşteriler. İç müşteri, sağlık kurumunda çalışan ya da sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve gruplardır. Dış müşteri, sağlık kurumunun temel hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsar (Kavuncubaşı, 2002; 292).

Sağlık kurumlarında hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanır ve aynı zamanda büyük bir dış müşteri grubunu oluşturur. Sağlık kurumları içindeki birimler de fonksiyonel ilişkileri nedeniyle birbirlerinin müşterisi olabilmektedirler. Örneğin; hemşirelik birimi ilaç kullanımı nedeniyle eczanenin, hastaların diyeti ile ilgilendiği için de beslenme biriminin müşterisi olabilmektedir (Devebakan, 2006; 122).

Tablo 12: Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler

Dış Müşteriler	İç Müşteriler
Hastalar Refakatçiler, ziyaretçiler Devlet Diğer sağlık kurumları Anlaşmalı kuruluşlar Eczaneler Dernekler Medya Sigorta şirketleri Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları	Kurum personeli (hekim, hemşire vb.) Pay sahipleri Danışmanlar

(Kavuncubaşı, 2002; 292)

Müşteri tatmini, genel olarak, müşterilerin istek, ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ve bunların üstünde hizmet verilmesi şeklinde tanımlanabilir. Hizmetlerde müşteri tatmini, hizmet sunumu esnasında müşterinin o hizmetten beklentilerinin karşılanması sonucu ortaya çıkmaktadır. Buna göre, tüketici tatmini ya da tatminsizliği müşterilerin beklentileri ile algılamalarının bir kıyaslaması sonucu ortaya çıkar (Özgüven, 2008; 657).

Müşterilerin ekonomik ve sosyal değişime bağlı olarak tüketmiş oldukları hizmetlerle ilgili beklentileri sürekli olarak ve hızlı bir şekilde değişmektedir. Müşteri

tatmininin sağlanması yolu, müşteri beklentilerinin neler olduğunu tespit etmek ve hizmetleri bu doğrultuda geliştirmekten geçmektedir (Aslan vd., 2008; 24). Özkan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sağlık hizmetlerinde müşteri beklentilerinin neler olduğu saptanmıştır. Bunlar (Özkan vd., 2006; 63):

- Hekimlerin tedavi yöntemleri
- Hekimlerin genel davranışı
- Hemşirelerin genel davranışı
- Hemşirelerin çağrıya cevap verme süresi
- Hemşirelerin doktorun öngördüğü tedaviyi tam olarak uygulaması
- Servis personelinin genel davranışı
- Personelin yeterli sayıda olması
- Doktora ihtiyaç anında ulaşabilmek
- Hastalıkla ilgili yeterli açıklama yapılması
- Uygulanan tedavi ile ilgili yeterli açıklama yapılması
- Personelin arandığında bulunabilmesi
- Ziyaret saatlerinin uygun olması
- Hastanenin sessizliği

3.6.Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tatmini ve Hizmet Kalitesi İlişkisi

Müşterilerin her alanda kaliteli ürünü ya da hizmeti tercih etme çabası, işletmelerin sürekliliği için hizmet kalitesini son derece önemli bir konuma getirmiştir. Günümüzde birer işletme olarak düşünebileceğimiz sağlık kurumları, rekabet ortamında başarı kazanabilmek ve varlıklarını sürdürebilmek için müşterilerine kaliteli hizmet sunmak durumundadırlar. İşletmelerin hizmet kalitesini artırabilmeleri çoğu zaman çalışanların tatmin edilmesiyle mümkün olabilmektedir. İç müşteri tatmini neticesinde sunulan kaliteli hizmet, işletmeleri birbirinden farklılaştırmakta ve önemli rekabet üstünlükleri kazandırmaktadır (Ay ve Nardalı, 2007; 177).

Sağlık kurumlarının hasta tatminini sağlayabilmeleri için sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekmektedir (Akgün ve Erdal, 1998; 221):

1. Modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetinin verilmesi
2. Hasta hak, ihtiyaç, istek ve beklentilerinin karşılanması.

Bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de eskiden olduğundan daha bilinçli bir müşteri topluluğu bulunmaktadır (Aslan vd., 2008; 24). Yine de, sağlık kurumlarının müşterisi konumundaki hastalar, kendilerine sunulan hizmet bütününe teknik kalitesini değerlendirmeye yönelik yeterli bilgiye sahip değildir (Şahin vd., 2000; 359-360). Bunun sonucu olarak, hasta, konunun teknik boyutunun dışında kalan hasta-doktor/hemşire ilişkisi ya da hastane ortamı gibi nitelikleri kriter olarak kullanarak hizmet kalitesini değerlendirme yoluna gitmektedir (Dursun ve Çerçi, 2004; 3).

Literatürde algılanan hizmet kalitesi ile hasta tatmini arasında nedensellik ilişkisi açısından farklı yapılar olduğu görüşü yaygındır (Demirel vd., 2009; 134). Ancak, bazı çalışmalarda her iki kavram arasında böyle bir ayırım yapılmadığı görülmektedir. Taylor ve Cronin (1994), kısa dönemde müşteri tatmin değerlendirmelerini ve uzun dönemde müşteri hizmet kalitesi davranışlarını etkileyen stratejik hedefler geliştirmeleri açısından, iki yapının farklı olduğunun sağlık hizmeti veren kuruluşların pazarlama yöneticileri açısından önemli olduğunu vurgulamışlardır (Varinli ve Çakır, 2004; 36).

Hizmet kalitesi ile hasta tatmini arasındaki ilişki incelendiğinde üç farklı görüş ortaya çıktığı görülmektedir. *Birinci görüş*, hizmet kalitesinin tatminden önce ortaya çıktığını (Brady vd., 2002; Parasuraman vd., 1994; Parasuraman vd., 1988; Anderson ve Gerbing, 1988; Anderson vd., 1994; Cronin ve Taylor, 1992; Woodside vd., 1989); *ikinci görüş*, tatminin hizmet kalitesinden önce ortaya çıktığını (Bitner, 1990; Bolton ve Drew, 1994; Bitner ve Hubbert, 1994); *son görüş* de, hizmet kalitesi ile tatmin arasında her zaman aynı şekilde tekrarlanan, diğer değişkenden önce ortaya çıkma durumunun olmadığını yani ilişkinin yönünün değişebildiğini (Dabholkar, 1995; McAlexander vd., 1994) savunmaktadır. Hizmet kalitesi ile tatmin arasındaki nedensellik ilişkisi konusunda bir fikir birliği olmamakla birlikte, hizmet kalitesinin tatminden önce ortaya çıktığı yani tatmin düzeyini belirlediği görüşü yaygındır (Dursun ve Çerçi, 2004; 4).

3.7.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Kalitenin Önemi

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanır (Zerenler ve Ögüt, 2007; 505). Roemer ve Montoya-Aguilar'a (1988) göre sağlık hizmetlerinde kalite, kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir (Hayran ve Uz, 1998; 163).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikayetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine neden olmuştur. Toplumun gelir düzeyinin artması, hastaların daha iyi hizmet beklemesine neden olmuştur. Sağlık işletmelerinin sayısının yetersizliği, hastanelerde çalışan hekim ve hemşire sayılarının yetersizliği, malzeme ve donanımların hastaların ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizliği bu sektörde düzeltici önlemlerin alınmasını ve hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır (Zerenler ve Ögüt, 2007; 504).

Sağlık hizmeti sunumu, birçok meslek grubunun yer aldığı makro bir sistemden oluşmaktadır ve yöneticiler, hizmet sunanlar ve hizmet alanlar olmak üzere üç boyuttan bakıldığında da insan ögesine odaklanmaktadır. Bu nedenle hizmet sunarken, kaynak ve faaliyetleri kontrol altına almak ve bunu yaparken de verimli, kaliteli, zamanında, ulaşılabilir, süratli ve hatasız hizmet vermek gerekliliği doğmaktadır (Gökmen, 2004 içinde: Aslantekin vd., 2007; 61).

Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için, gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında adaletle özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmet kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Uz, 1997; 121). Amerikan Tıp Birliği tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler belirtilmiştir.

Buna göre kaliteli bir sağlık hizmeti (Peşkircioğlu, 1994; 59; Özgen, 1995; 49 içinde: Devedbakan,2006; 129):

- Hastanın fiziksel yapısında ve fonksiyonlarında, ruhsal durum ve zihinsel yeteneklerinde mümkün olan en kısa sürede iyileşme yaratır.
- İnsan sağlığının geliştirilmesi, hastalıklardan bedensel ve zihinsel özürlü olmaktan korunması ve bu gibi sonuçlar doğuracak şartların erken teşhisini ve tedavisini sağlar.
- Hizmetin zamanında verilmeye başlanması, gereğinden uzun sürmemesi, gereksiz kesintiye uğramaması ve zamanından önce bitirilmemesini yani hizmetin optimum sürede tamamlanmasını sağlar.
- Hizmet süresince, hastaya alınan kararlar ve sonuçlarına ilişkin bilgi verilmesini ve onunla işbirliği kurulmasını sağlar.
- Tıp bilimi, doğruluğu kanıtlanmış prensiplere dayanır ve ilgili diğer bilimsel, teknolojik ve uzmanlık alanlarından yararlanır.
- Hastanın sağlık durumu ile ilgili yeterli ve güvenilir kayıtların oluşturulmasını ve bu sayede hizmetin sürekliliğini ve izlenebilirliğini sağlar.
- Sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, beşeri ve finansal kaynakların en verimli şekilde kullanılabilmesine olanak sağlar.
- Personelin uyumlu, bir arada ve koordineli bir şekilde çalışması ile ast-üst ilişkilerinin gelişmesine katkıda bulunur.

3.8.Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları

Sağlık hizmetinin kalite boyutlarının tanımlanmasına yönelik birçok çalışma bulunmaktadır (Zerenler ve Öğüt, 2007; 505). Vincent K. Omachonu (1990) tarafından geliştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik ve sanatsal boyutlarını bir arada ele almaktadır. Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını ifade eder. Sanatsal yönü ise verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılmasını yani hizmet ortamının genel özellikleri ile hizmet sunanların tutum ve davranışlarını içerir. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin

kalitesi, *teknik kalite* ve *tedavi sanatı* (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 270-271).

Sağlık Hizmetinin Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı

A.Donabedian (1980), sağlık hizmetlerinde kaliteyi üç boyutta incelemiştir (Dagger vd., 2007; 125):

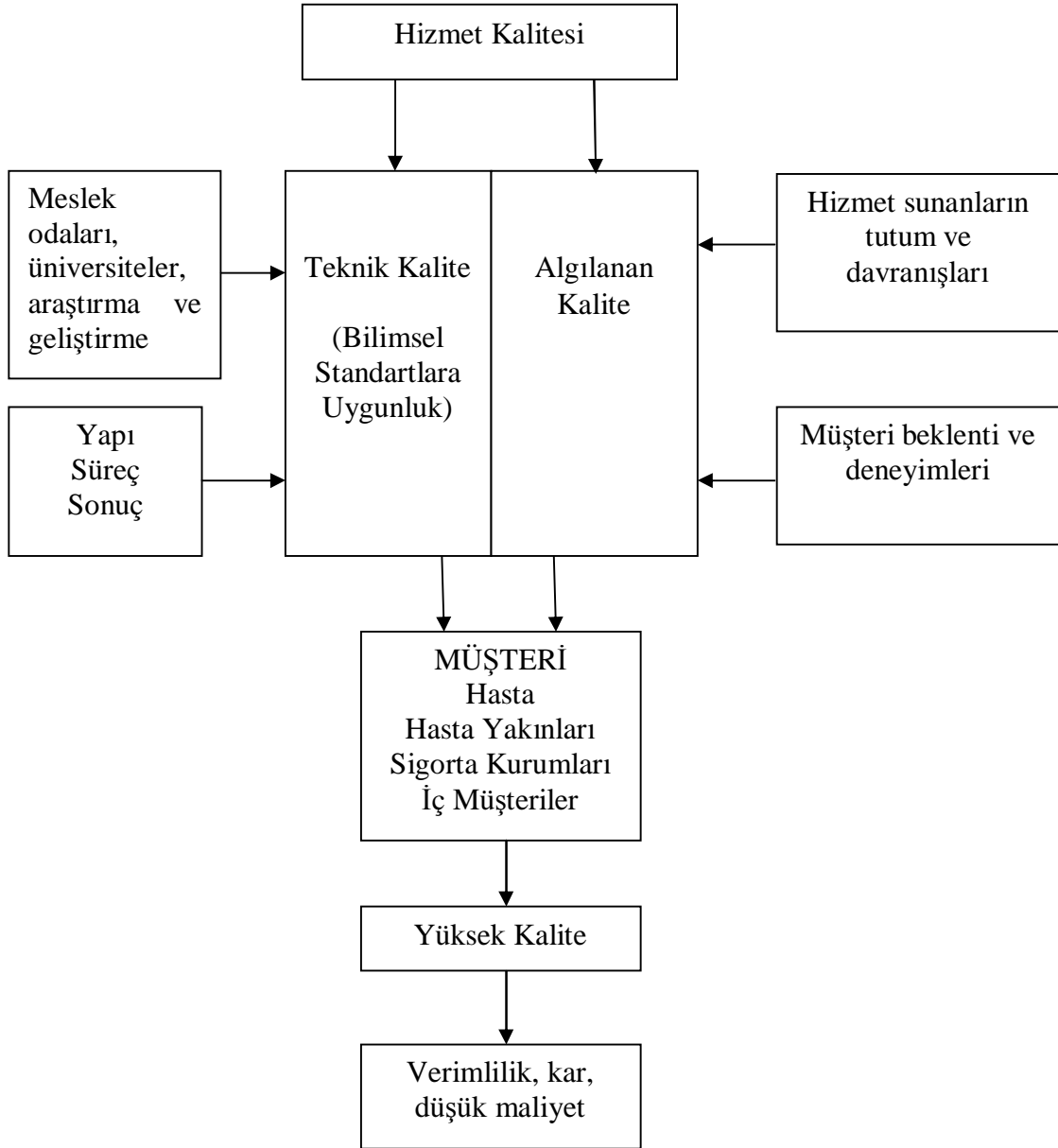
- *Teknik boyut*, sağlık hizmetlerinde teknoloji ve tıp bilimi uygulamalarına dayanır.
- *Kişilerarası ilişkiler boyutu*, hasta ile hizmet sunanlar (hekim, hemşire veya yardımcı personel gibi) arasında meydana gelen etkileşimin yönetimini ifade eder.
- *Konfor boyutu* ise, hizmet sunulan tesisin özelliklerini ifade eder.

Donabedian, teknik kaliteyi yapı, süreç ve sonuçlar olmak üzere üç temel direk üzerine oturtmuştur (Lam, 1997; 145; Akalın, 2002; 35):

1. *Sağlık kuruluşlarının yapısı*: Sağlık kuruluşunun, hastalarının sağlık durumlarına uygun teşhis ve tedavi olanaklarına, sağlık hizmeti sunanların yeterli bilgi ve beceriye sahip olup olmadığını ifade eder.
2. *Sağlık kuruluşundaki süreçler*: Teşhis ve tedavi olanaklarının her hastaya uygun şekilde uygulanmasını ifade eder.
3. *Sağlık hizmetinden elde edilen sonuçlar*: Profesyonel ve teknik olarak verilen hizmetlerin sonucunda beklenen etkiyi ifade eder.

Son zamanlarda Zineldin (2006), sağlık hizmet kalitesi kavramını genişletmiş ve temelde Donabedian'ın kalite boyutlarına dayanan kalitenin beş boyutunu tanımlamıştır. Bunlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite, kalite altyapısı, kalite etkileşimi ve kalite atmosferidir. Benzer şekilde Choi ve arkadaşları (2005); teknik kalite, fonksiyonel kalite, çevresel kalite ve yönetsel kaliteyi yansıtan hekimle ilgili kalite, personelle ilgili kalite, sağlık bakım sürecinin konforu ve fiziksel özellikler olmak üzere kalitenin

dört boyutunu belirtmişlerdir. Son olarak Doran ve Smith (2004), kalitenin temel boyutlarının empati, güven, isteklilik ve güvenilirlik olduğunu fiziksel özelliklerin ise kalitenin yan boyutu olduğunu ifade etmişlerdir (Dagger vd., 2007; 125-126).



Şekil 11: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri (Kavuncubaşı, 2000; 271)

3.9.Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Uygulamaları

Teknolojik ve sosyal değişimler, sağlık sektörü de dahil olmak üzere tüm sektörlerde rekabete, ekonomik bir yarışa neden olmuştur. Bu da, sağlık hizmetlerinin daha verimli yönetilmesini ve daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlamaktadır.

Sağlık sistemi sürekli olarak yeniliğe ve geliştirilmeye açık bir alandır. Bütün ülkeler, sağlık sistemlerini daha iyi bir duruma getirmek için çaba göstermektedirler (Tarcan vd., 2009; 9). Tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek adına ISO, akreditasyon, kalite ödülleri gibi uygulamalar yapılmaktadır.

3.9.1.TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi

1947 yılında kurulan ve yaptığı standardizasyon çalışmaları sonucu sanayiye, ticarete ve tüketicilere katkılar sağlayan ISO (International Organization for Standardization), Uluslararası Standart Organizasyonudur. TSE, ISO'nun üyesi ve Türkiye'deki tek temsilcisidir (<http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>).

ISO 9001 standartları, uygulayıcıların görüşleri ve ihtiyaçları doğrultusunda, belirli aralıklarla gözden geçirilmekte ve yeniden yayınlanmaktadır. En son 2009 yılında revize edilen ISO standartları, ISO 9001:2008 versiyonu olarak isimlendirilmektedir.

ISO 9001 standardı, Uluslar arası Standart Organizasyonu (ISO) tarafından uluslar arası standart olarak yayınlanan ve halen Avrupa Birliği ülkeleri ile birlikte birçok ülkede belgelendirme modeli olarak uygulanmakta olan bir *uluslararası kalite yönetim modelidir* (Oymak vd., 2009, 93).

ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi, müşteri memnuniyetini artırmak için politika ve hedeflerin oluşturulması ve bu hedeflerin etkinliğinin sürekli değerlendirilerek gereken iyileştirme çalışmalarının yapılması ve bu çalışmaların süreç yaklaşımı ile

gerçekleştirilmesini teşvik eden standartlar topluluğudur (Yaman, http://www.asm.gov.tr/DOCUMENT/DOCUMENT/115_Document.PPT).

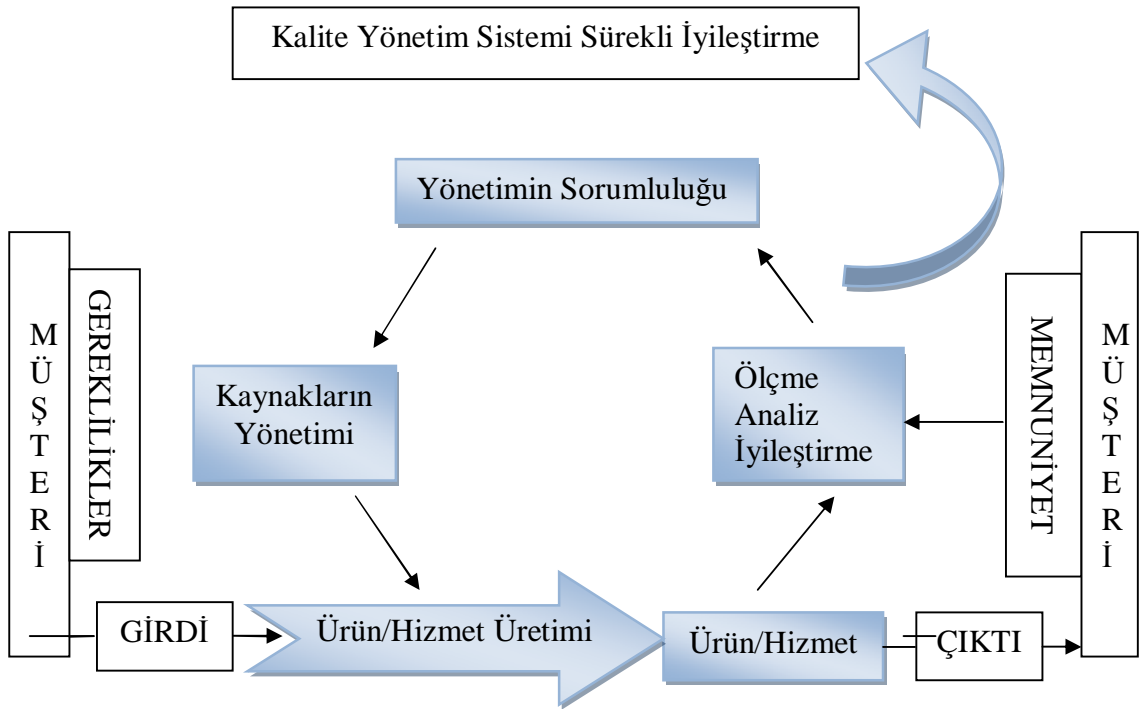
ISO 9001 Kalite Yönetim Sisteminin uygulanmasının başlıca amaçları arasında; pazarlamada imaj güçlendirmek, müşteri taleplerini ve beklentilerini karşılamak, yönetim ve denetim etkinliği sağlamak, Toplam Kalite Yönetimi'ne geçişi kolaylaştırmak ve kalite sistemi kurmak sayılabilir (Tekin, 2006; 121).

ISO 9001'in yararları, işletme içi yararlar ve işletme dışı yararlar olmak üzere iki grupta toplanır. İşletme içi yararları; yönetim etkinliğini sağlama, sistem yaklaşımıyla çalışmanın faydaları, belirsizliklerin azalmasını sağlama, hataların azalması, standartlaşmayı sağlama, etkin iletişim kurulması, sürekli eğitimin faydaları olarak sayılabilir. İşletme dışı yararları ise müşteri memnuniyetinin sağlanması, müşteri artışının olması, firma imajının güçlenmesi ve reklam harcamalarında azalma sağlanması şeklinde açıklanabilir (Tekin, 2006; 121).

ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi, sekiz temel kalite prensibine dayanmaktadır (Oymak vd., 2009, 93-94):

1. *Müşteri Odaklılık*: Kuruluşlar müşterilerine bağlıdır. Bu nedenle müşterinin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını anlamalı, müşteri şartlarını yerine getirmeli ve müşteri beklentilerini de aşmaya istekli olmalıdır.
2. *Liderlik*: Liderler, kuruluşun amaç ve idare birliğini sağlarlar. Kuruluşun hedeflerine ulaşabilmesi için tam olarak katılımın olduğu iç ortam oluşturulmalı ve sürdürülmelidir.
3. *Çalışanların Katılımı*: Her seviyedeki çalışanlar bir kuruluşun özüdür ve bunların tam katılımı, yeteneklerinin kuruluşun yararına kullanılmasını sağlar.
4. *Süreç Yaklaşımı*: Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir süreç olarak yönetildiği zaman daha verimli olarak elde edilir.
5. *Yönetimde Sistem Yaklaşımı*: Birbirleri ile ilgili süreçlerin bir sistem olarak tanımlanması, anlaşılması ve yönetilmesi, hedeflerin başarılmasında kuruluşun etkinliğine ve verimliliğine katkı sağlar.

6. *Sürekli İyileştirme*: Kuruluşun toplam performansının sürekli iyileştirilmesi, kuruluşun kalıcı hedefi olmalıdır.
7. *Karar Vermede Gerçekçi Yaklaşım*: Etkin kararlar, verilerin analizine ve bilgiye dayanır.
8. *Karşılıklı Yarara Dayalı Tedarikçi İlişkisi*: Bir kuruluş ve tedarikçileri birbirlerinden bağımsızdır ve karşılıklı yarar ilişkisi, her ikisinin artı değer yaratma yeteneğini takviye eder.



Şekil 12: Kalite Yönetim Sistemi (Oymak vd., 2009; 94)

TS EN ISO 9001 : 2008 standardı şu bölümlerden oluşmaktadır:

1. **Kapsam**
2. **Atıf Yapılan standartlar**
3. **Terimler ve Tarifler**
4. **Kalite Yönetim Sistemi**
 - 4.1. Genel Şartlar
 - 4.2. Dokümantasyon Şartları

5. Yönetim Sorumluluğu

- 5.1. Yönetimin Taahhüdü
- 5.2. Müşteri Odaklılık
- 5.3. Kalite Politikası
- 5.4. Planlama
- 5.5. Sorumluluk, Yetki ve İletişim
- 5.6. Yönetimin Gözden geçirmesi

6. Kaynak Yönetimi

- 6.1. Kaynakların Sağlanması
- 6.2. İnsan Kaynakları
- 6.3. Alt Yapı
- 6.4. Çalışma Ortamı

7. Ürün Gerçekleştirme

- 7.1. Ürün Gerçekleştirmenin Planlanması
- 7.2. Müşteri ile İlgili Prosesler
- 7.3. Tasarım ve Geliştirme
- 7.4. Satın Alma
- 7.5. Üretim ve Hizmetin Sağlanması
- 7.6. İzleme ve Ölçme Cihazlarının Kontrolü

8. Ölçme, Analiz ve İyileştirme

- 8.1. Genel
- 8.2. İzleme ve Ölçme
- 8.3. Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü
- 8.4. Veri Analizi
- 8.5. İyileştirme

Sağlık hizmetlerinde ISO 9001 Kalite Yönetim Sisteminin uygulanmasının nedenleri şu şekilde sıralanabilir (<http://www.sigmacenter.com.tr/web/makaleler/makale25.htm>):

- Akreditasyon için bir ön şarttır ve akreditasyonun temelini oluşturur.
- Kuruluşun daha iyi yönetilmesini sağlar
- Hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin daha iyi algılanmasını sağlar

- Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin artmasını sağlar.
- Hasta ve hasta yakınlarında güven duygusunu artırır.
- Kalitesizlikten kaynaklanan kayıpları azaltır.
- Sürekli iyileştirme için bir alt yapı oluşturur.
- Hizmet kalitesinin sürekliliğini sağlar.
- Tüm faaliyetlerde geniş izleme ve kontrolü sağlar.
- Kuruluş içi iletişimi artırır.
- Çalışanların kaliteye ortak olmalarını sağlar.

Sağlık hizmetlerinde ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi uygulama kararı almadan önce sağlık kurumunun üst yönetim kademesi, bu sistemi yakından incelemeli ve sistemin kurulması, işletilmesi, denetlenmesi, iyileştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin organizasyonu, personelin eğitim durumu, bilgi ve becerilerinin bu sisteme geçmek için yeterli olup olmadığına karar vermelidir. Sağlık kurumunun üst yönetimi daha sonra kalite yönetim sisteminin kurulması için bir takım oluşturmalı ve bu takım kalite yönetim sistemi uygulamalarında deneyimli bir danışman kuruluş ile çalışarak yapılacak olan değişikliğin eğitim, yazılım, uygulama faaliyetlerini hazırlamalı, yazılı hale getirmeli ve sistem oturduktan sonra uygulamayı sürdürmelidir (Çoruh, http://www.skid.org.tr/index2.php?option=com_docman@task=doc_view@gid=7@Itemid=85).

3.9.2.JCI Akreditasyonu

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ya da yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkes tarafından kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreçtir. Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu, hastanın değerlendirilmesi, bakımı, tedavi sürecine etkisi olan hasta ve yakınlarının eğitimi, hasta hakları ve yönetimle ilgili süreçlere kadar uzanan oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır (Aydın vd., 2005; 23).

Akreditasyon sisteminin temelleri ilk olarak 1913 yılında Amerika’da atılmıştır. Sağlık hizmet sunumunda artan standardizasyon ihtiyacını karşılamak amacıyla ortaya

çıkıştır. Amerikan Cerrahlar Birliği 1917 yılında Hastane Standardizasyon Programını devreye sokmuştur. Bu adım akreditasyon sistemlerinin temelini oluşturması bakımından önemli olmuştur. Başlangıçta 5 tane olan bu standartlar, hastanelerdeki klinik süreci denetlemeyi amaçlamakta ve hastanelerin uygulamaları açısından denetçiler tarafından değerlendirilmesini içermektedir. Daha sonraki yıllarda standartların sayısı ve niteliği giderek artmış, kaliteli hizmet sunumuna olan ihtiyacın artması ve farkındalığın yükselmesi sonucunda Amerika'daki sağlık kurumları, kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağladıklarını ve hasta bakım kalitelerinin yükseldiğini kanıtlamak amacıyla standartlara sahip olduklarını belgeleme ihtiyacı hissetmeye başlamışlardır (Demirbaş vd., 2005; 17).

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951'de ABD'de American Collage of Surgeons, Ameican Collage of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals)" olarak kurulmuştur. 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilince komisyonun adı "Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations)" olarak değiştirilmiştir (Sur, 2005; 15). Amerika'da sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu gerçekleştiren JCAHO'nun uluslar arası alanda faaliyet gösteren bölümünün adı Joint Commission International (JCI)'dir (<http://www.hastaguveligi.com/koseyazisi.php?id=9>).

JCI Akreditasyon programının amaçları şu şekilde sıralanabilir (Demirbaş vd., 2005; 19):

- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yönelik olarak standartları karşılamada, optimal başarı hedefleri koyarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşların karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak, sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini artırmak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak.

Tablo 13: JCI Hastane Akreditasyon Standartları

JCI Hastane Akreditasyon Standartları – 2008	
Hasta Odaklı Standartlar	Yönetim Odaklı Standartlar
Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği	Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği
Hastaların Değerlendirilmesi	Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme
Hastaların Bakımı	Tesis Yönetimi ve Güvenlik
Anestezi ve Cerrahi Bakım	Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma
İlaç Yönetimi ve Kullanımı	Çalışan Nitelikleri ve Eğitim
Hasta ve Ailesinin Hakları	İletişim ve Bilgi Yönetimi
Hasta ve Ailesinin Eğitimi	

(<http://www.hastaguvenligi.com/koseyazisi.php?id=9>)

Akreditasyon standartlarının sağladığı yararlar şöyledir (Akmak, 2005; 25):

- Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içermesi,
- Hastalara yapılan tüm uygulamaların uygulayıcı dışında yetkin uzmanlarca denetlenmesi,
- Tedavi amaçlı tüm girişimlerde hastaya zarar verebilecek etkileşimlerin denetlenmesi ve önlenmesi,
- Birden çok uzmanlık dalının aynı hastaya aynı anda müdahale edebilmesi için sistem oluşturması,

- Hastaya sunulan hizmetlerin tümü hakkında hasta ve ailesinin tam olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınması,
- Hasta ve ailesinin hastane içinde bulunduğu süre içerisinde mal ve can emniyetinin tam olarak sağlanması,
- Hizmet sunan tüm kadroların ehliyet sahibi olduklarının resmi makamlarca onaylandıktan sonra yetkilendirilmesi,
- Hasta ve ailesinin sağlıkla ilgili tüm konularda eğitimine katkı sağlanması,
- Sağlık hizmeti sunan tüm personelin sürekli hizmet içi eğitimlerinin yapılması,
- Sağlık hizmetinin sunumuna yönelik çevre kuruluşlar ile resmi işbirlikleri oluşturulması,
- Afet ya da kriz anlarında en geniş kitlelere emniyetle hizmet sunabilecek önlemleri önceden alması,
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm ekipman ve tıbbi malzemelerini kullanım için uygunluğunu resmi belgelerle sağlaması.

JCI Hastane Akreditasyon Standartları, yukarıdaki başlıklarda 400 civarında standart ve 1000'i aşkın ölçülebilir element ile sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanan etkili bir kalite değerlendirme aracıdır. JCI Hastane Akreditasyonu standartları 2008 yılı revizyonunda ; ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi, EFQM Mükemmellik Modeli, Malcolm Baldrige Ödül Sistemi, OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi ve ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi standartlarından yararlanılmıştır (Aydın, <http://www.hastaguvenligikongresi.net/authorarticledetail.php?id=1>).

3.9.3.Kalite Ödülleri

3.9.3.1.Deming Kalite Ödülü

Japonya'da verilen Deming Kalite Ödülü, Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği (JUSE) tarafından 1951 yılından beri Dr. W. Edward Deming'in kalite alanındaki katkılarından dolayı, yardımlarını ve dostluğunu sürekli anmak ve

Japonya'daki kalite kontrolün sürekli gelişimine destek sağlamak için verilmektedir (Şimşek, 2007; 348, Ertuğrul, 2006; 372, Parlak, 2004; 94).

Deming ödülü üç kategoride verilmektedir (Şimşek, 2007; 349-352):

1. *Bireyler için Deming Ödülü (The Deming Prize for Individuals)*: Toplam Kalite Yönetiminin anlaşılmasında veya istatistiksel metotların TKY için kullanılmasında önemli çalışmaları olan ve TKY felsefesinin yayılmasına yardımcı olan bireylere verilir.
2. *Deming Uygulama Ödülü (The Deming Application Prize)*: Şirketlere verilen Deming Uygulama Ödülü, istatistiksel yöntemleri kullanarak, TKY ile performanslarını son bir yıl içinde geliştiren şirketlere veya şirketlerin bölümlerine verilir. Sektör ayrımı olmaksızın, özel veya kamuya ait, büyük veya küçük, ulusal veya denizaşırı her organizasyon ödül için başvurabilmektedir.
3. *Operasyonel İşletme Birimleri için Kalite Kontrol Ödülü (Quality Control Award for Operations Business Units)*: TKY izlenerek, kalite kontrol ve kalite yönetimine başvurularak, belirtilen bir yıl içerisinde ayırt edilebilir bir performans gelişimine sahip olmuş şirketlerin işletme birimlerine verilir. Temel amaç, kalite kontrolün ve kalite yönetiminin üretim alanında kullanımını teşvik etmek ve ödüllendirmektir.

Deming Kalite Ödülü değerlendirme modeli ana kriterleri aşağıdaki gibidir (Parlak, 2004; 94):

1. Politikalar
2. Organizasyon yapısı
3. Bilgi
4. Standardizasyon
5. İnsan kaynakları
6. Kalite güvence

7. Bakım faaliyetleri
8. İyileştirme çalışmaları
9. Sonuçlar
10. Gelecek planları

3.9.3.2.Malcolm Baldrige Kalite Ödülü

Malcolm Baldrige Kalite Ödülü Amerika’da 1987 yılında oluşturulmuştur. Adını Amerika’nın eski bir ticaret bakanından alan ödül, kalite bilincini teşvik etmekte, kalite ile ilgili başarıları onurlandırmakta ve başarılı kalite stratejilerini kamuya yaymaktadır (Ertuğrul, 2006; 373).

Malcolm Baldrige Kalite Ödülü, performans geliştirmeye önem veren işletmeler için kalitedeki mükemmellik konusunda en saygın ödüldür. Bu ödülün üç amacı vardır (Ertuğrul, 2006; 373):

1. Rekabette önemi gittikçe artan kalite bilinci,
2. Kalite mükemmelliği için gerekenlerin anlaşılması,
3. Başarılı kalite stratejileri hakkında bilgilerin paylaşımı ve bu stratejilerin uygulanmasıyla sağlanan yararların artırılmasıdır.

Malcolm Baldrige Kalite Ödülü ilk verilmeye başlandığı yıllarda, üretim sektörü, hizmet sektörü ve küçük işletmeler olmak üzere üç kategoride verilmekteydi. 1999 yılında, bunlara eğitim ve sağlık sektörleri de eklenmiştir. Son olarak 2007 yılında kar amaçsız kuruluşların da ödül kategorilerine eklenmesiyle toplam altı kategoride ödül verilmeye başlanmıştır (Şimşek, 2007; 356). Ödül, yılda bir kere verilmektedir. Malcolm Baldrige Kalite Ödülü’ne başvurabilmek için gerekli seçilme koşullarını oluşturan kriterler yedi ayrı kategoride ele alınmaktadır. 1000 değerindeki toplam puan bu yedi kategoriye dağıtılmıştır. Tablo 14’de görüleceği üzere her kategori kendi içinde özel alanlara ayrılmıştır (Çetin vd., 2001; 706).

Tablo 14: Malcolm Baldrige Ödül Kriterleri ve Puanları

KRİTERLER	PUANLAR	TOPLAM PUAN
1. LİDERLİK 1.1. Organizasyonel liderlik 1.2. Yönetişim ve sosyal sorumluluk	70 50	120
2. STRATEJİK PLANLAMA 2.1. Strateji geliştirme 2.2. Strateji yayılımı	40 45	85
3. MÜŞTERİ VE PAZAR ODAKLILIK 3.1. Müşteri ve pazar bilgisi 3.2. Müşteri ilişkileri ve müşteri memnuniyeti	40 45	85
4. ÖLÇME, ANALİZ VE BİLGİ YÖNETİMİ 4.1. Organizasyonel performansın ölçümü, analizi ve geliştirilmesi 4.2. Bilgi yönetimi, bilgi teknolojileri ve organizasyonel bilgi	45 45	90
5. İNSAN KAYNAKLARI ODAKLILIK 5.1. İşgücü yükümlülüğü 5.2. İşgücü çevresi	35 50	85
6. SÜREÇ YÖNETİMİ 6.1. İş sistemleri tasarımı 6.2. İş süreci yönetimi ve geliştirilmesi	35 50	85
7. İŞ SONUÇLARI 7.1. Ürün ve hizmet çıktıları 7.2. Müşteri odaklı çıktılar 7.3. Finansal ve pazar çıktıları 7.4. İşgücü odaklı çıktılar 7.5. İşlem verimliliği çıktıları 7.6. Liderlik çıktıları	100 70 70 70 70 70	450

(http://www.quality.nist.gov/PDF_files/2009_2010_Business_Nonprofit_Criteria.pdf)

Malcolm Baldrige Kalite Ödülü kriterleri, aşağıdaki temel değerler ve kavramlar çerçevesinde değerlendirilmektedir

(http://www.quality.nist.gov/PDF_files/2009_2010_Business_Nonprofit_Criteria.pdf):

1. Vizyon sahibi liderlik
2. Müşteri yönelimli mükemmellik
3. Organizasyonel ve kişisel öğrenme
4. Çalışanları ve iş ortaklarını değerlendirme
5. Çeviklik

6. Geleceğe odaklanma
7. Yenilik yönetimi (innovasyon)
8. Gerçeklerle yönetim
9. Toplumsal sorumluluk
10. Sonuçlara odaklılık ve değer yaratma
11. Sistem perspektifi

3.9.3.3.EFQM (European Foundation for Quality Management) - Avrupa Kalite Ödülü

EFQM (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı), 1988 yılında, 14 tane çok uluslu Avrupa şirketlerinin yönetim kurulu başkanları tarafından, “Avrupa’da sürdürülebilir mükemmelliğin itici gücü olma” misyonu ile kurulan üyelik temelli ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur (Venero vd., 2007; 217). Aralık 2009 tarihi itibari ile pek çok farklı sektörde faaliyet gösteren 526 üyeye sahiptir (<http://ww1.efqm.org/en/PdfResources/EFQM%20Members%20Dec09.pdf>).

EFQM’nin iki temel görevi bulunmaktadır (Ertuğrul, 2006; 406):

1. Global rekabet avantajının elde edilmesinde kalitenin kesin etkileme sürecini hızlandırmak için Batı Avrupa Organizasyonlarının yönetimlerini desteklemek
2. Batı Avrupa topluluğunun tüm kurumlarının kalite geliştirme etkinliklerine katılmasını özendirmek ve gerekirse yardımda bulunmak, böylelikle tüm Avrupa’nın kalite kültürünü artırmaktır.

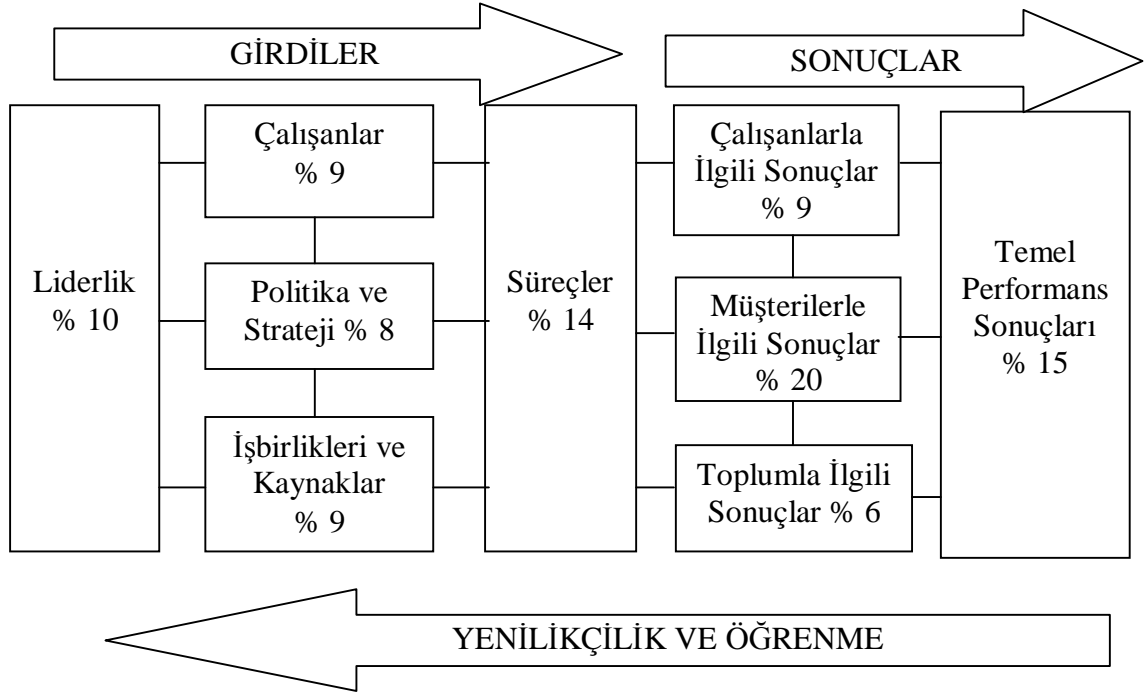
Avrupa Kalite Ödülü, EFQM tarafından Avrupa Kalite Örgütü (EOQ) ve Avrupa Komitesi’nin desteği ile 1991’de başlamıştır (Çetin vd., 2001; 654). EFQM, her yıl kurumsal kalite alanındaki en dikkat çekici başarıyı belirleyip diğer işletmelerin örnek almaları gereken bir model olarak ödüllendirir (Parlak, 2004; 89).

3.9.3.3.1.EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM Mükemmellik Modeli, sürekli mükemmelliği yakalamanın pek çok değişik yaklaşımı kullanarak da mümkün olabileceğini kabul eden ve reçete sunmayan bir çerçevedir. Bu çerçevenin alt yapısını oluşturan sekiz tane temel kavram bulunmaktadır. Bunlar (<http://www.sigmacenter.com.tr/kutuphane/tkyefqm.pdf>):

1. *Sonuçlara Yönlendirme*: Mükemmellik, bütün paydaşların (çalışanların, müşterilerin, tedarikçilerin, toplumun ve kuruluşla finansal ilişkisi bulunan herkesin) gereksinimleri arasında bir denge sağlayabilmeye ve bütün paydaşların gereksinimlerini karşılayabilmeye bağlıdır.
2. *Müşteri Odaklılık*: Müşteri, ürün ve hizmet kalitesiyle ilgili son sözü söyleyecek kişidir; bu nedenle, mevcut ve potansiyel müşterilerin gereksinimlerine odaklanarak müşteri bağlılığı, müşteri tutma ve pazar payını artırma gibi konularda en yüksek düzeye ulaşılmaya çalışılmalıdır.
3. *Liderlik ve Amacın Tutarlılığı*: Bir kuruluşun liderlerinin davranışları kuruluş içinde amacın berraklığını, birliğini sağlar, hem kuruluşun hem de çalışanlarının mükemmelliğe erişebilecekleri bir ortam yaratır.
4. *Süreçler ve Verilerle Yönetim*: Kuruluşlar, en iyi performanslarını birbiri ile ilişkili tüm faaliyetler anlaşıldığı, sistematik bir biçimde yönetildiği ve işlemleri ve planlanan iyileşmeleri ilgilendiren kararlar paydaşların görüşlerini kapsayan güvenilir bilgilere dayanılarak alındığı zaman gösterirler.
5. *Çalışanların Geliştirilmesi ve Katılım*: Bir kuruluşun, çalışanlarının potansiyelini tam olarak yaşama geçirebilmesi için paylaşılan değerler ile bir güven ve yetkelendirme kültürü olması gerekir. Böyle bir ortam herkesin katılımını kolaylaştırır.
6. *Sürekli Öğrenme, Yenilikçilik ve İyileştirme*: Kuruluşun performansı; bilgi birikimi, sürekli bir öğrenme, yenilikçilik ve iyileştirme kültürü içinde yönetilirse ve paylaşırsa en üst noktaya çıkar.
7. *İşbirliklerin Geliştirilmesi*: Bir kuruluşun en iyi performansını ortaya koyması işbirliği yaptığı kuruluşlarla güvene, bilgi birikiminin paylaşılmasına ve bütünleşmeye dayalı, karşılıklı yarar sağlayan ilişkiler kurmasına bağlıdır.

8. *Kurumsal Sosyal Sorumluluk*: Kuruluşun ve çalışanlarının uzun vadeli çıkarlarının korunması etik bir yaklaşımın benimsenmesine, genel olarak toplumun beklentilerinin ve var olan düzenlemelerin aşılmasına bağlıdır.



Şekil 13: EFQM Mükemmellik Modeli (Venero vd., 2007; 217)

EFQM Mükemmellik Modeli, şekil 13'de görüldüğü gibi dokuz ana kriter üzerine kurulmuş ve zorunluluk içermeyen bir modeldir. Bu kriterlerden beşi girdi kriterlerini (liderlik, çalışanlar, politika ve strateji, işbirlikleri ve kaynaklar, süreçler), dördü ise sonuç kriterlerini (çalışanlarla ilgili sonuçlar, müşterilerle ilgili sonuçlar, toplumla ilgili sonuçlar ve temel performans sonuçları) oluşturur. Girdi kriterleri, kuruluşun yaptığı faaliyetleri, sonuç kriterleri ise o kuruluşun neler gerçekleştirdiğini yani başarılarını göstermektedir (Venero vd., 2007; 217).

Şeklin alt ve üst tarafındaki oklar, modelin dinamik yapısını ortaya koymaktadır. Bu oklar, girdilerdeki iyileştirmeleri sağlayan ve böylece sonuçlardaki iyileştirmelere yol açan yenilikçilik ve öğrenme yaklaşımını gösterir (Eroğlu, 2007; 36).

EFQM Mükemmellik modelinin her bir değerlendirme kriterinin bir ağırlık puanı bulunmaktadır. Girdiler ve sonuçların her biri %50 değer taşımaktadır. Her bir kriter önemine göre puanlandırılmıştır. Müşteriler ile ilgili sonuçlar, %20 ile en yüksek değere sahiptir. Bu puanlar mükemmellik modeli uygulayan kuruluşların ödül başvurularının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ayrıca, kuruluşun özdeğerlendirme işleminde de kullanılmaktadır. Özdeğerlendirme, uygulayan kuruluşlar için ilerlemeyi izleyebilecekleri sayısal göstergeleri sağlamaktadır (Oymak vd., 2009; 196). Her bir kriter, daha iyi anlaşılmasının sağlanması amacıyla çeşitli sayıda alt kriterlerle desteklenmiştir. Alt kriterler, değerlendirme sırasında cevaplandırılması gereken çeşitli sayıda soruyu da ortaya koyar (Eroğlu, 2007; 35).

3.9.3.3.2. Özdeğerlendirme

Bir kuruluşun faaliyetlerini ve iş sonuçlarını, EFQM mükemmellik modelini esas alan bir modelle kıyaslayarak, kapsamlı, sistematik ve düzenli olarak gözden geçirme faaliyetidir. Özdeğerlendirmenin yararları aşağıda sıralanmıştır (http://koyk.kalder.org/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=5):

- Kuvvetli yönler ve iyileştirmeye açık alanlar belirlenir.
- Gelişmelerin düzenli ölçülmesi için somut verilere dayalı bir sistemdir.
- Çalışanları Mükemmelliğin Temel Kavramları konusunda eğitir.
- Kuruluşu hem kurum hem de iş birimi düzeyinde değerlendirir.
- İyi uygulamaların ortaya çıkmasını sağlar.
- Avrupa genelinde kabul görmüş kriterlerin kullanılması ile benzer veya farklı nitelikteki başka kuruluşlar ile karşılaştırılma yapılmasını sağlar.
- İş planı ve stratejilerin oluşturulmasını iyileştirir.
- Kuruluşu Ulusal ve/veya Avrupa Kalite Ödülü başvurusuna hazırlar.

3.9.3.3.RADAR Mantığı

Modelin kalbinde RADAR olarak tanımlanan bir mantık yer alır. RADAR, dört boyuttan oluşur (http://koyk.kalder.org/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=5):

1. *Sonuçlar (Results)*: Kuruluşun neler elde ettiğini içerir.
2. *Yaklaşım (Approach)*: Kuruluşun ne yapmayı planladığını ve bunu yapmaktaki nedenlerini içerir.
3. *Yayılm (Deployment)*: Kuruluşun, yaklaşımını yaşama geçirmek için neler yaptığını içerir.
4. *Değerlendirme ve Gözden Geçirme (Assessment&Review)*: Kuruluşun yaklaşımını ve yaklaşımının yayılımını değerlendirmek ve gözden geçirmek için neler yaptığını içerir.

Tablo 15: EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri

KRİTERLER	ALT KRİTERLER
<p>1. LİDERLİK: Mükemmel liderler; -Vizyonu ve misyonu geliştirirler ve onların gerçekleştirilmesini kolaylaştırırlar. -Kalıcı başarı için gerekli olan kurumsal değerleri ve sistemleri geliştirirler ve bunları faaliyetleri ve davranışları ile yaşama geçirirler. -Değişim dönemlerinde amacın tutarlılığını sağlarlar. -Gerektiğinde, kuruluşun yönünü değiştirebilirler ve izlenmesi için diğerlerini cesaretlendirirler.</p>	<p>1a. Liderler, kuruluşun vizyon, misyon ve değerlerini oluştururlar ve bir mükemmellik kültürü doğrultusunda örnek olurlar. 1b. Liderler, kuruluşun yönetim sisteminin oluşturulması, bu sistemin yaşama geçirilmesi ve sürekli olarak iyileştirilmesi çalışmalarında kişisel rol oynar. 1c. Liderler, müşterilerle, işbirliği yapılan kuruluşlarla ve toplumun temsilcileri ile ilişkileri yürütürler. 1d. Liderler, mükemmellik kültürünü, kuruluşun çalışanları ile sağlamlaştırırlar. 1e. Liderler, kurumsal değişim ihtiyacını belirler ve değişime öncülük ederler.</p>
<p>2. POLİTİKA VE STRATEJİ: Mükemmel kuruluşlar; -İçinde yer aldığı pazarı ve sektörü göz önünde tutan paydaş odaklı bir strateji geliştirerek misyon ve vizyonunu hayata geçirirler. -Stratejiyi geliştirmek için politikalar,</p>	<p>2a. Politika ve strateji, paydaşların mevcut durumdaki ve gelecekteki gereksinim ve beklentilerini temel alır. 2b. Politika ve strateji, performans ölçümü, araştırma, öğrenme ve dış faaliyetlerden elde edilen bilgileri temel alır. 2c. Politika ve strateji oluşturulur, gözden</p>

<p>planlar, amaçlar ve süreçler oluştururlar ve uygularlar.</p>	<p>geçirilir ve güncelleştirilir. 2d. Politika ve strateji duyurulur ve kilit süreçler çerçevesi yoluyla yayılımı gerçekleştirilir.</p>
<p>3. ÇALIŞANLAR: Mükemmel kuruluşlar; -Çalışanların bilgi birikimlerini ve tüm potansiyellerini bireysel düzeyde, ekip düzeyinde ve kuruluşun bütününde yönetir, geliştirir ve özgürce kullanmalarını sağlar. -Tüm çalışanlara adil ve eşit davranır, onların faaliyetlere katılımını sağlar ve onları yetkelendirir. -Beceri ve bilgi birikimlerini kuruluşun çıkarları doğrultusunda kullanmaları için çalışanlarına önem vererek, onları tanıyarak ve başarılarını takdir ederek motive eder ve sürekli katılımlarını sağlar.</p>	<p>3a. İnsan kaynakları planlanır, yönetilir ve iyileştirilir. 3b. Çalışanların bilgi birikimleri ve yetkinlikleri belirlenir, geliştirilir ve sürdürülür. 3c. Çalışanların katılımı ve yetkelendirilmesi sağlanır. 3d. Çalışanlar ile kuruluş arasında diyalog sözkonusudur. 3e. Çalışanlar takdir edilir, tanınır ve gözetilir.</p>
<p>4. İŞBİRLİKLERİ VE KAYNAKLAR Mükemmel kuruluşlar; -Politika ve stratejilerini ve süreçlerinin etkin bir biçimde işleyişini destekleyecek şekilde dış işbirliklerini, tedarikçilerini ve iç kaynaklarını planlar ve yönetir. -Planlama sırasında ve işbirliklerini ve kaynaklarını yönetirken kuruluşun, toplumun ve çevrenin mevcut durumundaki ve gelecekle ilgili gereksinimlerini dengeler.</p>	<p>4a. Kuruluş dışı işbirlikleri yönetilir. 4b. Finansal kaynakları yönetilir. 4c. Binalar, donanım ve malzemeler yönetilir. 4d. Teknoloji yönetilir. 4e. Bilgi ve bilgi birikimi yönetilir.</p>
<p>5. SÜREÇLER: Mükemmel kuruluşlar; -Politika ve stratejilerini destekleyecek, müşterilerini ve diğer paydaşlarını tam olarak tatmin edecek ve onlar için katma değer artmasını sağlayacak biçimde süreçlerini tasarlar, yönetir ve iyileştirir.</p>	<p>5a. Süreçler, sistematik olarak tasarlanır ve yönetilir. 5b. Süreçler, müşterileri ve diğer paydaşları tam olarak tatmin etmek ve onlar için giderek artan bir değer yaratmak amacıyla gerektiğinde yenilikçi yaklaşımlar kullanılarak iyileştirilir. 5c. Ürün ve hizmetler, müşteri beklenti ve gereksinimleri temel alınarak tasarlanır ve geliştirilir. 5d. Ürün ve hizmetler üretilir, sunulur ve servisi sağlanır. 5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve geliştirilir.</p>
<p>6. MÜŞTERİLERLE İLGİLİ SONUÇLAR Mükemmel kuruluşlar; -Müşterileri ile ilgili olarak kapsamlı</p>	<p>6a. Algılama ölçümleri 6b. Performans göstergeleri</p>

performans ve algılama göstergeleri kullanır ve başarılı sonuçlar elde ederler.	
<p>7. ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SONUÇLAR</p> <p>Mükemmel kuruluşlar; -Çalışanları ile ilgili olarak kapsamlı performans ve algılama göstergeleri kullanır ve başarılı sonuçlar elde ederler.</p>	<p>7a. Algılama ölçümleri 7b. Performans göstergeleri</p>
<p>8. TOPLUMLA İLGİLİ SONUÇLAR</p> <p>Mükemmel kuruluşlar; -Toplumla ilgili olarak kapsamlı performans ve algılama göstergeleri kullanır ve başarılı sonuçlar elde ederler.</p>	<p>8a. Algılama ölçümleri 8b. Performans göstergeleri</p>
<p>9. TEMEL PERFORMANS SONUÇLARI</p> <p>Mükemmel kuruluşlar; -Politika ve stratejilerin temel unsurları ile ilgili olarak kapsamlı performans göstergeleri kullanır ve başarılı sonuçlar elde ederler.</p>	<p>9a. Temel performans çıktıları 9b. Temel performans göstergeleri</p>

(<http://www.sigmacenter.com.tr/kutuphane/tkyefqm.pdf>)

Avrupa Kalite Ödülü için başvuran kuruluşlar 1000 puan üzerinden değerlendirilir. Ayrıca her kriterin belirlenmiş bir ağırlık katsayısı vardır. Alanında uzman değerlendiriciler, kriterleri değerlendirirken RADAR puanlandırma yöntemini kullanmaktadırlar. Girdiler ve Sonuçlar için ayrı ayrı boyutlar dikkate alınır. Genel toplam puan, kriterlere verilen puanların, modelde yer alan kriter ağırlıkları ile oranlanması ile bulunur (Çetin vd., 2001; 655).

3.9.3.4.TÜSİAD-KALDER Ulusal Kalite Ödülü

Çağdaş kalite felsefesinin ülkemizde etkinlik kazanması veya yaygınlaştırılması amacıyla 1991 yılında Kalite Derneği (KalDer) kurulmuştur. TKY'yi uygulayan ve uygulamak üzere hazırlıklarını sürdüren kuruluşları bünyesinde toplayan derneğe, sağlık kuruluşlarından da katılım olmuştur. KalDer, 1992 yılından bu yana her yıl kalite profesyonellerinin bulunduğu Ulusal Kalite Kongresi düzenlemektedir. Bu kongrede,

ülkemizdeki tüm özel, kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra sivil toplum kuruluşları da TKY ilişkin uygulama ve deneyimlerini paylaşmaktadırlar (Kaya, 2003; 65).

Toplam kaliteyi başarı ile uygulayan kuruluşların örnek modeller olarak ortaya çıkartılması ve TKY'nin daha yaygın bir biçimde Türkiye'de uygulanmasının teşvik edilmesi amacıyla Kal-Der ve TÜSİAD tarafından, 1993 yılından beri her yıl TÜSİAD-KalDer Kalite Ödülü verilmektedir (Parlak, 2004; 87). Çeşitli ödül yapılarının incelenmesi sonucunda Avrupa ile bütünleşmemize katkıda bulunabileceği, esnek yapısının uygulamada kolaylık yaratacağı göz önüne alınarak Avrupa Kalite Ödülü'ne temel teşkil eden EFQM Mükemmellik Modeli, Kal-Der tarafından Türkiye Ulusal Kalite Ödülü modeli olarak benimsenmiştir (Şimşek, 2007; 361).

Ulusal Kalite Ödülü, üç ana kategoride verilmektedir (Parlak, 2004; 88):

1. İşletme kategorileri

- Büyük ölçekli işletmeler (çalışan sayısı 250'nin üstünde)
- Operasyonel birimler
- Bağımsız KOBİ (çalışan sayısı 250'den az, küçük ve orta büyüklükteki işletmeler)
- Bağlı KOBİ (çalışan sayısı 250'den az ve hisselerinin %25 veya daha fazlası bir holding veya gruba ait olan küçük ve orta büyüklükteki işletmeler)

2. Kamu sektörü kategorileri

- Sağlık hizmetleri kategorisi
- Eğitim hizmetleri kategorisi
- Kamu yönetimi ve hizmetleri kategorisi

3. Sivil toplum kuruluşları kategorisi

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE

YÖNELİK ÖRNEK BİR UYGULAMA

4.1.Araştırmanın Önemi

Günümüzde sağlık kurumları arasındaki rekabete özel hastanelerin yanı sıra kamu hastaneleri de dahil olmuş durumdadır. Sağlık sisteminde yapılan değişimler sayesinde hastalar, belirli miktarlarda fark ödeyerek istedikleri özel, kamu ya da üniversite hastanesinde, istedikleri hekime muayene olarak sağlık hizmeti satın alabilmektedir. Bu nedenle, tüm sağlık kuruluşları, artan rekabet ortamında kar elde etmek ve varlıklarını sürdürebilmek için kaliteye önem vermek durumundadırlar.

Sağlık hizmetleri doğrudan insan sağlığı ile ilgilidir. Sağlık hizmetinin sunumu sırasında olabilecek en küçük bir hata telafisi olmayan sonuçlarla karşı karşıya kalınmasına neden olabileceğinden sağlık hizmetlerinde kalite yadsınamayacak bir gerekliliktir.

Sağlık hizmeti alırken müşterilerin daha bilinçli olması, sağlık kuruluşlarında uygulanan kalite yönetim politikaları, artan rekabet ortamı, gelişen teknoloji ve artan bilgi birikimine paralel olarak her geçen gün daha yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Bu bağlamda, hastanelerin sundukları sağlık hizmetlerinin kalite düzeylerini belirli aralıklarla değerlendirmeleri, müşterilerin beklentilerinin tespit edilmesinde ve iyileştirilmesi gereken alanların belirlenmesinde faydalı olmaktadır.

4.2.Araştırmanın Amacı

Merkez Efendi Devlet Hastanesi, 2007 yılının Mart ayında ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi kurma çalışmalarına başlamış ve Temmuz 2008'de ISO

9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi sertifikasına sahip olmuştur. Bu bağlamda, araştırmanın ana amacı; kalite yönetim sistemi kapsamında, Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların, hastaneye ilişkin algıladıkları hizmet kalitesinin ölçülmesidir. Araştırmanın alt amaçları ise şöyledir:

- Hizmet kalitesi boyutlarının önem düzeylerini belirlemek,
- Hizmet kalitesi boyutlarının SERVQUAL skorlarını belirleyerek, boyut bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyini tesbit etmek,
- Her bir hizmet kalitesi boyutuna ilişkin elde edilen SERVQUAL skorları ile demografik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemek,
- Hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişkinin yönünü ve kuvvetini değerlendirmektir.

4.3.Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlar

Araştırma, Manisa il merkezinde bulunan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı, ikinci basamak tedavi kuruluşu olan Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır.

1979 yılında kurulmuş olan Merkez Efendi Devlet Hastanesi, 151 yatak kapasitesine sahiptir. Tüm dahili birimlere (genel dahiliye, fizik tedavi ve rehabilitasyon, dermatoloji, enfeksiyon hastalıkları, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji servisleri) ait yatak sayısı 61, tüm cerrahi birimlere (beyin cerrahi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz, kulak-burun-boğaz, ortopedi, üroloji servisleri) ait yatak sayısı 70'dir. Araştırmaya hastaların sağlık durumları nedeniyle dahil edilmeyen yoğun bakımların (anestezi yoğun bakım, dahiliye yoğun bakım, koroner yoğun bakım) toplam yatak sayısı 20'dir. Buna göre, yapılan araştırma 131 yatağı kapsamaktadır.

Araştırmanın yapılacağı hastanede gerekli çalışmanın yapılabilmesi için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü ve Merkez Efendi Devlet Hastanesi Başhekimliğine müracaatlar yapıp gereken izinler alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır.

Araştırmaya, 17 yaşından büyük, dahili ya da cerrahi birimlerde yatarak tedavi gören ve yatış süresi en az 2 gün olan, sağlık durumu anketi doldurmaya elverişli olan ve anketi doldurmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

Araştırmayı sınırlayan en önemli etkenler; zaman, maliyet ve hastaların sağlık durumlarıdır. Araştırmaya yoğun bakımlarda tedavi gören hastalar ile servislerde yatan ancak sağlık durumu anketi yanıtlamaya elverişli olmayan hastalar dahil edilmemiştir. Ayrıca daha verimli sonuçlar elde edebilmek için araştırmaya dahil edilen hastaların büyük bir çoğunluğunun eğitim seviyeleri düşük olduğundan anketler birebir uygulanmıştır. Yapılan araştırmada örneklem büyüklüğü 118 hasta ile sınırlı kalmıştır.

4.4.Araştırmanın Yöntemi

Araştırma için gerekli veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze (kişisel görüşme) anket tekniği ile 15-Ekim/15-Kasım 2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi istatistik birimindeki kayıtlara göre 2009 yılı içinde yoğun bakımlar dahil hastanede yatarak tedavi gören hasta sayısı 8640 kişidir. Hastanede ayda ortalama 720 kişi yatarak tedavi görmektedir. Araştırmanın yapıldığı aylar olan Ekim ayında 694, Kasım ayında 498 hasta dahili ve cerrahi bilimlerde yatarak tedavi görmüştür. 15-Ekim/15-Kasım tarihleri arasında yatarak tedavi gören ortalama hasta sayısı 586 olduğundan araştırmanın yapıldığı tarihler arasında yatan hastaların %20'si araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada Basit Tesadüfi Örneklem yöntemi ile denek hastalar seçilmiştir. nedeni ile toplam 118 yatan hastaya anket uygulanabilmiştir.

4.5.Verileri Toplama Araçları

Merkez Efendi Devlet Hastanesinde hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Her bir SERVQUAL ölçeği dört kısımdan meydana gelmektedir:

- Ölçeğin birinci kısmında hastaların hastane hizmetleriyle ilgili beklentilerini içeren toplam 22 beklenti maddesinin 5’li likert ölçek üzerinden değerlendirmesi istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum=5).
- Ölçeğin ikinci kısmında hastaların kalite boyutlarına verdikleri önem derecelerine göre 100 puanın bölüştürülmesi istenmektedir.
- Ölçeğin üçüncü kısmında, hastaların hizmet aldıkları hastanenin hizmetlerine yönelik algılarının değerlendirildiği 22 algı maddesi yer almakta ve yine hastalardan 5’li likert ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum=1, Kesinlikle Katılıyorum=5).
- Ölçeğin dördüncü kısmında ise; hastaların demografik özellikleri, hastaların gelecekte ihtiyaç olması durumunda aynı hastaneyi tercih edip etmemeleri ve hastanenin başkasına tavsiye edilip edilmemesi ile ilgili sorular yer almaktadır.

4.6. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre kalite boyutlarından “Fiziksel Özellikler” Skoru arasında anlamlı bir fark vardır.

H2: Hastaların yaş gruplarına göre kalite boyutlarından “Heveslilik” Skoru arasında anlamlı bir fark vardır.

H3: Hastaların yaş gruplarına göre Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorları arasında anlamlı bir fark vardır.

H4: Hastaların yaş gruplarına göre Ağırlıklı SERVQUAL Skorları arasında anlamlı bir fark vardır.

H5: Hastaların mesleklerine göre kalite boyutlarından “Güvenilirlik” Skoru arasında anlamlı bir fark vardır.

H6: Hastaların mesleklerine göre Ağırlıklı SERVQUAL Skorları arasında anlamlı bir fark vardır.

H7: Hastaların eğitim durumuna göre kalite boyutlarından “Heveslilik” Skoru arasında anlamlı bir fark vardır.

H8: Hastaların eğitim durumuna göre kalite boyutlarından “Güven” Skoru arasında anlamlı bir fark vardır.

H9: Hastaların eğitim durumuna göre kalite boyutlarından “Empati” Skoru arasında anlamlı bir fark vardır.

H10: Hastaların eğitim durumuna göre Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorları arasında anlamlı bir fark vardır.

H11: Hastaların eğitim durumuna göre Ağırlıklı SERVQUAL Skorları arasında anlamlı bir fark vardır.

H12: Hastaların yaşadıkları yere göre kalite boyutlarından “Heveslilik” Skoru arasında anlamlı bir fark vardır.

4.7.Verilerin Analizleri

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 16.0 (Statistical Program for Social Science) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi, ortalamalar arası farklılıkların anlamlılığı için t-testi ve gruplu olan değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA-Oneway) testleri ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

4.7.1.Araştırmada Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin Güvenilirlik Analizleri

Güvenilirlik; bir ölçme aracında bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan bir kavramdır. Güvenilirlik analizi, toplam puanlar üzerine kurulu ölçeklere (Likert ölçeği) dayalı araçların güvenilirliğini

ortaya koymaya yarayan Cronbach Alfa katsayıları hesaplar. Cronbach Alfa katsayısı, ölçekte yer alan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriteri ise aşağıda belirtilmiştir (Özdamar, 1999; 512–522):

$00.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Araştırmada her bir hastane için kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algı maddelerine %95 güven düzeyinde SPSS for Windows (Statistical Program for Social Science) 16.0 programı kullanılarak ayrı ayrı güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algı maddeleri için yapılan güvenilirlik analizi sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde kullanılan SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileriyle ilgili maddeleri için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,953 ($p < 0,001$), verilen hizmetlere yönelik hasta algılarıyla ilgili ölçek maddeleri için yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach Alfa katsayısı 0,980 ($p < 0,001$) olarak hesaplanmıştır. Daha önce ifade edildiği gibi 0 ile 1 arasında yer alan alfa değerinin 1'e yakın olması, kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu anlamına gelmektedir. Yukarıda belirtilen kriterler ve güvenilirlik analizinde hesaplanan Cronbach Alfa değerleri göz önüne alındığında, araştırmada da kullanılan SERVQUAL ölçeğinin çok yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

4.7.2.Frekans Analizleri

Araştırmaya katılan hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre dağılımı Tablo 16' da gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların %43,2'si dahili birimler, %56,8'i ise cerrahi birimlerde tedavi görmektedir.

Tablo 16: Araştırmaya Katılanların Tedavi Gördükleri Kliniklere Göre Dağılımı

Tedavi Görülen Klinik	Frekans	Yüzde (%)
Dahili Birimler	51	43,2
Cerrahi Birimler	67	56,8
Toplam	118	100

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 17’ de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %60,2’si kadın, %39,8’inin ise erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 17: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
Kadın	71	60,2
Erkek	47	39,8
Toplam	118	100

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı, Tablo 18’de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %20,3’ü 20 yaş ve altında, %15,3’ü 30–39 yaş arası, %16,9’u 40–49 yaş arası, %16,9’u 50–59 yaş arası ve %30,5’i 60 yaş ve üzeri yaş grubu hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 18: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Frekans	Yüzde (%)
29 yaş ve altı	24	20,3
30–39 yaş	18	15,3
40–49 yaş	20	16,9
50–59 yaş	20	16,9
60 yaş ve üzeri	36	30,5
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre dağılımı, Tablo 19’da gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %16,1’i bekar ve %83,9’u ise evli hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 19: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Frekans	Yüzde (%)
Bekâr	19	16,1
Evli	99	83,9
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre dağılımı, Tablo 20’de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %15,2’si işçi, %12,5’i çiftçi, %39,3’ü ev hanımı, %14,3’ü emekli ve % 18,8’i diğer (memur, serbest meslek, öğrenci ve diğer meslek gruplarını kapsamaktadır) meslek dallarıyla uğraşan hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 20: Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Frekans	Yüzde (%)
İşçi	17	15,2
Çiftçi	14	12,5
Ev Hanımı	44	39,3
Emekli	16	14,3
Diğer	21	18,8
Toplam	112	100,0

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %21,2’si okuryazar değildir, %35,6’sı ilkokul, %11,0’i ortaokul, %19,5’i lise ve %12,7’si üniversite mezunudur.

Tablo 21: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde (%)
Okuryazar değil	25	21,2
İlkokul	42	35,6
Ortaokul	13	11,0
Lise	23	19,5
Üniversite	15	12,7
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları yerlere göre dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %61,9’u ilde, %17,8’i ilçede ve %20,3’ü kasaba ve köyde yaşamakta olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 22: Araştırmaya Katılanların Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı

Yaşadıkları Yer	Frekans	Yüzde (%)
İl	73	61,9
İlçe	21	17,8
Kasaba-Köy	24	20,3
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların aylık gelir-gider durumlarının dağılımı Tablo 23’de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %2,5’i aylık gelirlerinin giderlerinden fazla, %34,7’si aylık gelirlerinin giderlerinden az ve %62,7’si aylık gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir.

Tablo 23: Araştırmaya Katılanların Gelir-Gider Durumlarına Göre Dağılımı

Gelir-Gider Durumu	Frekans	Yüzde (%)
Aylık gelirim giderimden fazla	3	2,5
Aylık gelirim giderimden az	41	34,7
Aylık gelirim giderime denk	74	62,7
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı Tablo 24’de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %52,5’i SSK’ya, %17,8’i Bağ-Kur’a ve %29,7’si diğer sosyal güvence kuruluşlarına bağlı oldukları belirtmiştir. Diğer grubunda yer alan seçenekler; Emekli Sandığı, Resmi Kurum, Yeşil Kart, Sosyal Güvencem Yok ve diğerdir.

Tablo 24: Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	Frekans	Yüzde (%)
SSK	62	52,5
Bağ-Kur	21	17,8
Diğer	35	29,7
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde daha önce yatarak tedavi görüp görmediklerine ilişkin dağılım Tablo 25’de gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların %39’u daha önce bu hastanede yatarak tedavi gördüklerini % 61’i ise daha önce bu hastanede yatarak tedavi görmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 25: Araştırmaya Katılanların “Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde daha önce yatarak tedavi gördünüz mü? Cevabına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tedavi gördünüz mü?	Frekans	Yüzde (%)
Evet	46	39,0
Hayır	72	61,0
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların “Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ne ihtiyacınız olduğunda tekrar gelir misiniz?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı Tablo 26’da

görülmektedir. Tablo 26 incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun Merkez Efendi Devlet Hastanesi'ne ihtiyaçları olduğunda tekrar gelecekleri yönünde cevap vermişlerdir.

Tablo 26: Araştırmaya Katılanların “Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ne ihtiyacınız olduğunda tekrar gelir misiniz?” Cevabına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tekrar Gelir misiniz?	Frekans	Yüzde (%)
Evet	117	99,2
Hayır	1	0,8
Toplam	118	100,0

Araştırmaya katılan hastaların hizmet aldıkları hastaneyi başkasına tavsiye edip etmemesi ile ilgili dağılım Tablo 27’de görülmektedir. Tablo 27 incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun hizmet aldığı hastaneyi başkalarına tavsiye ettiği görülmektedir.

Tablo 27: Araştırmaya Katılanların “Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ni yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?” Cevabına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tavsiye Eder misiniz?	Frekans	Yüzde (%)
Evet	117	99,2
Hayır	1	0,8
Toplam	118	100,0

4.7.3.Araştırmaya Katılan Hastaların Beklentileri ve Algıları İle İlgili Bulgular

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileri ile ilgili olan kısmında, beş hizmet kalitesi boyutuna (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) ilişkin toplam 22 soru önermesi yer almış ve bu soru önermeleri

katılımcılar tarafından 5 noktalı Likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmıştır (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum =5 olacak şekilde). Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin 5 boyutu ve her bir boyut altında yer alan beklenti ve algı maddelerinin (ifadelerin) dağılımı aşağıdaki şekildedir:

Ölçeğin Hasta Beklentileri ile ilgili bölümü

Fiziksel Özellikler

- E1.Mükemmel bir hastane modern araç- gereçlere sahiptir.
- E2.Mükemmel bir hastanenin bina ve tesisleri göze hoş görünür.
- E3.Mükemmel bir hastanede çalışanlar temiz ve düzgün görünümlüdür.
- E4.Mükemmel bir hastanede hizmet verirken kullanılan malzemeler göze hoş görünür.

Güvenilirlik

- E5.Mükemmel bir hastane, verdiği sözü zamanında yerine getirir.
- E6.Mükemmel bir hastane, bir hastanın sorunu olduğunda sorunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.
- E7.Mükemmel bir hastane, hizmeti ilk seferde doğru şekilde gerçekleştirir.
- E8.Mükemmel bir hastane, hizmetlerini söz verdiği süre içinde tamamlar.
- E9.Mükemmel bir hastane, kayıtlarını hatasız bir şekilde tutar.

Heveslilik

- E10.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir.
- E11.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara zamanında hizmet verir.
- E12.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara yardım etmek için her zaman isteklidir.
- E13.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz.

Güven

- E14.Mükemmel bir hastanede çalışanların davranışları hastalarda güven duygusu yaratır.
- E15.Mükemmel bir hastanede hastalar, aldıkları hizmetle ilgili işlemlerde kendilerini güvende hisseder

E16.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara karşı her zaman saygılıdır.

E17.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahiptir.

Empati

E18.Mükemmel bir hastanede hastalara özel ilgi gösterilir.

E19.Mükemmel bir hastanenin çalışma saatleri tüm hastalar için uygundur.

E20.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, her hastaya özel ilgi gösterir.

E21.Mükemmel bir hastane, hastalarının menfaatleri ile candan ilgilenir.

E22.Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar.

Ölçeğin Hasta Algıları ile ilgili Bölümü

Fiziksel Özellikler

P1.Merkez Efendi Devlet Hastanesi, modern araç- gereçlere sahiptir.

P2.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin, bina ve tesisleri göze hoş görünür.

P3.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde, çalışanlar temiz ve düzgün görünümlüdür.

P4.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde, hizmet verirken kullanılan malzemeler göze hoş görünür.

Güvenilirlik

P5.Merkez Efendi Devlet Hastanesi, verdiği sözü zamanında yerine getirir.

P6.Merkez Efendi Devlet Hastanesi, bir hastanın sorunu olduğunda sorunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.

P7.Merkez Efendi Devlet Hastanesi, hizmeti ilk seferde doğru şekilde gerçekleştirir.

P8.Merkez Efendi Devlet Hastanesi, hizmetlerini söz verdiği süre içinde tamamlar.

P9.Merkez Efendi Devlet Hastanesi, kayıtlarını hatasız bir şekilde tutar.

Heveslilik

P10.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir.

P11.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalara zamanında hizmet verir.

P12.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalara yardım etmek için her zaman isteklidir.

P13.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz.

Güven

P14.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanların davranışları hastalarda güven duygusu yaratır.

P15.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hastalar, aldıkları hizmetle ilgili işlemlerde kendilerini güvende hisseder

P16.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalara karşı her zaman saygılıdır.

P17.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahiptir.

Empati

P18.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hastalara özel ilgi gösterilir.

P19.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin çalışma saatleri tüm hastalar için uygundur.

P20.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, her hastaya özel ilgi gösterir.

P21.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin hastalarının menfaatleri ile candan ilgilenir.

P22.Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar.

Algılanan kalite ve beklenen kalite arasındaki boşlukları hesaplamak amacıyla, her bir beklenen kalite ifadelerinden, algılanan kalite ifadeleri çıkartılmış ve boyutlar bazında boşluklar hesaplanmıştır.

$$SQ_1 = [(P_1 - E_1) + (P_2 - E_2) + (P_3 - E_3) + (P_4 - E_4)] / 4$$

$$SQ_2 = [(P_5 - E_5) + (P_6 - E_6) + (P_7 - E_7) + (P_8 - E_8) + (P_9 - E_9)] / 5$$

$$SQ_3 = [(P_{10} - E_{10}) + (P_{11} - E_{11}) + (P_{12} - E_{12}) + (P_{13} - E_{13})] / 4$$

$$SQ_4 = [(P_{14} - E_{14}) + (P_{15} - E_{15}) + (P_{16} - E_{16}) + (P_{17} - E_{17})] / 4$$

$$SQ_5 = [(P_{18} - E_{18}) + (P_{19} - E_{19}) + (P_{20} - E_{20}) + (P_{21} - E_{21}) + (P_{22} - E_{22})] / 5$$

Daha sonra eşit ağırlıklı SERVQUAL Skoru hesaplanmaktadır.

$$SQE = [(SQ_1) + (SQ_2) + (SQ_3) + (SQ_4) + (SQ_5)] / 5$$

Son olarak; Ağırlıklı SERVQUAL skoru hesaplanmaktadır. Bu skorun matematiksel ifadesi aşağıda gösterilmiştir:

$$SQA = [(SQ_1 * k_1) + (SQ_2 * k_2) + (SQ_3 * k_3) + (SQ_4 * k_4) + (SQ_5 * k_5)] / 5$$

(k = Hastaların her bir boyuta verdiği puanın 100' e oranlanması ile elde edilen hizmet kalitesi boyutuna ait ağırlık katsayısı)

(Çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde hastanelerin fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ile eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları sırasıyla; SQ1, SQ2, SQ3, SQ4, SQ5, SQE ve SQA olarak anılacaktır).

Araştırmaya katılan hastaların hastane hizmetlerine yönelik beklentileri ile ilgili bulgular Tablo 28'de gösterilmiştir. Tablo 28'de görüleceği gibi, Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi "fiziksel özellikler" boyutu altında yer alan 1. ifadede (Mükemmel bir hastane modern araç-gereçlere sahiptir.) ortalama 4,85 olarak, en düşük beklenti düzeyi ise "empati" boyutu altında yer alan 22. ifadede (Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar.) ortalama 4,49 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 28: Hasta Beklentileri İle İlgili Dağılım

Beklenti	Merkez Efendi Devlet Hastanesi				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
E ₁	118	3	5	4,85	0,384
E ₂	118	2	5	4,68	0,568
E ₃	118	2	5	4,80	0,463
E ₄	117	2	5	4,69	0,594
E ₅	118	1	5	4,78	0,601
E ₆	118	2	5	4,80	0,481
E ₇	118	1	5	4,76	0,636
E ₈	117	3	5	4,79	0,483
E ₉	118	1	5	4,79	0,583
E ₁₀	117	4	5	4,79	0,412
E ₁₁	118	2	5	4,84	0,452
E ₁₂	118	2	5	4,76	0,565
E ₁₃	118	2	5	4,67	0,614
E ₁₄	118	2	5	4,81	0,543
E ₁₅	118	1	5	4,78	0,655
E ₁₆	118	2	5	4,80	0,516
E ₁₇	118	2	5	4,71	0,601
E ₁₈	118	1	5	4,63	0,749
E ₁₉	118	2	5	4,65	0,671
E ₂₀	117	1	5	4,60	0,755
E ₂₁	117	1	5	4,58	0,746
E ₂₂	117	1	5	4,49	0,887

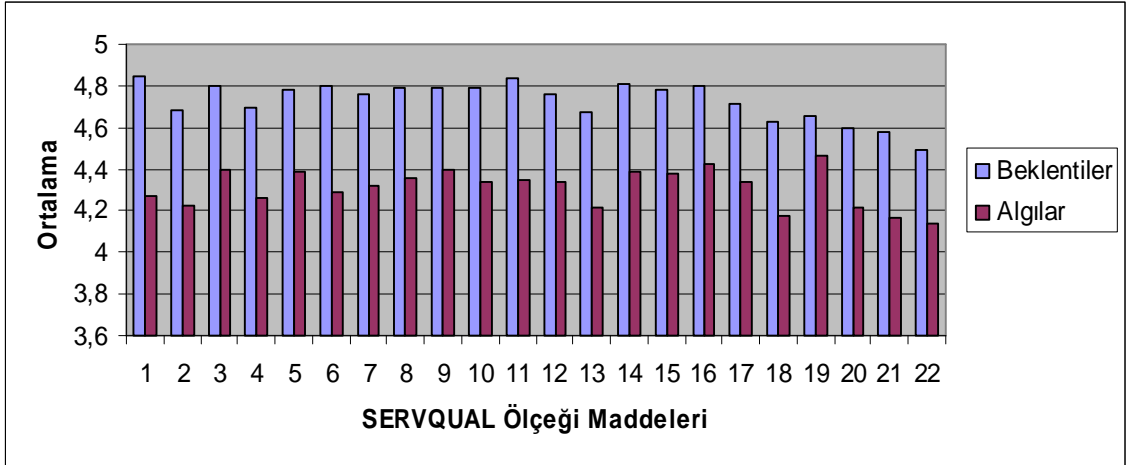
Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin üçüncü kısmında hasta beklentileri ile ilgili kısmın aynısı, bu kez hizmet sağlayan hastanenin ismi belirtilerek katılımcılara sorulmuş ve söz konusu hastanelerin hizmetlerine yönelik hasta algıları ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hizmet aldıkları hastanelerin hizmetlerine yönelik algıları ile ilgili bulgular Tablo 29’da gösterilmiştir. Tablo 29 incelendiğinde, Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde hastanenin sağlamış olduğu

hizmete yönelik en yüksek hasta algısı düzeyi “empati” kalite boyutuna ait 19. ifadede (Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nin çalışma saatleri tüm hastalar için uygundur.) ortalama olarak 4,46 düzeyinde, en düşük hasta algısı düzeyi ise “empati” boyutuna ait 22. ifadede (Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde çalışanlar, hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar.) ortalama olarak 4,14 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir.

Tablo 29: Hastane Hizmetlerine Yönelik Hasta Algılarının Dağılımı

Algı	Merkez Efendi Devlet Hastanesi				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
P ₁	118	1	5	4,27	0,912
P ₂	118	1	5	4,22	0,869
P ₃	118	1	5	4,40	0,828
P ₄	118	1	5	4,26	0,852
P ₅	117	1	5	4,39	0,776
P ₆	118	1	5	4,29	0,878
P ₇	118	2	5	4,32	0,805
P ₈	118	1	5	4,36	0,802
P ₉	118	1	5	4,40	0,741
P ₁₀	118	2	5	4,34	0,860
P ₁₁	116	1	5	4,35	0,805
P ₁₂	117	1	5	4,34	0,863
P ₁₃	117	1	5	4,21	0,936
P ₁₄	118	1	5	4,39	0,806
P ₁₅	118	2	5	4,38	0,773
P ₁₆	118	1	5	4,42	0,809
P ₁₇	118	1	5	4,34	0,850
P ₁₈	117	1	5	4,18	1,039
P ₁₉	117	1	5	4,46	0,737
P ₂₀	117	1	5	4,21	1,007
P ₂₁	117	1	5	4,17	0,959
P ₂₂	117	1	5	4,14	1,041

Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde hasta beklentileri ve algıları arasında tespit edilen farklılık, Şekil 14 ‘de grafiksel olarak gösterilmiştir:



Şekil 14: Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hasta beklentileri ve algıları arasındaki boşluklar incelendiğinde ifadeler verilen yanıtlar doğrultusunda en büyük boşluğun “fiziksel özellikler” boyutunda bulunan 1. ifade ile ilgili beklentileri ve algıları arasında olduğu görülmektedir. Hastaların beklenti ve algıları arasındaki en az fark ise, 19. ifadeye verilen yanıtlar arasındadır.

4.7.4.Araştırmaya Katılanların Hizmet Kalitesi Boyutları Önem Dereceleri Kapsamında Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların en önemli buldukları hizmet kalitesi boyutu ile ilgili dağılım Tablo 30'da gösterilmiştir. Buna göre Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde katılımcıların büyük bir bölümü, “güvenilirlik” boyutunun en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmektedir.

En önemli boyut sıralamasında, ilk sırada %45,6'lık bir paya sahip olan “güvenilirlik”, ikinci sırada %21,9 oranında bir paya sahip olan “heveslilik”, üçüncü sırada %20,2 oranında bir paya sahip olan “güven”, dördüncü olarak %8,8 oranında bir paya sahip olan “empati” ve son olarak %3,4 oranında paya sahip olan “fiziksel özellikler” yer almaktadır.

Tablo 30: Araştırmaya Katılanların En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	Merkez Efendi Devlet Hastanesi	
	Frekans	Yüzde (%)
Fiziksel Özellikler	4	3,5
Güvenilirlik	52	45,6
Heveslilik	25	21,9
Güven	23	20,2
Empati	10	8,8
Toplam	114	100,0

Araştırmaya katılan hastaların ikinci derecede önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutu ile ilgili bulguların dağılımı Tablo 31’de gösterilmiştir. Tablo 31’de görüldüğü gibi, Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların büyük bir bölümü, “heveslilik” boyutunu ikinci derecede önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmektedir.

İkinci derecede önemli boyut sıralamasında, ilk sırada %35,1’lik bir paya sahip olan “heveslilik”, ikinci sırada %27,2 oranında bir paya sahip olan “güven”, üçüncü sırada %21,9 oranında bir paya sahip olan “güvenilirlik”, dördüncü olarak %11,4 oranında bir paya sahip olan “empati” ve son olarak %4,4 oranında paya sahip olan “fiziksel özellikler” yer almaktadır.

Tablo 31: Araştırmaya Katılanların İkinci Derecede Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	Merkez Efendi Devlet Hastanesi	
	Frekans	Yüzde (%)
Fiziksel Özellikler	5	4,4
Güvenilirlik	25	21,9
Heveslilik	40	35,1
Güven	31	27,2
Empati	13	11,4
Toplam	114	100,0

Araştırmaya katılan hastaların en az önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutu ile ilgili bulguların dağılımı Tablo 32’de gösterilmiştir. Tablo 32’de görüldüğü gibi, Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların yaklaşık olarak yarısı, “fiziksel özellikler” boyutunu en az önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmektedir.

En az önemli boyut sıralamasında, ilk sırada %52,2’lik bir paya sahip olan “fiziksel özellikler”, ikinci sırada %26,5 oranında bir paya sahip olan “empati”, üçüncü sırada %8,0 oranında bir paya sahip olan “heveslilik”, dördüncü olarak %7,1 oranında bir paya sahip olan “güvenilirlik” ve son olarak %6,2 oranında paya sahip olan “güven” boyutu yer almaktadır.

Tablo 32: Araştırmaya Katılanların En Az Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	Merkez Efendi Devlet Hastanesi	
	Frekans	Yüzde (%)
Fiziksel Özellikler	59	52,2
Güvenilirlik	8	7,1
Heveslilik	9	8,0
Güven	7	6,2
Empati	30	26,5
Toplam	113	100,0

4.7.5.Hastaların Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanlar İle İlgili Bulgular

Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde araştırmaya katılan hastaların önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanların ortalamaları ile ilgili bulgular Tablo 33’de gösterilmiştir. Tablo 33 incelendiğinde, Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde katılımcıların “güvenilirlik” boyutuna ortalama olarak 24,25, “heveslilik” boyutuna 22,32, “güven” boyutuna 20,81, “empati” boyutuna 16,91 ve “fiziksel özellikler” boyutuna 15,99 puan verdikleri görülmektedir.

Tablo 33: Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı

Boyutlar	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
Fiziksel Özellikler	113	1	75	15,99	9,578
Güvenilirlik	114	5	75	24,25	10,792
Heveslilik	114	5	40	22,32	8,097
Güven	114	5	50	20,81	7,401
Empati	113	2	60	16,91	8,536

4.7.6. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin SERVQUAL Skorları

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin kalite boyutları bazında hesaplanan algılanan hizmet kalitesi skorları ile ilgili bulgular Tablo 34'de gösterilmiştir. Tablo 34'de Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi skorlarının negatif olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde, kalite boyutları bazında hastaların beklentilerinin karşılanamadığı söylenebilmektedir. Diğer taraftan Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek (-0,3672) olduğu boyutun “empati” boyutu olduğu görülmektedir. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hastaların kalite algısının en düşük (-0,4677) olduğu hizmet kalitesi boyutunun ise “heveslilik” boyutu olduğu görülmektedir. Diğer taraftan Tablo 35 ve Tablo 36'da görüldüğü gibi, Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları negatiftir. Bu anlamda Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde genel hizmet kalitesi açısından hasta beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür. Tablo 35 ve Tablo 36'daki eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları göz önünde alındığında, Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde boyutlar bazında olduğu gibi genel anlamda da hasta beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür.

Tablo 34: Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin Kalite Boyutları Bazında SERVQUAL Skorları

	Merkez Efendi Devlet Hastanesi				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQ₁	117	-4,00	0,25	-0,4551	0,71440
SQ₂	116	-3,80	0,40	-0,4638	0,62504
SQ₃	116	-3,75	0,75	-0,4677	0,71439
SQ₄	118	-3,75	1,00	-0,3919	0,67184
SQ₅	116	-4,00	1,00	-0,3672	0,73470

Tablo 35: Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorları

	Merkez Efendi Devlet Hastanesi				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQE	114	-3,56	0,45	-0,4334	0,58746

Tablo 36: Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin Ağırlıklı SERVQUAL Skorları

	Merkez Efendi Devlet Hastanesi				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQA	111	-2,83	0,40	-0,4254	0,56065

4.7.7.SERVQUAL Boyutlarına Yönelik t Testi

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'ne gelen hastaların beklenti ve algılarına yönelik olarak hesaplanan SERVQUAL Skorları doğrultusunda hastaların tedavi gördükleri klinik, cinsiyetleri ve Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde daha önce tedavi olup olmama durumlarına göre SERVQUAL değişkenlerini algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan t-testi ile sınıanmıştır. Çalışmada 3 adet t-testi yapılmıştır.

4.7.7.1.Hastaların Tedavi Gördükleri Kliniklere göre Uygulanan t Testi

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların kliniklerine göre SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t-testi sonucu Tablo 37'de gösterilmiştir. Tablo 37'de görüldüğü gibi, Merkez

Efendi Devlet Hastanesi’ndeki hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre SERVQUAL Skorları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde sadece “fiziksel özellikler” boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,624$ ve $p= 0,037$). Tablo 37’de de görüldüğü gibi, bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında, dahili birimlerde tedavi gören hastaların “fiziksel özellikler” değişkeni ortalaması $-,30$ iken, cerrahi birimlerde tedavi gören hastaların ortalaması $-,58$ ’dir. Sonuç olarak dahili birimlerde tedavi gören hastaların “fiziksel özellikler” boyutunu algulamaları cerrahi birimlere göre daha olumludur.

Tablo 37: Hastaların Tedavi Gördükleri Kliniklere Göre t-testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Klinikler	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
SQ1	Dahili Birimler	51	-0,2990	0,53624	0,07509
	Cerrahi Birimler	66	-0,5758	0,80976	0,09967

Elde edilen bulgulara göre H1 kabul edilmiştir.

4.7.7.2.Hastaların Cinsiyetlerine göre Uygulanan t Testi

Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde tedavi gören hastaların cinsiyetlerine göre SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla t-testi yapılmıştır. Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ndeki hastaların cinsiyetlerine göre SERVQUAL boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu test sonucu cinsiyete göre boyutların anlamlılık düzeyleri 0,05’den yüksek bulunmuştur.

4.7.7.3.Hastaların Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde Daha Önce Yatarak Tedavi Görüp Görmediklerine Göre Uygulanan t Testi

Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde tedavi gören hastaların daha önce bu hastanede yatarak tedavi görüp görmediklerine göre SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla t-testi yapılmıştır. Merkez

Efendi Devlet Hastanesi'ndeki hastaların daha önce bu hastanede yatarak tedavi görüp görmediklerine göre SERVQUAL boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu test sonucu daha önce bu hastanede yatarak tedavi görüp görmediklerine göre SERVQUAL boyutlarının anlamlılık düzeyleri 0,05'den yüksek bulunmuştur.

4.7.8.SERVQUAL Boyutlarına Yönelik ANOVA Testi

ANOVA, iki örneklem grubu arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını araştırmak için kullanılmaktadır. ANOVA bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirlemektedir. İki'den fazla seçeneği olan bir sınıflama ölçeği ile eşit aralıklı ölçekle sorulmuş bir bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında ANOVA testi uygulanmaktadır. Çalışmada 5 adet ANOVA Testi yapılmıştır.

4.7.8.1.Hastaların Yaş Gruplarına göre Uygulanan ANOVA Testi

Tablo 38: SERVQUAL Boyutlarının Yaş Grubuna göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
SQ3	29 ve altı	24	-,6667	,86498	,17656	-1,0319	-,3014
	30-39	18	-,7500	,78591	,18524	-1,1408	-,3592
	40-49	19	-,5395	,81761	,18757	-,9336	-,1454
	50-59	20	-,3250	,53864	,12044	-,5771	-,0729
	60 ve üzeri	35	-,2286	,50136	,08475	-,4008	-,0563
	Toplam	116	-,4677	,71439	,06633	-,5991	-,3363
SQE	29 ve altı	24	-,5987	,77068	,15731	-,9242	-,2733

	30–39	17	-,6476	,47913	,11621	-,8940	-,4013
	40–49	19	-,5200	,57961	,13297	-,7994	-,2406
	50–59	20	-,3120	,50234	,11233	-,5471	-,0769
	60 ve üzeri	34	-,2326	,47920	,08218	-,3998	-,0654
	Toplam	114	-,4334	,58746	,05502	-,5424	-,3244
SQA	29 ve altı	24	-,5896	,65101	,13289	-,8645	-,3147
	30–39	16	-,6428	,48117	,12029	-,8992	-,3864
	40–49	18	-,5304	,62277	,14679	-,8401	-,2207
	50–59	19	-,3059	,50439	,11571	-,5490	-,0628
	60 ve üzeri	34	-,2183	,45565	,07814	-,3773	-,0593
	Toplam	111	-,4254	,56065	,05321	-,5308	-,3199

Hastaların yaş grupları açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan ANOVA analizi sonuçları Tablo 38’ te gösterilmektedir. Tablo 38’de görüldüğü gibi Merkez Efendi Devlet Hastanesi SERVQUAL skorları açısından farklı yaş gruplarında bulunan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

ANOVA testinde, hastaların SERVQUAL boyutlarına verdikleri cevaplardan yaş gruplarına göre farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. “Heveslilik” boyutuna verilen cevaplarla yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına göre “Heveslilik” boyutuna ankete katılan hastalardan elde edilen yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,523$ ve $p=0,045$). Tablo 38’den anlaşılacağı gibi “Heveslilik” bağımsız değişkenine 29 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,67, 30–39 arası yaş grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,75, 40–49 arası yaş grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,54, 50–59 arası yaş grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,33 ve 60 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,23’tür.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların yaş gruplarına göre Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skoru arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=2,472 ve p= 0,049). Tablo 38' den anlaşılacağı gibi elde edilen Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun, 29 ve altı yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,60, 30–39 arası yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,65, 40–49 arası yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,52, 50–59 arası yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,31 ve 60 ve üzeri yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,23'tür.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların yaş gruplarına göre Ağırlıklı SERVQUAL Skoru arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=2,826 ve p= 0,028). Tablo 38' den anlaşılacağı gibi elde edilen Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun, 29 ve altı yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,59, 30–39 arası yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,64, 40–49 arası yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,53, 50–59 arası yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,31 ve 60 ve üzeri yaş grubunda elde edilen ortalaması -0,22'dir.

ANOVA Testinden elde edilen bulgular doğrultusunda H2, H3 ve H4 kabul edilmiştir.

4.7.8.2.Hastaların Mesleklerine göre Uygulanan ANOVA Testi

Tablo 39: SERVQUAL Boyutlarının Mesleklere göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
SQ2	İşçi	17	-,7412	,63547	,15412	-1,0679	-,4144
	Çiftçi	14	-,3714	,56491	,15098	-,6976	-,0453
	Ev Hanımı	44	-,3136	,50559	,07622	-,4674	-,1599
	Emekli	16	-,3125	,44403	,11101	-,5491	-,0759

	Diğer	20	-,6800	,87154	,19488	-1,0879	-,2721
	Toplam	111	-,4523	,62302	,05913	-,5694	-,3351
SQA	İşçi	16	-,7221	,53104	,13276	-1,0050	-,4391
	Çiftçi	13	-,4113	,55905	,15505	-,7492	-,0735
	Ev Hanımı	43	-,2922	,49451	,07541	-,4444	-,1400
	Emekli	16	-,2423	,42817	,10704	-,4705	-,0142
	Diğer	20	-,5464	,69932	,15637	-,8737	-,2191
	Toplam	108	-,4099	,55761	,05366	-,5163	-,3035

Hastaların meslekleri açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan ANOVA analizi sonuçları Tablo 39'da gösterilmektedir. Tablo 39'da görüldüğü gibi Merkez Efendi Devlet Hastanesi SERVQUAL skorları açısından "Güvenilirlik" boyutunda ve ağırlıklı SERVQUAL Skorunda farklı mesleklere sahip olan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

ANOVA testinde, hastaların SERVQUAL boyutlarına verdikleri cevaplardan meslek gruplarına göre farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. "Güvenilirlik" boyutuna verilen cevaplarla meslekler arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Mesleklere göre "Güvenilirlik" boyutuna ankete katılan hastalardan elde edilen yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,519$ ve $p= 0,046$). Tablo 39'dan anlaşılacağı gibi "Güvenilirlik" bağımsız değişkenine işçi grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,74, çiftçi grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,37, ev hanımı grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,31, emekli grubunun verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,31 ve diğer meslek gruplarının verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,68'dir.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların mesleklerine göre Ağırlıklı SERVQUAL Skoru arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,530$ ve $p= 0,045$). Tablo 39'dan anlaşılacağı gibi elde edilen Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun, işçi grubunda elde edilen ortalaması -0,72, çiftçi grubunda elde edilen ortalaması -0,41, ev hanımı grubunda elde edilen ortalaması -0,29, emekli

grubunda elde edilen ortalaması -0,24 ve diğer grubunda elde edilen ortalaması -0,55'tir.

ANOVA Testinden elde edilen bulgular doğrultusunda H5 ve H6 kabul edilmiştir.

4.7.8.3.Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Uygulanan ANOVA Testi

Tablo 40: SERVQUAL Boyutlarının Eğitim Durumuna göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
SQ3	Okuryazar değil	25	-,2500	,43899	,08780	-,4312	-,0688
	İlkokul	40	-,4062	,61417	,09711	-,6027	-,2098
	Ortaokul	13	-,5577	,77831	,21586	-1,0280	-,0874
	Lise	23	-,2935	,61999	,12928	-,5616	-,0354
	Üniversite	15	-1,1833	,99313	,25643	-1,7333	-,6334
	Toplam	116	-,4677	,71439	,06633	-,5991	-,3363
SQ4	Okuryazar değil	25	-,2700	,60346	,12069	-,5191	-,0209
	İlkokul	40	-,3274	,58822	,09076	-,5107	-,1441
	Ortaokul	13	-,3654	,60909	,16893	-,7335	-,0027
	Lise	23	-,2717	,58345	,12166	-,5240	-,0194
	Üniversite	15	-,9833	,91840	,23713	-1,4919	-,4747
	Toplam	118	-,3919	,67184	,06185	-,5144	-,2695
SQ5	Okuryazar değil	25	-,2320	,74090	,14818	-,5378	,0738
	İlkokul	40	-,3550	,61015	,09647	-,5501	-,1599
	Ortaokul	13	-,1846	,73240	,20313	-,6272	,2580

	Lise	23	-,2609	,62212	,12972	-,5299	,0082
	Üniversite	15	-,9467	,97238	,25107	-1,4852	-,4082
	Toplam	116	-,3672	,73470	,06822	-,5024	-,2321
SQE	Okuryazar değil	25	-,2848	,48835	,09767	-,4864	-,0832
	İlkokul	38	-,4118	,51161	,08299	-,5800	-,2437
	Ortaokul	13	-,3977	,56551	,15684	-,7394	-,0560
	Lise	23	-,3230	,47989	,10006	-,5306	-,1155
	Üniversite	15	-,9360	,84640	,21854	-1,4047	-,4673
	Toplam	114	-,4334	,58746	,05502	-,5424	-,3244
SQA	Okuryazar değil	25	-,2855	,50769	,10154	-,4951	-,0759
	İlkokul	36	-,4073	,50345	,08391	-,5777	-,2370
	Ortaokul	13	-,4250	,56961	,15798	-,7692	-,0808
	Lise	22	-,2887	,46295	,09870	-,4939	-,0834
	Üniversite	15	-,9027	,69671	,17989	-1,2885	-,5168
	Toplam	111	-,4254	,56065	,05321	-,5308	-,3199

Hastaların eğitim durumu açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan ANOVA analizi sonuçları Tablo 40'da gösterilmektedir. Tablo 40'da görüldüğü gibi Merkez Efendi Devlet Hastanesi SERVQUAL skorları açısından "Heveslilik", "Güven" ve "Empati" boyutları ile eşit ağırlıklı SERVQUAL Skorunda ve ağırlıklı SERVQUAL Skorunda farklı eğitim düzeyinde olan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

ANOVA testinde, hastaların SERVQUAL boyutlarına verdikleri cevaplardan eğitim düzeyine göre farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. "Heveslilik" boyutuna verilen cevaplarla eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre "Heveslilik" boyutuna ankete katılan hastalardan elde edilen yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=5,577$ ve $p<0,001$). Tablo 40'dan anlaşılacağı gibi "Heveslilik" bağımsız değişkenine okuryazar olmayanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,25, ilkökul mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,41, ortaokul mezunu olanların verdiği

yanıtların farklarının ortalaması -0,56, lise mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,29 ve üniversite mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -1,18'dir.

Eğitim durumuna göre "Güven" boyutuna ankete katılan hastalardan elde edilen yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=3,713 ve p= 0,007). Tablo 40'dan anlaşılabilceği gibi "Güven" bağımsız değişkenine okuryazar olmayanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,27, ilkokul mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,33, ortaokul mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,37, lise mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,27 ve üniversite mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,98'dir.

Eğitim durumuna göre "Empati" boyutuna ankete katılan hastalardan elde edilen yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=3,075 ve p= 0,019). Tablo 40'dan anlaşılabilceği gibi "Empati" bağımsız değişkenine okuryazar olmayanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,23, ilkokul mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,36, ortaokul mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,19, lise mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,26 ve üniversite mezunu olanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,97'dir.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların eğitim durumlarına göre Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skoru arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=3,694 ve p= 0,007). Tablo 40' dan anlaşılabilceği gibi elde edilen Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun, okuryazar olmayanlardan elde edilen ortalaması -0,29, ilkokul mezunlarından elde edilen ortalaması -0,41, ortaokul mezunlarından elde edilen ortalaması -0,40, lise mezunlarından elde edilen ortalaması -0,32 ve üniversite mezunlarından elde edilen ortalaması -0,96'dır.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların eğitim durumlarına göre Ağırlıklı SERVQUAL Skoru arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir

($F=3,793$ ve $p= 0,006$). Tablo 40'dan anlaşılacağı gibi elde edilen Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun, okuryazar olmayanlardan elde edilen ortalaması -0,29, ilkokul mezunlarından elde edilen ortalaması -0,41, ortaokul mezunlarından elde edilen ortalaması -0,43, lise mezunlarından elde edilen ortalaması -0,29 ve üniversite mezunlarından elde edilen ortalaması -0,90'dır.

ANOVA Testinden elde edilen bulgular doğrultusunda H7, H8, H9, H10 ve H11 kabul edilmiştir.

4.7.8.4.Hastaların Yaşadıkları Yer Kapsamında Uygulanan ANOVA Testi

Tablo 41: SERVQUAL Boyutlarının Yaşanan Yere göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Yaşanan Yer	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
SQ3	İl	72	-,4201	,74921	,08830	-,5962	-,2441
	İlçe	21	-,8571	,68269	,14898	-1,1679	-,5464
	Kasaba-Köy	23	-,2609	,48546	,10123	-,4708	-,0509
	Toplam	116	-,4677	,71439	,06633	-,5991	-,3363

Hastaların yaşadıkları yer açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan ANOVA analizi sonuçları Tablo 41'de gösterilmektedir. Tablo 41'de görüldüğü gibi Merkez Efendi Devlet Hastanesi SERVQUAL skorları açısından sadece "Heveslilik" boyutunda farklı yerlerde yaşayan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

ANOVA testinde, hastaların SERVQUAL boyutlarına verdikleri cevaplardan yaşadıkları yerlere göre farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. “Heveslilik” boyutuna verilen cevaplarla yaşadıkları yerler arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşadıkları yerlere göre “heveslilik” boyutuna ankete katılan hastalardan elde edilen yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=4,502 ve p=0,013). Tablo 41’den anlaşılacağı gibi “Heveslilik” bağımsız değişkenine ilde yaşayanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,42, ilçede yaşayanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,86, ve kasaba-köyde yaşayanların verdiği yanıtların farklarının ortalaması -0,26’dır.

ANOVA Testinden elde edilen bulgular doğrultusunda H12 kabul edilmiştir.

4.7.8.5.Hastaların Sosyal Güvenceleri Kapsamında Uygulanan ANOVA Testi

Hastaların sosyal güvenceleri açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan ANOVA analizi yapılmıştır. Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde tedavi gören hastaların sosyal güvencelerine göre SERVQUAL boyutlarına verdikleri yanıtların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Tablo 42: Hipotez Test Sonuçları

	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Eğitim Durumu	Yaşanan Yer	Sosyal Güvence	Tedavi Gördüğü Klinik	Daha Önce Tedavi Görmesi
Fiziksel Özellikler	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var	Fark Yok
Güvenilirlik	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Heveslilik	Fark Var	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var	Fark Var	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Güven	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok
Empati	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Var	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok	Fark Yok

4.7.9.Korelasyon Analizi

Tablo 43: Korelasyon Analizi

		Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Fiziksel Özellikler	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 117				
Güvenilirlik	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,412 ,000 116	1 116			
Heveslilik	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,415 ,000 115	,793 ,000 115	1 116		
Güven	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,375 ,000 117	,773 ,000 116	,826 ,000 116	1 118	
Empati	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,485 ,000 116	,744 ,000 115	,847 ,000 114	,876 ,000 116	1 116

“Fiziksel Özellikler” değişkeni ile “Güvenilirlik” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,412$) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin fiziksel özellikleri ile hastanenin güvenilirliğinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Fiziksel Özellikler” değişkeni ile “Heveslilik” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,415$) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin fiziksel özellikleri ile hastanenin hevesliliğinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Fiziksel Özellikler” değişkeni ile “Güven” değişkeni arasında pozitif yönde düşük kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,375$) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin fiziksel özellikleri ile hastanenin güven özelliğinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Fiziksel Özellikler” değişkeni ile “Empati” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,485$) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin fiziksel özellikleri ile hastanenin empati özelliğinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Güvenilirlik” değişkeni ile “Heveslilik” değişkeni arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,793$) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin güvenilirliği ile hastanenin heveslilik özelliklerinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Güvenilirlik” değişkeni ile “Güven” değişkeni arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,773$) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin güvenilirliği ile hastanenin güven ile ilgili özelliklerinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Güvenilirlik” değişkeni ile “Empati” değişkeni arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,744$) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin güvenilirliği ile hastanenin empati ile ilgili özelliklerinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Heveslilik” değişkeni ile “Güven” değişkeni arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,826$) olduğu görölmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin heveslilik boyutu ile hastanenin güven ile ilgili özelliklerinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Heveslilik” değişkeni ile “Empati” değişkeni arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,847$) olduğu görölmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin heveslilik boyutu ile hastanenin empati ile ilgili özelliklerinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

“Güven” değişkeni ile “Empati” değişkeni arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,876$) olduğu görölmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanenin güven boyutu ile hastanenin empati ile ilgili özelliklerinin birbirlerinden etkilendiğini söylemek mümkündür.

4.8.Araştırmanın Sonuçları ve Yorumlar

İkinci basamak sağlık kuruluşu olan bir devlet hastanesinden sağlık hizmeti alan hastaların, beledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi düzeyini ölçmek ve hastaların demografik özellikleri ile algıladıkları hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmanın sonucunda elde edilen veriler SPSS 16.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilere güvenilirlik analizi uygulanmış, SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileri ile ilgili maddeleri için Cronbach Alfa katsayısı 0,953; verilen hizmetlere yönelik hasta algılamalarıyla ilgili maddeleri için Cronbach Alfa katsayısı 0,980 bulunmuştur. Alfa değerinin 1’e yakın olması ölçeğin çok yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, beledikleri hizmet kalitesi ölçümüne yönelik 22 ifadenin her birine verdikleri 1 ile 5 arasındaki puanlar değerlendirildiğinde, fiziksel özellikler boyutu içinde yer alan 1. ifadenin (mükemmel bir hastane modern araç-gereçlere sahiptir) ortalaması 4,85 puan ile en yüksek düzeydedir. Empati boyutu içinde

yer alan 22. ifadede (mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastaların özel ihtiyaçlarını anlar) 4,49 puan ortalaması ile en düşük beklenti düzeyi gerçekleşmiştir.

Hastaların algıladıkları hizmet kalitesi ölçümüne yönelik 22 ifadenin her birine verdikleri puanlar değerlendirildiğinde en yüksek oranın ortalama 4,46 puan ile empati boyutu içinde bulunan 19. ifadede (MEDH'nin çalışma saatleri tüm hastalar için uygundur), en düşük oranın ise 4,14 puan ortalaması ile empati boyutu içinde yer alan 22. ifadede (MEDH'nde çalışanlar, hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar) gerçekleştiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi ölçümüne yönelik 22'şer ifadenin her birine verdikleri 1 ile 5 arasındaki puanların ortalamalarına göre beklentileri ve algılamaları arasındaki en fazla boşluğun, fiziksel özellikler boyutu içinde yer alan 1. ifadede (mükemmel bir hastane modern araç-gereçlere sahiptir) olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, bu ifadeye ilişkin beklenti düzeyinin çok yüksek olmasıdır. Çünkü hastalar tedavi gördükleri hastanenin, teşhis ve tedavilerine yardımcı olacak modern cihazlara sahip olmasını, yattıkları odada gereksinimlerini karşılayacak televizyon, buzdolabı gibi eşyaların bulunmasını istemektedir. Hastaların beklenti ve algıları arasındaki en düşük fark ise 19. ifadeye (MEDH'nin çalışma saatleri tüm hastalar için uygundur) verilen yanıtlar kapsamında görülmektedir. Bunun nedeni, bu ifadeye ilişkin algılama düzeyinin yüksek olmasıdır. Çünkü MEDH'nde tedavi gören hastalar, ihtiyaçları olduğunda günün 24 saati görevli hemşire ve doktorlara kolaylıkla ulaşarak sağlık hizmeti alabilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, öngörülen kalite boyutlarını önem derecelerine göre puanlandırmaları sonucu elde edilen veriler kapsamında belirlenen önem düzeylerinin sırasıyla güvenilirlik (%24,25), heveslilik (%22,32), güven (%20,81), empati (%16,91) ve fiziksel özellikler (%15,99) olduğu görülmektedir.

Hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine ilişkin literatür incelendiğinde, çeşitli hastanelerde SERVQUAL analizi ile yapılan çalışmaların bulguları şu şekildedir:

Özatkan (2008) tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla fiziksel özellikler, heveslilik, güven ve empati boyutlarına önem verdikleri saptanmıştır. Koraşlı (2008) tarafından yapılan çalışmada, hastaların sırasıyla güvenilirlik, heveslilik, güven, fiziksel özellikler ve empati boyutlarına önem verdiklerini belirlenmiştir. Mohammad (2007) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, daha sonra sırasıyla güven, heveslilik, empati ve fiziksel özellikler boyutlarına önem verdikleri ortaya konmuştur. Sevimli (2006), araştırmaya katılan hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla heveslilik, güven, fiziksel özellikler ve empati boyutlarına önem verdiklerini belirtirken, Devebakan ve Aksaraylı tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hastaların sırasıyla güvenilirlik, güven, heveslilik, fiziksel özellikler ve empati boyutlarına önem verdikleri saptanmıştır. Literatürdeki ilgili sonuçlar değerlendirildiğinde, araştırmamızla aynı yönde olarak, hastaların en önemli buldukları hizmet kalitesi boyutunun “güvenilirlik” olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, hizmet kalitesi boyutlarından en önemli ikisini ve en önemsiz olanı belirtmelerinin istendiği soruya ilişkin elde edilen verilere göre en önemli bulunan “güvenilirlik” boyutudur (%45,6). İkinci derecede önemli bulunan boyutu “heveslilik” boyutudur (%35,1). En az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutu ise “fiziksel özellikler” boyutudur (%52,2). Bu bulgular, önem derecelerine göre SQ boyutlarının puanlandırılmasına yönelik sonuçları destekler niteliktedir.

Yukarıda da değindiğimiz hastaların hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerine verdikleri puanlar yardımıyla hesaplanan MEDH'nin “Ağırlıklı SQ Skoru” -0,4254, “Eşit Ağırlıklı SQ Skoru” -0,4334 bulunmuştur. Bu durumda, genel olarak, MEDH'nin algılanan hizmet kalitesinin düşük olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile MEDH'nde hizmet kalitesi boyutları bazında hastaların beklentilerinin karşılanamadığı söylenebilir.

Boyutlar bazında ortalama SQ skorları incelendiğinde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek olduğu boyutun empati (-0,3672) boyutu olduğu, en düşük ise heveslilik (-0,4677) boyutu olduğu söylenebilir. Bu sonuçlara göre

MEDH'nde çalışanların hastalara gereken özeni gösterdikleri ve duyarlı davrandıkları fakat hastalara yardım etme, zamanında hizmet sunma konusunda eksikleri olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık hizmeti sunan personelin sayıca az olması nedeniyle yoğun çalışma temposu içinde bulunmalarından dolayı müşteri isteklerini, zamanında ve yeterince yanıtlayamamaları, bu durumun oluşumundaki temel neden olarak gösterilebilir.

Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin SERVQUAL yöntemi ile ölçümüne yönelik çalışmalar incelendiğinde ortalama SQ skorlarına göre hastaların algıladığı hizmet kalitesi düzeyleri boyutlar bazında şöyledir: Özatkan (2008) tarafından yapılan çalışmada, en yüksek empati, en düşük güvenilirlik; Koraşlı (2008) tarafından yapılan çalışmada, en yüksek güven ve empati, en düşük fiziksel özellikler; Mohammad (2007) tarafından yapılan çalışmada, en yüksek empati, en düşük fiziksel özellikler; Sevimli (2006) ve Devebakan ve Aksaraylı (2003) tarafından yapılan çalışmalarda en yüksek empati, en düşük güven boyutlarının olduğu görülmektedir.

Hipotez testlerinin sonucunda, hizmet kalitesi boyutlarına ilişkin SQ skorları ile hastalara ilişkin değişkenlerden; MEDH'nde daha önce yatarak tedavi görüp görmemeleri, cinsiyetleri ve sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır. Sevimli (2006) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet, yaş ve eğitim durumu; Mohammad (2007) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet; Devebakan ve Aksaraylı (2003) tarafından yapılan çalışmada ise cinsiyet ve sosyal güvence değişkenlerine göre SQ skorları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre SQ skorları arasında “fiziksel özellikler” boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Dahili birimlerde tedavi gören hastaların fiziksel özellikler boyutuna ilişkin hizmet kalitesi algısı (-0,30) cerrahi birimlerde yatan hastaların algıladığından (-0,58) daha yüksektir. Buna göre, dahili birimlerde tedavi gören hastalar, hastanenin bina ve tesisleri, çalışanları, hizmet verirken kullanılan malzemelerin fiziksel görünümü ve özelliklerini cerrahi birimlerde tedavi gören hastalardan daha olumlu algılamışlardır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları ile SQ boyutlarından “heveslilik” boyutu ile yaş gruplarına göre “eşit ağırlıklı SQ skoru” ve “ağırlıklı SQ skoru” arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Buna göre, 30-39 yaş grubunda bulunan hastaların heveslilik boyutuna ilişkin hizmet kalitesi algısı (-0,75) diğer yaş gruplarından daha düşüktür. Heveslilik boyutuna göre en yüksek hizmet kalitesi algısı 60 yaş ve üzeri hasta grubundadır (-0,23). MEDH’nde tedavi gören hastaların yaş gruplarına göre eşit ağırlıklı SQ skoru en düşük (-0,65) ve ağırlıklı SQ skoru en düşük (-0,64) 30-39 yaş grubunda, eşit ağırlıklı SQ skoru en yüksek (-0,23) ve ağırlıklı SQ skoru en yüksek (-0,22) 60 yaş ve üstü grupta saptanmıştır. Bu bulgulara göre 60 yaş ve üstü hasta grubunun verilen hizmetin kalitesini en yüksek algılayan grup olduğu ve MEDH’nde tedavi gören hastaların 40 yaşından sonra algılanan kalite düzeyinin artmakta olduğu söylenebilir. 30-39 yaş grubundaki hastaların SQ skorlarının yüksek çıkmasının, dolayısıyla algıladıkları hizmet kalitesinin düşük olmasının nedeni olarak bu yaş grubundaki hastaların sağlık konusunda daha titiz davranmaları, araştırmacı olmaları ve dolayısıyla beklentilerinin yüksek olması sayılabilir. Yaş grupları ile SQ boyutlarından heveslilik boyutu arasında anlamlı farklılık yönünden literatür incelendiğinde Mohammad (2007) tarafından yapılan çalışmada, 46 yaş ve üstünün diğer yaş gruplarına göre heveslilik boyutunda hizmet kalitesi algısının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların meslekleri ile SQ boyutlarından “güvenilirlik” boyutu arasında ve hastaların mesleklerine göre “ağırlıklı SQ skoru” arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Meslek grupları içinde emekli hastalar, güvenilirlik boyutunda hizmet kalitesi algısı en yüksek (-0,31) olan gruptur. Meslekleri işçi olan hastalar, güvenilirlik boyutunda hizmet kalitesi algıları en düşüktür (-0,74). Hastaların mesleklerine göre ağırlıklı SQ skoru, emekli grubunda en yüksek (-0,24), işçi grubunda en düşüktür (-0,72). Buna göre, yukarıda da açıklanmış olduğu gibi, 40 yaşından sonra algılanan hizmet kalitesinin artmasını destekler nitelikte, emekli olan hastaların da algıladığı hizmet kalitesi düzeyi yüksektir. Hastaların meslekleri ile SQ boyutlarından güvenilirlik boyutu arasında anlamlı farklılık yönünden yapılan araştırmalar incelendiğinde Mohammad (2007) tarafından yapılan çalışmada meslekleri işçi olan

hastaların, memur ve diğer meslek grubundaki hastalara göre güvenilirlik boyutunda hizmet kalitesi algılamaları daha yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ile SQ boyutlarından “heveslilik”, “güven” ve “empati” boyutları arasında, hastaların eğitim durumlarına göre “eşit ağırlıklı SQ skoru” ile “ağırlıklı SQ skoru” arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. MEDH’nde tedavi gören hastaların eğitim durumlarına göre heveslilik boyutunda hizmet kalitesi algısı en yüksek (-0,25) olan grup okur-yazar olmayan hastalar, en düşük (-1,18) olan grup üniversite mezunu olan hastalardır. Eğitim durumuna göre güven boyutunda ankete katılan hastaların hizmet kalitesi algısı en yüksek (-0,27) okur-yazar olmayan hastalar iken en düşük (-0,98) üniversite mezunu olan hastalardır. Eğitim durumuna göre empati boyutunda hastaların verdikleri yanıtların farklarının ortalaması en düşük olan grup (-0,95) üniversite mezunu hastalar, en yüksek (-0,18) ortaokul mezunu olan hastalardır. Eğitim durumuna göre heveslilik, güven ve empati boyutlarında hizmet kalitesi algısı en düşük olan grup üniversite mezunu hastalardır. MEDH’nde tedavi gören hastaların eğitim durumlarına göre eşit ağırlıklı SQ skoru okur-yazar olmayan hasta grubunda en yüksek (-0,28), üniversite mezunu hastalarda en düşük (-0,94) saptanmıştır. MEDH’nde tedavi gören hastaların eğitim durumlarına göre ağırlıklı SQ skoru okur-yazar olmayan hasta grubunda en yüksek (-0,29), üniversite mezunu hastalarda en düşük (-0,90) bulunmuştur. Buna göre, eğitim seviyesi arttıkça hastaların sunulan hizmetin kalitesini daha iyi değerlendirdikleri ve beklentilerinin arttığı söylenebilir. Hastaların eğitim durumları ile SQ boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu çalışmalar incelendiğinde Özatkan (2008), eğitim ile fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiş, en düşük kalite algısının lisansüstü eğitim düzeyine sahip hastalarda bulunduğunu ve eğitim seviyesi arttıkça algılanan kalite düzeyinin düşmekte olduğunu belirtmiştir. Mohammad (2007), eğitim ile güvenilirlik, heveslilik ve empati arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiş, ilkökul mezunlarının bu boyutlarda hizmet kalitesi algısının daha yüksek olduğunu belirtirken, güven boyutunda üniversite mezunu hastaların diğer eğitim seviyesindeki hastalara göre hizmet kalitesi algılamasının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları yere göre SQ skorları açısından “heveslilik” boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre ankete katılan hastaların yaşadıkları yere göre heveslilik boyutunda verdikleri yanıtların farklarının ortalaması ilçelerde yaşayan hastalarda en düşük (-0,86), köy ve kasabada yaşayan hastalarda en yüksek (-0,26) bulunmuştur. Buna göre hastaların yaşadıkları yere göre heveslilik boyutunda hizmet kalitesi algısı köy ve kasabalarda yaşayan hastalarda en yüksektir.

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeği kapsamında yapılan korelasyon analizine göre fiziksel özellikler ile güven değişkenleri arasında pozitif yönde ve düşük kuvvette bir ilişki olduğu saptanmıştır. Fiziksel özellikler ile güvenilirlik, heveslilik ve empati değişkenleri arasında pozitif yönde ve orta kuvvette bir ilişki olduğu görülmüştür. Güvenilirlik ile heveslilik, güven ve empati değişkenleri arasında pozitif yönde ve yüksek kuvvette bir ilişki olduğu saptanmıştır. Heveslilik ile güven ve empati değişkenleri ile güven ve empati değişkenleri arasında da pozitif yönde ve yüksek kuvvette bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati değişkenleri arasında aynı yönde bağımlılık ilişkisi vardır denebilir yani değişkenler birbirlerinden etkilenmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çok büyük bir çoğunluğu (%99,2), ihtiyaçları olduğunda tekrar MEDH’den sağlık hizmeti almayı ve yakınlarına tavsiye etmeyi düşünmektedir. Bu da, hastaların MEDH’de verilen sağlık hizmetinden genel olarak memnun olduklarını göstermektedir.

SONUÇ

Hizmet sektörünün her geçen gün büyümesi, bu alanda kaliteye verilen önemin artmasına neden olmaktadır. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de hizmet kalitesinin sağlanması ve geliştirilmesi günümüz rekabet ortamında başarıyı yakalamak ve sürekliliğini sağlamak isteyen işletmeler için önemli bir stratejidir.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yatarak tedavi görmekte olan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin ölçülmesi amacıyla yaptığımız araştırmaya göre hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin düşük olduğu, hasta beklentilerinin karşılanamadığı sonucuna varılmıştır. Hizmet kalitesi boyutları değerlendirildiğinde, hastalar açısından önem derecesi en yüksek olan boyutların güvenilirlik ve heveslilik, önem derecesi en düşük olan boyutun ise fiziksel özellikler boyutu olduğu saptanmıştır.

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yatarak tedavi görmekte olan hastaların, boyutlar bazında verdikleri yanıtların farkının ortalamasına göre en az boşluk empati boyutunda, en fazla boşluk heveslilik boyutunda ortaya çıkmıştır. Hastalara yardım etme ve zamanında hizmet sunma ifadesinin karşılığı olan heveslilik boyutunda algılanan kalite düzeyi düşüktür. Heveslilik boyutu, hastaların en fazla önem verdiği ikinci boyut olma özelliği taşımaktadır. Heveslilik boyutuna ilişkin algılanan kalite düzeyinin düşük olmasının nedenleri arasında temel olarak, çalışan personel sayısının az olması ve buna bağlı olarak yoğun çalışma temposu içinde olmaları, mesai saatlerinin uzun olması ve çalışanlardaki motivasyon eksikliği gösterilebilir. Buna göre, hastane yönetiminin, SERVQUAL skorunun en düşük olduğu heveslilik boyutunu dikkate alarak, bu boşluğun hangi nedenlerden kaynaklandığını saptaması ve çözüme yönelik politikalar oluşturması yararlı olacaktır.

Bu çalışma, Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalara yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Gelecek dönemlerde poliklinik hizmeti alan hastaları da kapsayacak şekilde uygulanarak hastanenin hizmet kalitesine yönelik daha genel bir değerlendirme yapılması da mümkün olabilir.

Saęlık kuruluřları çeřitli kalite yonetim modellerini uygulamaya koyarak kalite sertifikalarına sahip olmaktadır. Hastanelerde kalite yonetimi uygulanması; kit olan hastane kaynaklarının etkin bir řekilde kullanılması, maliyetlerin dūřurulmesi, rekabet gūcūnūn artırılması ile i ve dıř mūřteri memnuniyetinin yūkseltilmesi açısından onemli katkılar saęlamaktadır. Dıř mūřteri memnuniyetinin i mūřteri memnuniyetinden geçtięini dūřūnūrsek, çalıřanların tatmin edilmesi sundukları hizmetin kalitesini de artıracaktır. Dolayısıyla bu hizmeti alan mūřterilerin beklentileri karřılanmıř olacaktır. Bu baęlamda hastaneler, hizmet kalitelerini olmeye yonelik, dūzenli olarak, eřit aęırlıklı ve aęırlıklı SERVQUAL skorlarını belirlemelidir. Hastanelerin ayrıca boyutlar bazında da SERVQUAL skorlarını saptamaya yonelik çalıřmalar yapması, hangi alanlarda kalite iyileřtirme faaliyetlerine gereksinim duyulduęunun belirlenmesinde faydalı olacaktır. Çalıřanların hizmet kalitesi algılamaları ile memnuniyet dūzeylerinin olmesi ve bu sonuçların, hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesine yansımısını deęerlendiren arařtırmaların gerçekleřtirilmesi ise sunulan hizmetin kalitesini artırma baęlamında katkı saęlayıcı nitelikte olacaktır.

KAYNAKLAR

1. AKALIN, H. E., (2002). **Yoğun Bakımda Hizmet Kalitesi**. Yoğun Bakım Dergisi, Sayı: 2, ss. 35-38.
2. AKBABA, A., (2007). **Hizmet İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Yaklaşımlar**. (Editörler: Şevkinaz Gümüšoğlu, İge Pırnar, Perran Akan ve Atilla Akbaba). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. Detay Yayıncılık, Ankara. ss. 314-329.
3. AKGÜN, H. S., ERDAL, R., (1998). **Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü**. (Editör: Mithat Çoruh). *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*. Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara. ss. 219-225.
4. AKMAK, G., (2005). **Akreditasyon Sağlık Kurumlarına Ne Sağlar?** Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 15, ss: 25.
5. AKTAN, C. C., IŞIK, A. K. **Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler**. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, Erişim Tarihi: 02.06.2009.
6. ALAKAVUK, E. D., (2007). **Hizmet Kalitesi Değerlendirme Ölçeği-SERVQUAL**. (Editörler: Şevkinaz Gümüšoğlu, İge Pırnar, Perran Akan ve Atilla Akbaba). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. Detay Yayıncılık, Ankara. ss. 330-342.
7. ALTAY, A., (2007). **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**. Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, ss. 33-58.
8. ARDIÇ, K., BAŞ, T. **Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi (Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama)**. <http://paribus.tr.googlepages.com/ardic08.doc>, Erişim Tarihi: 26.06.2009.

9. ARDIÇ, K., SADAKLIOĞLU, H., (2009). **Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığında Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Tokat Örneği**. Atatürk Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 3, ss. 167-190.
10. ASLAN, Ş., SEZGİN, M., HAŞILOĞLU, S. B., (2008). **Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri Memnuniyeti ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması**. Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE), Sayı: 20, ss. 23-40.
11. ASLANTEKİN, F., GÖKTAŞ, B., ULUŞEN, M., ERDEM, R., (2007). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastahkları ve Doğum Hastanesi Örneği**. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 6, ss. 55-71.
12. AY. C., NARDALI, S., (2007). **İşletmelerde İşgören Tatmininin Müşteri Tatminine Dönüşümü “İçsel Pazarlama Uygulamaları”**. (Editör: Said Kingır). *Toplam Kalite ve Stratejik Yönetimde Yeni Eğilimler*. Gazi Kitabevi, Ankara. ss. 177-191.
13. AYDIN, B. **Akreditasyon ve Hasta Güvenliğı**. <http://www.hastaguvenligikongresi.net/authorarticledetail.php?id=1>, Erişim Tarihi: 16.08.2009.
14. AYDIN, K., **Hizmet İşletmelerinde Servqual Yöntemi ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli’ndeki Seyahat İşletmelerinde Efe Tur Uygulaması**. <http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf>, Erişim Tarihi: 26.06.2009. ss. 1101-1130.
15. AYDIN, B., GEZEN, A. K., GÜLAY, S. (2005). **Ulusal Akreditasyon Sistemi Yapılandırılıyor**. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 15, ss. 22-25.

16. AYMANKUY, Ş. Y., (2005). **Konaklama İşletmelerinde Sendikaların Hizmet Kalitesine Etkileri**. Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:8, Sayı: 14, ss. 1-22.
17. BAYUK, M. N., **Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma**. <http://www.akademikbakis.org/pdfs/10/HizmetPazarlamasi.doc.>, Erişim Tarihi: 23.07.2009.
18. BOUNDS, G. vd., (1994). **Beyond TQM: Toward the Emerging Paradigm**. McGraw-Hill International Editions, NewYork.
19. BOZKURT, R., (2003). **Kalite İyileştirme Araç ve Yöntemleri (İstatistiksel Teknikler)**. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, No: 630, Mert Matbaası, 4. Baskı, Ankara.
20. BOZKURT, R., ODAMAN, A.,(1997). **ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri**. MPM Yayınları, Ankara.
21. BRADY, M. K., CRONIN, J. J., (2001). **Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach**. Journal of Marketing, Vol: 65, ss. 34-49.
22. BULGAN, U., (2002). **Kütüphanecilik Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Bir Üniversite Kütüphanesi Uygulaması**. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
23. CARUANA, A., PITT, L., (1997). **INTQUAL: An Internal Measure of Service Auality and the Link Between Service Quality and Business Performance**. European Journal of Marketing, Vol:31, No:8, ss. 604-616.
24. CRONIN, J. J., TAYLOR, S. A., (1992). **Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension**. Journal of Marketing, Vol: 56, ss. 55-68.

25. COWELL, D., (1984). **The Marketing of Services**. William Heinemann Ltd., London.
26. ÇATI, K., AĞRAŞ, S., (2007). **Hizmet Kalitesi Ölçüm Teknikleri**. (Editör: Said Kınır). *Toplam Kalite ve Stratejik Yönetimde Yeni Eğilimler*. Gazi Kitabevi, Ankara. ss. 153-176.
27. ÇETİN, C., AKIN, B., EROL, V., (2001). **Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi (ISO 9000-2000 Revizyonu) İlke-Süreç-Uygulama**. (Editör: Canan Çetin). Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2. Baskı, İstanbul.
28. ÇİÇEK, R., DOĞAN, İ. C., (2009). **Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama: Niğde İli Örneği**. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, C: 11, S:1, ss. 199-217.
29. ÇORUH, M. **Hastane Kalite Yönetim Sisteminde Proses ve Sistem Yaklaşımı**. http://www.skid.org.tr/index2.php?option=com_docman@task=doc_view@gid=7@Itemid=85, Erişim Tarihi: 25.09.2009.
30. DAGGER, T. S., SWEENEY, J. C., JOHNSON, L. W., (2007). **A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model**. Journal of Service Research, Vol: 10, No: 2, ss. 123-142.
31. DEĞERMEN, H. A., (2006). **Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati (Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakatının Sağlanması ve GSM Sektöründe Bir Uygulama)**. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
32. DEMİRBAŞ, A. R., BAL, İ. E., BARSBAY, S. (2005). **Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon**. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 15, ss. 17-19.
33. DEMİREL, Y., YOLDAŞ, M. A., DİVANOĞLU, S. U., (2009). **Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma**. Kırgızistan İktisat ve Girişimcilik

Üniversitesi, Türk Dünyası Kırgız-Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Akademik Bakış, Sayı: 16, ss. 129-143.

34. DEVEBAKAN, N., (2005). **Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü.**
<http://www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.pdf>, Erişim Tarihi: 26.06.2009.
35. DEVEBAKAN, N., (2006). **Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite.** Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 1, ss. 120-149.
36. DEVEBAKAN, N., AKSARAYLI, M., (2003). **Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması.** Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1, ss. 38-54.
37. DOĞRUER, İ. M., (2005). **Üretim Organizasyonu ve Yönetimi.** Alfa Yayınları, İstanbul.
38. DOYLE, P., (2002). **Marketing Management and Strategy.** 3. Baskı, Prentice Hall, England.
39. DURSUN, Y., ÇERÇİ, M., (2004). **Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma.** Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 23, ss. 1-16.
40. ELEREN, A., BEKTAŞ, Ç., GÖRMÜŞ, A. Ş., (2007). **Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Hazır Yemek İşletmesinde Bir Uygulama.** Finans, Politik & Ekonomik Yorumlar, Cilt: 44, Sayı: 514, ss. 75-88.

41. EROĞLU, E., (2005). **Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli**. İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt: 34, Sayı: 1, ss. 7-25.
42. EROĞLU, E., (2007). **Kamu Eğitim ve Sağlık Kurumlarında EFQM Mükemmellik Modeli Uygulamalarının İncelenmesi - Eskişehir Örneği** - Osman Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
43. ERSÖZ, S., PINARBAŞI, M., TÜRKER, A. K., YÜZÜKIRMIZI M., (2009). **Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu İle Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri İle Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması**. Int. J. Eng. Research&Development, Cilt: 1, No: 1, ss. 19-27.
44. ERTUĞRUL, İ., (2006). **Toplam Kalite Kontrol -Kalite Güvenliği ve ISO 9000 Standartları Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Bir İşletme Uygulaması-**. Ekin Kitabevi, 2. Baskı, Ankara.
45. ESER, Z., (2007). **Hizmetlerde Pazarlama İletişimi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
46. EVANS, J. J., LINDSAY, W. M., (1993). **The Management and Control of Quality**. West Publishing Company, 2. Baskı, USA.
47. FİRUZAN, E., FİRUZAN, A. R., BAKKURT, A., (2007). **Ege İhracatçılar Birliklerinde Servqual Ölçeği ile Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi**. Celal Bayar Üniversitesi, İ.İ.B.F., Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 2, ss. 137-153.
48. FUHR, H., (1990). **An Investigation About National at International Organizations**. Seminar:2, Germany.
49. GARVIN, D. A., (1984). **What Does Product Quality Really Mean?** Sloan Management Review, Vol:16 (Fall), ss. 25-48.

50. GÖKMEN, C., (2004). **Hastanelerde Kalite Yönetimini Yönetmek**. Hastane Yaşam Dergisi, Cilt:1, Sayı:2.
51. GRÖNROOS, C., (1984). **A Service Quality model and It's Marketing Implications**. European Journal of Marketing, Vol:18, No:4, ss. 36-44.
52. GÜLLÜLÜ, U., ERCİŞ, A., ÜNAL, S., YAPRAKLI, Ş., (2008). **Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti**. (Editör: Sevtap Ünal). Detay Anatolia Akademik Yayıncılık Ltd. Şti., Ankara.
53. GÜLMEZ, M., KİTAPÇI, O., (2008). **Hastane Hizmet Kalitesi ve Bir Uygulama**. Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 26, Sayı: 1, ss. 165-186.
54. GÜMÜŞ, A. Ş., (1995). **Uluslar arası Kalite Kavramı ve TSE Çalışmaları**. Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu. (3-5 Kasım 1993). Bildiri Kitabı, ss. 26-29. Atatürk Kültür Merkezi, İzmir.
55. GÜRBÜZ, E., ERGÜLEN, A., (2006). **Hizmet kalitesinin Ölçümü ve Grönroos Modeli Üzerine Bir Araştırma**. İ. Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, No: 35, ss. 173-190.
56. HALİS, M., (2000). **Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri, ISO 9002 Kalite Belgesi Çalışmaları**. Beta Basım Yayım ve Dağıtım A. Ş., İstanbul.
57. HAYRAN, O., UZ, H.,(1998). **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**. (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. Yüce Yayınları, İstanbul. ss. 147-174.
58. HAYTA, H., (2008). **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği)**. Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

59. İSLAMOĞLU, A. H., CANDAN, B., HACIEFENDİOĞLU, Ş., AYDIN, K., (2006). **Hizmet Pazarlaması**. Beta Basım Yayım ve Dağıtım A. Ş., İstanbul.
60. JURAN, J. M., GRAYNA, F. M. (Eds.) (1998). **Juran's Quality Control Handbook**. McGraw Hill, Inc., 4. Baskı, New York, USA.
61. KARAKAŞ, K.,(1998). **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri Kavramının Anlam ve Önemi: Akdeniz Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Bir Tatmin Araştırması**. Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
62. KAVUNCUBAŞI, Ş., (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
63. KAVUNCUBAŞI, Ş., KISA, A., (2002). **Sağlık Kurumları Yönetimi**. (Editör: Nuray Uzkesici). Anadolu Üniversitesi, Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir.
64. KAYA, S., (2003). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış**. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 6, No: 2, ss. 57-70.
65. KOBU, B., (1999). **Üretim Yönetimi**. Avcıol Basım-Yayın, 10. Baskı, İstanbul.
66. KORAŞLI, D., (2008). **Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi**. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
67. KOTLER, P., (2000). **Pazarlama Yönetimi**. Çeviren: Nejat Muallimoğlu. Prentice-Hall, 10. Baskı, New Jersey, USA.

68. KOTLER, P., ARMSTRONG, G., (1989). **Principles of Marketing**. Prentice-Hall, 4. Baskı, New Jersey-USA.
69. KUŞ, M.,(1999). **Kalite Kavramı, AB Kalite Politikası ve Türkiye’de ki Kalite Faaliyetleri**. TC Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Genel Müdürlüğü Yayın No:48, Ankara.
70. KÜÇÜK, O., (2004). **Standardizasyon ve Kalite**. Seçkin Yayıncılık San. Ve Tic. A.Ş., 2. Baskı, Ankara.
71. KÜÇÜKALTAN, G., (2007). **Hizmet Kalitesi Kavramına Genel Bir Yaklaşım ve Hizmet Kalitesinin Önemi**. (Editörler: Şevkinaz Gümüsoğlu, İge Pınar, Perran Akan ve Atilla Akbaba). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. Detay Yayıncılık, Ankara. ss. 57-71.
72. LAM, S. S. K., (1997). **SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients’ Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong**. Total Quality Management, Vol: 8, No: 4, ss. 145-152.
73. LOVELOCK, C. H., (1991). **Services Marketing**. Prentice-Hall, 2. Baskı, New Jersey, USA.
74. MATTSON, J., (1994). **Improving Service Quality in Person-to-Person Encounters: Integrating Findings from a Muti-disciplinary Review**. Service Industries Journal, Vol:14, No: 1, ss. 45-61.
75. MITRA, A., (1993). **Fundamentals of Quality Control and Improvement**. Macmillan Publishing Company, NewYork.
76. MOHAMMAD, G. T., (2007). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama**. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

77. MUCUK, İ.,(1998). **Modern İşletmecilik**. Türkmen Kitabevi, 9. Basım, İstanbul.
78. ODABAŞI, Y., (2004). **Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi**. Sistem Yayıncılık, 4. Baskı, İstanbul.
79. ODABAŞI, Y., OYMAN, M., (2002). **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**. (Editör: Necdet Timur). Anadolu Üniversitesi, Web-Ofset Tesisleri, 6. Baskı, Eskişehir.
80. OKUMUŞ, A., ASİL, H., (2007). **Hizmet Kalitesi Algılamasının Havayolu Yolcularının Genel Memnuniyet Düzeylerine Olan Etkisinin İncelenmesi**. İ. Ü. İşletme Fakültesi İşletme Dergisi, Cilt: 36, No: 2, ss. 7-28.
81. OKUMUŞ, A., DUYGUN, A., (2008). **Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Algılanan Hizmet Kalitesi ile Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki**. Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 8, No: 2, ss. 17-38.
82. OYMAK, H., AÇIKGÖZ, A., POLAT, İ., KARACA, B., ÇELEBİ, İ., (2009). **Toplam Kalite Yönetimi**. Sosyal Güvenlik Kurumu Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 6, Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara
83. OZEKI, K., ASAKA, T., (1990). **Handbook of Quality Tools The Japanese Approach**. Productivity Pres,Inc., USA.
84. ÖZATKAN, Y., (2008). **Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği**. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
85. ÖZDAMAR, K., (1999). **Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi-1**. Kaan Kitabevi, 2. Baskı, Eskişehir.

86. ÖZER, P. S., ÖZDEMİR, P. Ö., (2007). **Hizmet Kavramı, Ekonomideki yeri, Tanımı ve Özellikleri.** (Editörler: Şevkinaz Gümüšođlu, İge Pırnar, Perran Akan ve Atilla Akbaba) *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar.* Detay Yayıncılık, Ankara. ss. 2-28.
87. ÖZGEN, H. (1995). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme.** Toplum ve Hekim Dergisi, “Hastaneler” Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, Cilt: 10, ss. 69-70.
88. ÖZGÜVEN, N., (2008). **Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma Sektörü Üzerinde Bir Uygulama.** Ege Akademik Bakış, Sayı: 8 (2), ss. 651-682.
89. ÖZKAN, C., ZAİM, S., TÜRKYILMAZ, A., (2006). **Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyet Ölçümü: Simetrik ve Asimetrik Etki Analizi.** İstanbul Ticaret Üniversitesi, Fen Bilimleri Dergisi, Yıl:5, Sayı:9, ss. 61-71.
90. ÖZKUL, E., (2007). **SERVQUAL Kavramsal Çerçevesinde Turizm İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi.** (Editörler: Şevkinaz Gümüšođlu, İge Pırnar, Perran Akan ve Atilla Akbaba). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar.* Detay Yayıncılık, Ankara. ss. 124-145.
91. ÖZTÜRK, S. A., (2007). **Hizmet Pazarlaması.** Ekin Basım Yayın Dağıtım, 7. Baskı, Eskişehir.
92. PALMER, A., (1994). **Principles of Services Marketing.** The McGraw-Hill Companies, England.
93. PALMER, A., (2005). **Principles of Services Marketing.** 4. Baskı, McGraw-Hill, England.

94. PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L., (1985). **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications Future Research.** The Journal of Marketing, Vol: 49, No: 4, ss. 41-50.
95. PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L., (1988). **SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality.** Journal of Retailing, Vol: 64, No: 1, ss. 12-40.
96. PARLAK, S., (2004). **İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi.** Ekin Kitabevi, Ankara.
97. PEŞKİRCİOĞLU, N., (1994). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi.** Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, ss. 53-63.
98. PEŞKİRCİOĞLU, N., (1999). **Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları.** MPM Yayınları, No: 620, 2. Baskı, Ankara.
99. PIRNAR, İ., (2007). **Kalite Kavramı ve Önemi.** (Editörler: Şevkinaz Gümüšoğlu, İge Pırnar, Perran Akan ve Atilla Akbaba). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar.* Detay Yayıncılık, Ankara. ss. 38-56.
100. SEVİMLİ, S., (2006). **Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama.** Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Endüstri İşletmeciliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
101. SKINNER, S. J., (1990). **Marketing.** Houghton Mifflin Company, Boston.
102. SMITH, A., (1977). **The Wealth of Nations.** Penguin, Harmondsworth.
103. SPRAGUE, J. C., GOPALAKRISHNAN, K. N., McLTYRE, B. E., (1992). **Implementing Internal Quality Improvement with the House of Quality.** Quality Progress, USA.

104. STANTON, W. J., ETZEL, M. J., WALKER, B. J., (1994). **Fundamentals of Marketing**. The McGraw-Hill Companies, 9. Baskı, England.
105. STAUSS, B., WEINLICH, B., (1997). **Process-oriented Measurement of Service Quality: Applying the Sequential Incident Technique**. European Journal of Marketing, Vol: 31, No:1, ss. 33-55.
106. STRAWDERMAN, L., KOUBEK, R., (2008). **Human Factors and Usability in Service Quality Measurement**. Human Factors and Ergonomics in Manufacturing, Vol. 18 (4), ss. 454-463.
107. SUR, H. (2005). **Sağlık Yönetimi Gündeminin Yeni Gözdesi Akreditasyon**. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 5, ss. 14-16.
108. ŞAHİN, Ü., ŞAHİN, S. Y., BEKEM, S., (2000). **Hastane İşletmeciliğinde Kalite**. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. (28-29/09/2000). Bildiri Kitabı, ss. 358-366. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası, Ankara.
109. ŞENGÜL, A., (2008). **İş Doyumunu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma**. Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
110. ŞİMŞEK, H. F., (2007). **Hizmet Kalitesinin Sürdürülebilirliğinde Kalite Ödüllerinin Rolü**. (Editörler: Şevkinaz Gümüšoğlu, İge Pırnar, Perran Akan ve Atilla Akbaba). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. Detay Yayıncılık, Ankara. ss. 38-56.
111. ŞİMŞEK, M. Ş., (2002). **Yönetim ve Organizasyon**. Günay Ofset, 7. Baskı, Konya.

112. TARCAN, M., TEKİNGÜNDÜZ, S., ERTONG, G., KAVAK, D. G., KARATAŞ, S. T., GÜL, Y., MERCAN, F., (2009). **Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları**.(Editörler: Sabahattin Aydın, Mehmet Demir, Hasan Güler, Dilek Tarhan, Bayram Demir, Süleyman H. Kapan). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Lazer Ofset, Ankara.
113. TARI, B., YAVUZER, R., (2007). **Hasta - Hastane - Hekim İlişkisinde Tüketim Dinamikleri ve Tüketici Kimliği ile Hasta**. Gazi Tıp Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 2, ss. 145-150.
114. TAVMERGEN, İ. P., (2002). **Turizm Sektöründe Kalite Yönetimi**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
115. TEK,Ö. B., (1999). **Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları**. Beta Basım Yayım ve Dağıtım A. Ş., 8. Baskı, İstanbul.
116. TEKİN, M., (2004). **Toplam Kalite Yönetimi**. [y.y] 3. Baskı, Ankara.
117. TEKİN, M., (2006). **Kalite Güvence ve Standartlar**. Günay Ofset, Konya.
118. TENEKECİOĞLU, B., TOKOL, T., ÇALIK, N., KARALAR, R., ÖZTÜRK, S. A., TİMUR, N., ERSOY, N. F., (2008). **Pazarlama Yönetimi**. (Editör: Birol Tenekecioğlu). Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, 6. Baskı, Eskişehir.
119. TOP, A., (2006). **Üretim Yönetimi**. Nobel Yayın-Dağıtım, Ankara.
120. TÜRKYILMAZ, A., ÖZKAN, C., (2005). **Ulusal Müşteri Memnuniyet İndeksleri**. KalDer Forum, Yıl:5, Sayı: 16, ss. 73-77.
121. UZ, M. H., (1997). **Hastanelerde Kalite Yönetimi**. (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur). *Hastane Yöneticiliği*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. ss. 115-131.

122. ÜRETEEN, S., (1999). **Üretim/İşlemler Yönetimi Stratejik Kararlar ve Karar Modelleri**. Başar Ofset, 2. Baskı, Ankara.
123. VARİNLİ, İ., ÇAKIR, A., (2004). **Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki -Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma-**. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 17, ss. 33-52.
124. VERNERO, S., NABITZ, U., BRAGONZI, G., REBELLI, A., MOLINARI, R., (2007). **A two-level EFQM self-assessment in an Italian Hospital**. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol: 20, No: 3, ss. 215-231.
125. YALÇIN, B., (2007). **Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Liderliğinin Temel Dinamikleri**. (Editör: Said Kınır). *Toplam Kalite ve Stratejik Yönetimde Yeni Eğilimler*. Gazi Kitabevi, Ankara. ss. 1-37.
126. YAMAN, A. **Hastane Kalite Yönetim Sistemlerinde ISO 9001:2000-JCI Akreditasyonu Karşılaştırması**.
http://www.asm.gov.tr/DOCUMENT/DOCUMENT/115_Document.PPT,
Erişim Tarihi: 25.09.2009.
127. YILMAZ, M., (2007). **Kalite Yönetim Sisteminin İş Doyumuna Etkisi: Kalite Belgesi Bulunan ve Bulunmayan Matbaa İşletmelerinde Bir Uygulama**. Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstriyel Teknoloji Eğitimi, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
128. ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L., PARASURAMAN, A., (1996). **The Behavioral Consequences of Service Quality**. The Journal of Marketing, Vol: 60, No: 2, ss. 31-46.
129. ZEITHAML, V. A., BITNER, M. J., (1996). **Services Marketing**. McGraw Hill, Singapore.

130. ZERENLER, M., ÖĞÜT, A., (2007). **Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği**. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:18, ss. 501-519.
131. http://koyk.kalder.org/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=5, Erişim Tarihi: 25.09.2009.
132. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/ulusalgostergeler/tabloOlustur.do>, Erişim Tarihi: 22.08.2009.
133. <http://ww1.efqm.org/en/PdfResources/EFQM%20Members%20Dec09.pdf>, Erişim Tarihi: 10.12.2009.
134. http://www.ekodiyalog.com/Hizmet_Ekonomisi/hizmet_ekonomisi_gelistimi.html, Erişim Tarihi: 22.08.2009.
135. <http://www.hastaguvenligi.com/koseyazisi.php?id=9>, Erişim Tarihi: 25.09.2009.
136. <http://www.sigmacenter.com.tr/kutuphane/kyefqm.pdf>, Erişim Tarihi: 29.10.2009.
137. <http://www.sigmacenter.com.tr/web/makaleler/makale25.htm>, Erişim Tarihi: 25.09.2009.
138. <http://www.tdkterim.org.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=kalite&ayn=tam>, Erişim Tarihi: 15.08.2009.
139. <http://www.tdkterim.org.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=hizmet&ayn=tam>, Erişim tarihi: 25.07.2009.
140. <http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>, Erişim Tarihi: 25.09.2009.

141. http://www.quality.nist.gov/PDF_files/2009_2010_Business_Nonprofit_Criteria.pdf, Erişim Tarihi: 29.01.2010.

EKLER

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın anket yanıtlayıcısı,

Bu çalışma ile Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sorulara verilecek yanıtların neticesinde yatan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin ölçümü gerçekleştirilecektir. Anketlere isim yazılması istenmemektedir. Vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Toplanan veriler yüksek lisans tezinde kullanılacaktır.

Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, ideal bir hastanenin nasıl olması gerektiği konusunda sizden bilgi istenmektedir. İkinci bölümde, şu an tedavi gördüğünüz hastanenin hizmet kalitesini değerlendirmeye yönelik bilgi istenmektedir. Üçüncü ve son bölümde ise ankete katılanlara ilişkin demografik bilgilere ait sorular bulunmaktadır.

Anketi yanıtlayarak araştırmaya verdiğiniz destekten dolayı şimdiden teşekkür ederim.
Saygılarımla

Nevriye YILDIZ KARAGÖZ
Celal Bayar Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Üretim Yönetimi ve Pazarlama
Yüksek Lisans Programı

I. BÖLÜM:

Mükemmel kalitede hizmet sunan bir hastanede tedavi gördüğünüzü düşününüz. Böyle bir hastanenin, aşağıda tanımlanan özelliklere ne derecede uyması gerektiğini, 1 ile 5 arası verilen ölçekte sizin için en uygun gelen yanıtı işaretleyerek belirtiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Mükemmel bir hastane, modern araç-gereçlere sahiptir.	1	2	3	4	5
2	Mükemmel bir hastanenin bina ve tesisleri göze hoş görünür.	1	2	3	4	5
3	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, temiz ve düzgün görünümündedir.	1	2	3	4	5
4	Mükemmel bir hastanede hizmet verirken kullanılan malzemeler göze hoş görünür.	1	2	3	4	5
5	Mükemmel bir hastane, verdiği sözü zamanında yerine getirir.	1	2	3	4	5
6	Mükemmel bir hastane, bir hastanın sorunu olduğunda sorunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
7	Mükemmel bir hastane, hizmeti ilk seferde doğru şekilde gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
8	Mükemmel bir hastane, hizmetlerini söz verdiği süre içinde tamamlar.	1	2	3	4	5
9	Mükemmel bir hastane, kayıtlarını hatasız bir şekilde tutar.	1	2	3	4	5
10	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir.	1	2	3	4	5
11	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara zamanında hizmet verir.	1	2	3	4	5
12	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara yardım etmek için her zaman isteklidir.	1	2	3	4	5
13	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz.	1	2	3	4	5
14	Mükemmel bir hastanede çalışanların davranışları hastalarda güven duygusu yaratır.	1	2	3	4	5
15	Mükemmel bir hastanede hastalar, aldıkları hizmetle ilgili işlemlerde kendilerini güvende hisseder.	1	2	3	4	5
16	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalara karşı her zaman saygılıdır.	1	2	3	4	5
17	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahiptir.	1	2	3	4	5
18	Mükemmel bir hastanede hastalara özel ilgi gösterilir.	1	2	3	4	5

19	Mükemmel bir hastanenin çalışma saatleri tüm hastalar için uygundur.	1	2	3	4	5
20	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, her hastaya özel ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
21	Mükemmel bir hastane, hastalarının menfaatleri ile candan ilgilenir.	1	2	3	4	5
22	Mükemmel bir hastanede çalışanlar, hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar.	1	2	3	4	5

Aşağıda hastaneler ve verdikleri hizmetler ile ilgili 5 özellik verilmiştir. Bir hastanenin sunduğu hizmetleri değerlendirerek, bu özelliklerden her birinin ne kadar önemli olduğunu belirtiniz. Bunu yaparken; toplam 100 puanı, bu özelliklerin sizin için taşıdığı önem derecelerine göre dağıttınız. Sizin için önem derecesi yüksek olan özelliğe daha yüksek puan veriniz. Dağıttığınız puanların toplamının 100 olmasına dikkat ediniz.

1.	Hastanenin bina, tesis, cihaz, personel ve hizmet verirken kullanılan malzemelerin görünümü puan
2.	Hastanenin söz verdiği hizmeti güvenilir ve doğru şekilde yerine getirmesi puan
3.	Hastanenin hastalara yardım etmek ve hızlı hizmet sunmak konusundaki istekliliği puan
4.	Hastane çalışanlarının bilgisi, nezaketi ve hastalarda güven duygusu uyandırma yeteneği puan
5.	Hastanenin hastalarına kişisel özen göstermesi ve önemsemesi puan
	Paylaştırılmış Puanların Toplamı	100 puan

Yukarıdaki 5 özellikten sizin için en önemli olanı hangisidir?

(Lütfen numarasını belirtiniz)

Sizin için ikinci derece önemli olan özellik hangisidir?

Sizin için en az önemli olan özellik hangisidir?

II. BÖLÜM:

Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin sunduğu hizmetleri düşünerek, aşağıda tanımlanan özelliklere ne derecede uyduğunu, 1 ile 5 arası verilen ölçekte sizin için en uygun gelen yanıtı işaretleyerek belirtiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Merkez Efendi Devlet Hastanesi, modern araç-gereçlere sahiptir.	1	2	3	4	5
2	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin bina ve tesisleri göze hoş görünür.	1	2	3	4	5
3	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, temiz ve düzgün görünümlüdür.	1	2	3	4	5
4	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hizmet verirken kullanılan malzemeler göze hoş görünür.	1	2	3	4	5
5	Merkez Efendi Devlet Hastanesi, verdiği sözü zamanında yerine getirir.	1	2	3	4	5
6	Merkez Efendi Devlet Hastanesi, bir hastanın sorunu olduğunda sorunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
7	Merkez Efendi Devlet Hastanesi, hizmeti ilk seferde doğru şekilde gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
8	Merkez Efendi Devlet Hastanesi, hizmetlerini söz verdiği süre içinde tamamlar.	1	2	3	4	5
9	Merkez Efendi Devlet Hastanesi, kayıtlarını hatasız bir şekilde tutar.	1	2	3	4	5
10	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini bildirir.	1	2	3	4	5
11	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalarına zamanında hizmet verir.	1	2	3	4	5
12	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalara yardım etmek için her zaman isteklidir.	1	2	3	4	5
13	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmaz.	1	2	3	4	5
14	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanların davranışları hastalarda güven duygusu yaratır.	1	2	3	4	5
15	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hastalar, aldıkları hizmetle ilgili işlemlerde kendilerini güvende hisseder.	1	2	3	4	5
16	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalara karşı her zaman saygılıdır.	1	2	3	4	5

17	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahiptir.	1	2	3	4	5
18	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde hastalara özel ilgi gösterilir.	1	2	3	4	5
19	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nin çalışma saatleri tüm hastalar için uygundur.	1	2	3	4	5
20	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, her hastaya özel ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
21	Merkez Efendi Devlet Hastanesi, hastalarının menfaatleri ile candan ilgilenir.	1	2	3	4	5
22	Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde çalışanlar, hastalarının özel ihtiyaçlarını anlar.	1	2	3	4	5

III. BÖLÜM:

1. Tedavi gördüğünüz klinik: () Dahili Bilimler () Cerrahi Bilimler
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Yaşınız:
4. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli
5. Mesleğiniz:
6. Eğitim Durumunuz: () Okur-yazar değil () Lise
() İlkokul () Üniversite
() Ortaokul () Yüksek lisans-Doktora
7. Şu an Yaşadığınız Yer: () İl () Kasaba
() İlçe () Köy
8. Aylık Gelir-Gider Durumunuz: () Aylık gelirim giderimden fazla
() Aylık gelirim giderimden az
() Aylık gelirim giderime denk
9. Sosyal Güvenceniz: () Emekli Sandığı () SSK () Bağ-Kur
() Resmi () Yeşil Kart () Sosyal
güvencem yok
() Diğer
10. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde daha önce yatarak tedavi gördünüz mü?
Cevabınız "Evet" ise lütfen kaçınıcı yatışınız olduğunu belirtiniz.
() Evet kez () Hayır

11. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'ne ihtiyacınız olduğunda tekrar gelir misiniz?

Evet Hayır

Cevabınız "Hayır" ise nedenini belirtiniz.

.....
.....

12. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'ni yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?

Evet Hayır

Cevabınız "Hayır" ise nedenini belirtiniz.

.....
.....



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü)



SAYI :B104ISM4450009/020
KONU: Anket Çalışması

14 Ekim 2009 / 3846

VALİLİK MAKAMINA

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bölümü Yüksek Lisan Öğrencisi Nevriye YILDIZ KARAGÖZ'ün "Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi Kapsamında Hizmet Kalitesini Ölçmeye Yönelik Analitik Bir Değerlendirme" konulu çalışmasının anketini 15 Ekim-15 Kasım 2009 tarihleri arasında Merkez Efendi Devlet Hastanesindeki yatan hastalara istekleri dahilinde uygulaması ve çalışma sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Ziya TAY
Sağlık Müdürü

OLUR
13.10.2009
Salih GÜRHAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü
Tel: 0236 2311904/ 195 Faks: 0236 2314993 e-posta: msmegitimsube@gmail.com