



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE'DE YATILI ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

Hazırlayan
Fatih ELİBOL

İşletme Anabilim Dalı
Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı
Doktora Tezi

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Tuğba KILIÇER

TOKAT – 2017

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Yrd. Doç. Dr. Tuğba KILIÇER danışmanlığında hazırlamış olduğum "Türkiye’de Yatılı Engelli Bakım Merkezlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi" adlı doktora tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim

07/12/2017

Fatih ELİBOL

TÜRKİYE'DE YATILI ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: 07 /11 / 2017

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan : Yrd.Doç.Dr. Hümeyra SADAKLIOĞLU

Üye : Yrd.Doç.Dr. Tuğba KILIÇER (Danışman)

Üye : Yrd.Doç.Dr. Elif BOYRAZ

Üye : Yrd.Doç.Dr. Şükran KARACA

Üye : Yrd.Doç.Dr. Emre ASLAN

İmzası

H. Sadaklioğlu
T. Kiliçer
Elif Boyraz
Ş. Karaca
E. Aslan

Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun 30.10.2017 tarih ve 49-05 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr. H.Baha ÖZTUNÇ
Enstitü Müdürü:



İTHAF

Değerli büyüklerim Elif KAPLAN, Hüseyin KAPLAN ve Zöhre ELİBOL'un aziz hatırasına.



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca değerli tecrübelerini benimle paylaşan, bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Tuğba KILIÇER'e, tez izleme komitesi üyeliğini kabul eden ve yapıcı eleştirileri ve yönlendirmeleriyle beni destekleyen, hocalarım sayın Yrd. Doç. Dr. Hümeysra SADAKLOĞLU'na ve sayın Yrd. Doç. Dr. Elif BOYRAZ'a değerli katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Savunma jürimde yer alan sayın hocalarım Yrd. Doç. Dr. Şükran Karaca YILMAZ'a ve sayın Yrd. Doç. Dr. Emre ARSLAN'a yaptıkları katkılardan dolayı teşekkür ederim. Bu süreçte desteklerini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Mücahit ÇELİK'e; çalışma arkadaşım Ömer AKSU ile Psikolog arkadaşlarım Burak KILINÇ'a, Elif BAYGIN'a, Gökhan POLAT'a ve Asena ÖCAL'a teşekkürü bir borç bilirim. Okul hayatım boyunca bana maddi ve manevi her türlü desteği gösteren değerli abim Mahmut ELİBOL'a ve kardeşim Sefer ELİBOL'a; beni yetiştiren ve verdikleri emeklerinin değerinin tarifinin bile imkansız olduğu annem Kadriye ELİBOL'a ve babam İkrım ELİBOL'a; bu uzun ve meşakkatli süreçte maddi ve manevi desteğini hiç esirgemeyen değerli eşim Nilay ELİBOL' a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Türkiye’de engelli bakım hizmetleri son yıllarda hızlı bir şekilde gelişmekte ve değişimler yaşamaktadır. Yaşam tarzlarındaki değişim, geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş, kadının çalışma hayatına daha fazla katılması, şehir nüfusunun kırsal nüfusa göre artması, değer yargılarının değişimi ve bireyselleşme gibi toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısında meydana gelen değişimler neticesinde bakıma muhtaç engellilerin bakımı için giderek daha fazla oranda engelli bakım kurumlarının tercih edildiği görülmektedir. Bu değişimler, toplumdaki mevcut bakıma muhtaç engelli sayısı ve yaşlı nüfusundaki artış nedeniyle, önümüzdeki yıllarda yatılı hizmet veren engelli bakım kurumlarına olan ihtiyacın artacağını göstermektedir. Buna paralel olarak, henüz gelişme döneminde sayılabilecek ülkemizde bakım hizmetleri sektörü ile ilgili daha fazla çalışmanın yapılması önem arz eden bir husustur.

Bu çalışma, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı’na bağlı olarak faaliyet gösteren resmi ve özel bakım merkezlerinden hizmet alan bedensel engellilerin algıladıkları hizmet kalitesi düzeyini ve hizmet kalitesinin boyutlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak için yüzyüze anket tekniğinden yararlanarak 25 farklı ilden kolayda örneklem yöntemiyle belirlenen 354 bakım merkezi sakininden veri toplanmıştır. Çalışmada kullanılan veri toplama aracı, Servperf Hizmet Kalitesi Ölçeği’ne engelli bakımı alanındaki şartlar dikkate alınarak 11 madde eklenmesiyle geliştirilmiştir. Çalışmada hizmet kalitesinin boyutlarını belirlemek için açıklayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Katılımcıların hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerini ve algılanan hizmet kalitesinin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ise aritmetik ortalama, standart sapma istatistiklerinden ve fark testlerinden yararlanılmıştır.

Sonuçlar hizmet kalitesini oluşturan boyutların, “empati ve güvence”, “karşılık verme ve güvenilirlik”, “fiziksel özellikler” ve “atmosfer” olmak üzere dört boyut altında toplandığını göstermektedir. Araştırma sonucunda katılımcıların genel hizmet kalitesi algılarının yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların boyutlar bazında hizmet kalitesi algılarının, “atmosfer” boyutunda çok yüksek, “empati ve güvence”, “karşılık

verme ve güvenilirlik” ve “fiziksel özellikler”boyutlarında ise yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda katılımcıların hizmet kalitesi algılarında medeni duruma, eğitim seviyesine, meslek durumuna, gelinen yerleşim birimine, bakım merkezinin yasal statüsüne, bakım ücretini ödeyen tarafa, kalınan oda türüne ve bakım merkezinin hizmet binasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrıca bakım merkezinden ayrılmak istemeyen katılımcıların ayrılmak isteyenlere, bakım merkezini başkasına tavsiye edeceğini söyleyen katılımcıların tavsiye etmeyeceğini söyleyenlere, başka bakım merkezine nakil istemeyen katılımcıların isteyenlere, bir sorun yaşamayan katılımcıların yaşayanlara, yaşadıkları sorun tatmin edici bir şekilde çözülen katılımcıların çözülmeyenlere göre farklı boyutlarda daha yüksek hizmet kalitesi algısına sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak gelecekte yapılacak araştırmalara ve uygulamaya dönük önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Kalitesi, Yatılı Engelli Bakım Kurumları, Servperf Hizmet Kalitesi Ölçeği

ABSTRACT

In Turkey, disability care services have recorded rapid changes and improvements in recent years. Changes in life styles, transition from extended family to core family structure, greater participation of women in work force, increase of urban population relative to rural population, change of value judgments and increase in individualism reflect the massive changes in social, economical and cultural structures in Turkey in a relatively short period of time. These structural changes led to a substantial increase in the demand for disabled care centers. Given the transformation in socio-economic structure coupled with a rising number of disabled people in Turkey, an increase in demand for the institutions providing disability care services might be expected. On the other hand, all these developments reflect that further studies are necessary and crucial to better understand the dynamics of the care sector which is still in the development phase in Turkey.

The aim of this study is to determine the levels and dimensions of the perceived service quality by the disabled people residing in public and private care centers operating under the Ministry of Family and Social Policies, Presidency of Disabled Care Service Department, and General Directorate of Disabled and Elderly Services. Data were collected from 354 care center residents in 25 cities that were selected by convenience sampling to determine participants. The questionnaire was developed by adding 11 items to the "Service Service Quality Scale" considering the conditions in the field of disabled care service sector. In the study Explanatory Factor Analysis was used to determine the dimensions of service quality. Various statistical methods including arithmetic mean, standard deviation statistics, One Way Anova, t test were used to determine the participants' evaluations of service quality and the perceived service quality of the participants with respect to demographic and corporate characteristics.

The results show that perceived service quality are grouped under four factors as "empathy and assurance", "responsiveness and reliability", "physical features" and "atmosphere". The study also showed that the participants' perceptions of overall service quality is relatively high. Participants' perception of service quality was found to

be very high in the "atmosphere" dimension and high in the following areas: "empathy and assurance", "responsiveness and reliability" and "physical characteristics".

In terms of service quality perception of the participants, it is determined statistically significant differences with respect to marital status, education level, profession, area of residence, legal status of the care center, paying person of the maintenance fee, structure of the care room and facilities.

Furthermore, participants who don't want to leave the care center, who are likely to recommend the care center to others, who don't want to be relocated to other care centers, who haven't experienced a problem, who have a satisfactorily solved problems have a higher degree of quality perception than those participants who want to leave the care center, who aren't likely to recommend the care center to others, who want to be relocated to other care centers, who have experienced a problem, who have not satisfactorily solved problems, accordingly. In light of these findings, further research areas related to disabled care centers and practical solutions have also been proposed.

Keywords: Service Quality, Disabled Care Centers, Servperf Service Quality Scale

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Bilimsel Etik Sayfası.....	i
İthaf.....	iii
Teşekkür.....	iv
Özet.....	v
Abstract.....	vii
İçindekiler.....	ix
Tablolar Listesi.....	xii
Şekiller Listesi.....	xv
Kısaltmalar.....	xvi
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM: HİZMET KALİTESİ KAVRAMI VE MODELLERİ...	3
1.1. HİZMET KAVRAMI.....	3
1.1.1. Hizmetin Tanımı.....	3
1.1.2. Hizmetlerin Karakteristik Özellikleri.....	5
1.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	7
1.2. KALİTE KAVRAMI VE BOYUTLARI.....	10
1.3. HİZMET KALİTESİ KAVRAMI.....	13
1.4. HİZMET KALİTESİ MODELLERİ.....	15
1.4.1. Hizmet Kalitesi Fark Modeli (Beş Fark Modeli-GAP).....	15
1.4.2. SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli.....	27
1.4.3. Grönross'un Kalite Modeli.....	29
1.4.4. Kritik Olaylar Tekniği.....	30
1.4.5. Intservqual.....	31

1.4.6. Diğer Modeller.....	31
İKİNCİ BÖLÜM: BAKIM HİZMETLERİ.....	35
2.1. ENGELLİ BAKIM HİZMETLERİ VE BAKIMA MUHTAÇLIK KAVRAMI.....	35
2.2. BAKIM HİZMETLERİNİN KAPSAMI.....	38
2.3. BAKIM HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	43
2.4. BAKIM HİZMETİ MODELLERİ.....	44
2.4.1. HENDERSON 14 Temel İhtiyaç Modeli.....	44
2.4.2. ROPER/LOGAN/TIERNEY Yaşam Aktiviteleri Modeli.....	45
2.4.3. KROHWINKEL Modeli – Yaşamın Günlük Faaliyetleri ve Hayati Önem Arz Eden Tecrübeler.....	48
2.4.4. OREM Kendi Kendine Bakım Açığı Modeli.....	49
2.5. DÜNYA’DA BAKIM HİZMETLERİ.....	52
2.6. TÜRKİYE’DE BAKIM HİZMETLERİ.....	63
2.6.1. Türkiye’de Engelli ve Bakıma Muhtaç Kişi Sayıları.....	63
2.6.2. Türkiye’de Uygulanan Engelli Bakım Modelleri.....	66
2.6.2.1. Türkiye’de Evde Engelli Bakım Hizmeti.....	68
2.6.2.2. Türkiye’de Kurumda Engelli Bakım Hizmeti.....	69
2.6.3. Türkiye’de Bakım Modellerine Göre Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları ve Bakım Kurumları Kapasiteleri.....	69
2.6.4. Türkiye’de Engelli Bakım Hizmetlerinin Finansmanı.....	73
2.6.5. Türkiye’de Engelli Bakım Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları.....	73
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: YATILI BAKIM HİZMETLERLERİNDE HİZMET KALİTESİ.....	75
DÖRDÜNCÜBÖLÜM: BEDENSEL ENGELLİLERE YÖNELİK YATILI BAKIM HİZMETİ VEREN KURUMLARDA ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA.....	88

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	88
4.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	88
4.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	89
4.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	90
4.3.2. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	91
4.3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi.....	93
4.4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	93
4.4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	93
4.4.2. Katılımcıların Kaldıkları Bakım Merkezi İle İlgili Değerlendirmeleri.....	96
4.4.3. Katılımcıların Algılarına Göre Hizmet Kalitesini Oluşturan Boyutlar.....	99
4.4.4. Katılımcıların Hizmet Kalitesi Algılarının Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	105
4.4.5. Katılımcıların Hizmet Kalitesi Algılarının Bakım Merkezi Özellikleriyle ve Değerlendirmeleriyle İlişkisi.....	114
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	130
KAYNAKLAR.....	139
EKLER.....	159
ÖZGEÇMİŞ.....	165

TABLOLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	4
Tablo 2: Kalite Tanımlamaları.....	12
Tablo 3: Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e Göre Hizmet Kalitesi Boyutları.....	25
Tablo 4: Türkiye'de Engelli Bakım Hizmetlerinin Kapsamı.....	42
Tablo 5: Varoluşsal Hayat Tecrübeleriyle Yaşam.....	49
Tablo 6: Günlük Alışıl gelmiş Faaliyetler (GAF).....	51
Tablo 7: Singapur Bakım Merkezleri Kalite Yönetim Sistemi (ENHS).....	56
Tablo 8: Avustralya Bakım Hizmetleri Akreditasyon Standartı.....	59
Tablo 9: 2011-2014 Yıllarında Türkiye'de Yaş Gruplarına Göre Nüfus Artışı.....	64
Tablo 10: Türkiye'de Yaş Gruplarına Göre Engelli Birey Sayıları.....	65
Tablo 11: Türkiye'de Yaş Gruplarına Göre Kurumda Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları.....	66
Tablo 12: Türkiye'de Yaş Gruplarına Göre Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları.....	66
Tablo 13: Türkiye'de Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları ...	70
Tablo 14: Türkiye'de Kurumda Bakım Hizmeti Sunan Kurumların Türlerine Göre Kapasiteleri.....	70
Tablo 15: Türkiye'de Kurumda Bakım Hizmeti Sunan Kurumların Türlerine Sayıları.....	71
Tablo 16: Türkiye'de Yatılı Bakım Hizmeti Sunan Bakım Merkezlerinin Statülerine Göre Sayıları ve Kapasiteleri.....	72
Tablo 17: 2015 Yılında Türkiye'de Resmi ve Özel Bakım Merkezleri ile Evde Bakım Ücretinden Yararlanan Engelli Birey Sayıları ve Bakım Ücretleri.....	73
Tablo 18: Katılımcıların Demografik Özellikleri	95
Tablo 19: Katılımcıların Kaldıkları Bakım Merkezlerinin Özellikleri.....	97
Tablo 20: Katılımcıların Bakım Merkezinde Kalma Nedenlerine İlişkin Görüşleri.....	98
Tablo 21: Katılımcıların Kaldıkları Bakım Merkezi ve Başka Bir Bakım Merkezine Geçme İle İlgili Görüşleri.....	99

Tablo 22: KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları.....	100
Tablo 23: Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	101
Tablo 24: Boyutlara İlişkin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları.....	102
Tablo 25: Katılımcıların Hizmet Kalitesi Boyutları İle İlgili Algıları	103
Tablo 26: Katılımcıların Genel Hizmet Kalitesi Değerlendirmeleri.....	103
Tablo 27: Katılımcıların Hizmet Kalitesi Algılarının İfadeler Bazında İncelenmesi.....	104
Tablo 28: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	105
Tablo 29: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları.....	106
Tablo 30: Katılımcıların Aylık Gelirlerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	107
Tablo 31: Katılımcıların Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	107
Tablo 32: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları.....	108
Tablo 33: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	109
Tablo 34: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	110
Tablo 35: Katılımcıların Mesleklerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	111
Tablo 36: Katılımcıların Meslek Değişkenine Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	112
Tablo 37: Geline Yerleşim Yeri Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	113
Tablo 38: Geline Yerleşim Yeri Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	114
Tablo 39: Hizmet Alınan Kurum Statüsüne Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları.....	115
Tablo 40: Bakım Ücretini Ödeyen Tarafa Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları.....	116
Tablo 41: Katılımcıların Kaldıkları Oda Türüne Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	117

Tablo 42: Katılımcıların Kaldıkları Oda Türüne Göre Hizmet Kalitesi Algıları...	118
Tablo 43: Katılımcıların Bakım Merkezine Gelme Nedenlerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	119
Tablo 44: Katılımcıların Bakım Merkezinden Ayrılma İsteğine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları	119
Tablo 45: Bakım Merkezinden Ayrılma İsteği Nedenine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	120
Tablo 46: Tablo 46: Bakım Merkezinden Ayrılma İsteği Nedenine Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	122
Tablo 47: Bakım Merkezinde Kalma İsteğine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	123
Tablo 48: Bakım Merkezinde Kalma İsteğine Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	124
Tablo 49: Bakım Merkezinde Sorun Yaşama Duruma Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	125
Tablo 50: Yaşanılan Sorunun Çözülme Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	125
Tablo 51: Başka Merkeze Nakil İsteme Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	126
Tablo 52: Bakım Merkezini Başkasına Tavsiye Etme Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	127
Tablo 53: Bakım Merkezinde Kalite Sistemi Uygulanma Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	127
Tablo 54: Hizmet Binası Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	128
Tablo 55: Katılımcıların Bakım Merkezinin Hizmet Binası Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Algıları.....	129

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 1:Ürünlerin Mal-Hizmet Aırlıklarına Göre Sınıflandırılması.....	8
Şekil 2:Hizmet Kalitesi Beş Fark Modeli.....	16
Şekil 3:Genişletilmiş Beş Fark Modeli.....	21
Şekil 4:Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyici Faktörleri.....	22
Şekil 5:Hizmet Kalitesi Modeli.....	30
Şekil 6:Intservqual Modeli.....	31
Şekil 7:Meyer/Mattmüller Hizmet Kalitesi Modeli.....	32
Şekil 8:Grönross/Gummesson Kalite Modeli.....	33
Şekil 9:Roper Modeli 5 Yaşam Bileşenin Birbirleriyle İlişkileri.....	45
Şekil 10: Türkiye’de Engelli Bakım Hizmeti Modelleri.....	67
Şekil 11:Donabedian’a Göre Hizmet Kalitesi Boyutları	76

KISALTMALAR

- AACQA** Australian Aged Care Quality Agency
- ABD** Amerika Birleşik Devletleri
- ACAT** Aged Care Assessment Team
- ADLs** Activities of Daily Livings
- AEDL** Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens
- age** Adı geçen eser
- ASPBA** Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- ATL** Aktivitätendestaglichen Lebens
- Bkz** Bakınız
- CHSP** Commonwealth Home Support Programme
- CMS** Centers for Medicare and Medicaid
- DP** Deutsche Pflegerat
- EYHGM** Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- ENHS** Enhanced Nursing Home Standards
- GA** Günlük Alışlagelmiş Faaliyetler
- HCP** Home Care Packages
- IADLs** Instrumental Activities of Daily Livings
- ILTC** Intermediate and long term care
- KHK** Kanun Hükmünde Kararname
- KL** Krankenpflege-Leistungsverordnung
- MDK** Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- MHCC** Maryland Health Care Commission
- NDIS** National Disability Insurance Scheme
- PKV** Verband der Privaten Krankenversicherung
- TÜİK** Türkiye İstatistik Kurumu

SB Statistisches Bundesamt

SGB Sozialgesetzbuch

WHO World Health Organization



GİRİŞ

Gelişmiş ülkelerde bulunan bakıma muhtaç birey sayıları ile bu bireylere yönelik bakım hizmeti sunumunda oluşturulan kurumsal kapasite ve yapı ele alındığında ülkemizde bakım hizmetleri sunumunun henüz gelişme aşamasında olduğu söylenebilir. Ancak diğer taraftan ülkemizde bakıma muhtaç birey sayıları incelendiğinde, doğum, sonradan meydana gelen hastalık ya da kaza gibi nedenlerden kaynaklanan hastalık ve engelliliğe bağlı olarak ortaya çıkan bakım ihtiyacı yanında, özellikle ortalama yaşam süresinin gelişmiş ülke ortalamalarına yaklaşmasının bakım ihtiyacı olan birey sayısında hızlı bir artışa neden olduğu görülmektedir. Bunun yanında yaşam tarzlarındaki değişim, geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş, kadının çalışma hayatına daha fazla katılması ve eşlerin her ikisinde çalışması, şehir nüfusunun kırsal nüfusa göre artması, değer yargılarının değişimi ve bireyselleşme gibi toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısında meydana gelen değişimler de kurumsal bakım hizmetlerine olan ihtiyacın ve dolayısıyla bakım hizmeti veren kurumların öneminin artmasının diğer nedenleri arasında sayılabilir. Ülkemizde yaklaşık 500 bin bireyin evde ya da kurumda bakım hizmeti alıyor olması, bakım hizmeti sunumunun ne kadar geniş bir toplum kesimini ilgilendiriyor olduğunun ortaya konulması açısından dikkate değerdir. Diğer yandan her bireyin bir engelli adayı olması gerçeğinden dolayı aslında bakım hizmetleri toplumun her ferdini şahsi olarak ilgilendiren bir alan olduğu değerlendirilebilir.

Tüm bu nedenlerden dolayı ülkemizde bakım hizmetleri ile ilgili kurumsal altyapının ve kapasitenin artırılması, sunulan bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve çeşitlendirilmesi önümüzdeki yıllarda temel hedeflerden birisi olarak görülmelidir. Hizmet veren ve sunanın bedensel ve ruhsal olarak çok yüksek bir düzeyde etkileşim halinde olduğu böylesine özel ve hassas bir alanda fiziki altyapı, kapasite, hizmet çeşitliliği gibi unsurların yanında hizmet kalitesi düzeyinin yükseltilmesi ve sürekliliğinin sağlanması da oldukça önem arz etmektedir. Hizmet kalitesinin yükseltilmesi ise sunulan hizmet kalitesinin ölçülmesi, kusurlu ve eksik yönlerinin ortaya çıkarılarak bu hususların iyileştirilmesi sağlanmadan mümkün değildir. Bu nedenle yatılı bakım merkezlerinde bakım kalitesi konusunda gösterilen çabaların

hedefine ulaşabilmesi, bu kurumlarda kalan bireylerin kalite algılarının ortaya konulması ile doğrudan ilişkilidir.

Bu bağlamda bu çalışma resmi ve özel bakım merkezlerinden hizmet alan bedensel engellilerin hizmet kalitesi algılarını ve bakım hizmetlerinde hizmet kalitesinin boyutlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda çalışma dört bölüm şeklinde planlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde hizmet ve hizmet kalitesi kavramları açıklanmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede hizmetlerin tanımı, sınıflandırılması ve karakteristik özellikleri üzerinde durulmuş, hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi modelleri incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde bakım hizmetleri ele alınmıştır. Bu bölümde bakıma muhtaçlık kavramı, bakım hizmetlerinin tanımı, bakım hizmetlerinin sınıflandırılması ve bakım hizmeti modelleri üzerinde durulmuştur. Bu bölümde incelenen bir diğer konu ise, Dünya’da ve Türkiye’de sunulan bakım hizmetlerinin kapsamıdır. Bu başlık altında Türkiye ve bazı ülkelerde bakım hizmeti uygulamaları ve modelleri incelenmiş, bu ülkelerde bulunan bakım merkezleri ve bakıma muhtaç kişi sayılarına ilişkin istatistikî veriler sunulmuştur.

Çalışmanın üçüncü bölümünde yatılı bakım hizmetlerinde hizmet kalitesi kavramı üzerinde durulmuştur. Bu bölümde bakım hizmetleri ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar incelenerek bakım hizmetlerinde hizmet kalitesi kavramı ve boyutları ele alınmıştır.

Dördüncü bölümde ise çalışmanın amacı doğrultusunda tasarlanan araştırma sürecine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu bölümde çalışmanın amacı, önemi, evreni, örnekleme, kullanılan veri toplama aracı ve veri toplama sürecine ilişkin bilgiler verilmiş ve analiz sonuçlarına ilişkin bulgular sunulmuştur. Çalışmanın sonuç ve öneriler bölümünde araştırma sonuçları özetlenerek, bakım hizmetleri sunumunda politika belirleyicilere, uygulayıcılara ve gelecekte yapılacak çalışmalara önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ KAVRAMI VE MODELLERİ

1.1. HİZMET KAVRAMI

1.1.1. Hizmetin Tanımı

Pazarlama yazınına bakıldığında, pazarlamanın ilk tanımları içerisinde hizmetlerin pazarlanabilirliği olgusu üzerinde durulduğu görülmektedir (Karahana, 2006: 12). Ancak yinede 1970’li yıllara kadar pazarlama tanımlarında, daha çok malların pazarlanması üzerinde durulduğu görülmektedir. Bu durum 1970’li yıllardan itibaren özellikle pazar yapısındaki değişiklikler, teknolojik gelişmeler, toplumların sosyo-ekonomik ve kültürel yapılarının değişmesi gibi nedenlerle hizmetlere olan taleplerin artışıyla farklı bir yön almıştır (Okumuş ve Yasin, 2007:88; Karahana, 2006: 12-13). Günümüzde gelişmiş ülkelerin ulusal gelirinin % 70’inden fazlasının hizmet sektöründen elde edildiği görülmektedir (İslamoğlu, 2011: 332). Hizmet sektörüne olan talep artışının birçok sebebi bulunmakla birlikte bunlardan başlıcaları şu şekilde sıralanabilir (Meffert vd., 2015: 4; Nakip vd., 2012: 305; Wilson, 1999: 20):

- İnternet tüketici forumları, müşteri sadakatinde azalma, rahat hayat sürme trendinde artış, yaşam tarzında değişiklik gibi tüketici davranışlarında meydana gelen değişimler,
- Toplumun yaş dağılımının değişmesi, ortalama yaşam sürelerinin artması, yaşlı bakım hizmetlerine olan talebin artması gibi demografik değişikliklerden kaynaklanan sebepler,
- İnternetin yaygınlaşması, üretim teknolojilerinde gelişme, üretilen ileri teknoloji ürünlerinin karmaşıklığı gibi teknolojik gelişimden kaynaklanan değişiklikler,
- Rekabetin artması, ek hizmet sunumlarıyla farklılaşma ve küreselleşme gibi pazar değişiminden kaynaklanan sebepler,
- Kadınların iş hayatına katılımının artması, kültürel değerlerde değişim, çalışma saatlerinde kısalma gibi sosyo-ekonomik değişimden kaynaklanan sebeplerdir.

Hizmetlerin ekonomiler içerisindeki ağırlığı artınca (Varinli ve Çatı, 2010:14) hizmet pazarlaması, bilim insanları ve uygulayıcılar tarafından üzerinde daha yoğun durulan ve incelenen bir faaliyet alanı haline gelmiştir (Karahana, 2006: 12-13; Mucuk, 2004:297). Önceden en büyük ve en fazla kazanan şirketler olarak otomobil üreticileri, petrol şirketleri gibi şirketler sayılırken, günümüzde artık hizmet sektöründe faaliyet gösteren firmalar da bu listelerde kendilerine ön sıralarda yer bulabilmektedir. Bu durum hizmet sektörüne olan talep artışının boyutlarını ortaya koyma açısından dikkat çekicidir.

Hizmet kavramının tek tanımı olmayıp oldukça eski tarihlerden itibaren birçok farklı tanımının yapıldığı görülmektedir (Öztürk, 2016: 3-4). Tablo 1’de hizmet tanımının tarihsel gelişimi gösterilmektedir.

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar (-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723-90)	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J.B. Say (1767-1832)	Ürünler fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler
Alfred Marshall (1842-1924)	Üretildiği anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri (1925-60)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan faaliyetler; Bir tarafın diğer tarafa sunduğu, üretimi fiziksel bir ürüne bağlı veya bağlı olmayan, asıl olarak gayri maddi ve sonuçta belli bir şeyin mülkiyetinin geçmediği faaliyet veya yararlar; Zaman, yer, biçim ve psikolojik bakımdan yarar meydana getiren ekonomik faaliyetler; Gayri maddi olan ve gereksinimleri gideren tüm faaliyetler; Bir faaliyetin temel amacı veya unsuru olarak tüketici isteklerini giderici nitelikte, belirlenebilen soyut çabalar; Üretildiği anda alıcıya değer aktaran soyut bir ürün.

Kaynak: Öztürk, 2016:3; Kuzu, 2010: 22

Lovelock ve Wirtz (2007: 21) hizmeti, “bir tarafın diğer tarafa sunduğu hareket veya performans” şeklinde yorumlarken, Zeithaml ve arkadaşları (2009: 4) ise hizmetler için; “bir kişinin ya da kuruluşun başka kişi ya da kuruluşlar için sağladığı hareketler,

süreçler ve performanslar” tanımını yapmıştır. Kotler ve arkadaşları (2011: 692) hizmet sunumunu *“bir hizmet sağlayıcının bir hizmet alıcısına sunduğu ve sonuç olarak herhangi bir şeyin sahipliğinin herhangi bir başkasına devrini sağlamayan soyut bir performans”* olarak tanımlamaktadır. Grönross (1990: 27) hizmetleri *“az ya da çok soyut yapısı olan, hizmet alan ve veren arasındaki etkileşim anında oluşan ve müşteri sorunlarına çözüm olarak ortaya konulan faaliyet ya da faaliyetler dizisidir”* şeklinde tanımlarken, Skinner (1990: 631) ise *“insan ve makinelerin insan gayretiyle ürettiği, alıcısına doğrudan fayda sağlayan, soyut ürünler”* olarak tanımlamaktadır. Amerikan Pazarlama Derneği’nin tanımında ise hizmetler *“banka kredisi ya da ev güvenliği gibi tamamem ya da kısmen soyut ürünler”* olarak tanımlanmıştır (www.ama.org). Hizmet kavramı, Gülmez ve Dörtyol’un (2009: 112) Açıklamalı Pazarlama Sözlüğü’nde ise *“Tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını tatmin etmek üzere üretilen, depolanamayan, üretildiği anda tüketilen ve heterojen özelliklere sahip etkinlikler bütünüdür”* şeklinde tanımlanmıştır. İslamoğlu ve arkadaşları (2011:17) hizmetleri, *“Tüketicilerin yaşantılarından kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözen ya da çözümünü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ve faydalar toplamı”* olarak tanımlamıştır.

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere literatür taraması sonucu, hizmet kavramının genel kabul görmüş tek bir tanımının bulunmadığı (Kordowich, 2010: 28), hizmet kavramının çalışılan faaliyet alanı ve bakış açılarına göre farklı tanımlamalarının yapıldığı görülmektedir (Zielke, 2004: 40). Bunun en önemli nedenleri arasında hizmet adı altında sunulan ürünlerin çok geniş yelpazede bulunması, çok çeşitlilik ve farklılık arz etmesi sayılabilir (Öztürk, 2003: 1).

1.1.2.Hizmetlerin Karakteristik Özellikleri

Hizmet ve hizmet kalitesi kavramlarının daha iyi anlaşılabilmesi için hizmetlerin mallardan farklı olarak sahip oldukları bazı karakteristik özelliklerinin ortaya konulması yararlı olacaktır. Hizmetlerin özellikleri soyut olmaları, stoklanamamaları, üretim ve tüketimlerinin eş zamanlı olması, heterojen olmaları, mülkiyetlerinin devredilememesi, müşterinin hizmet sunum sürecine katılımı ve talep tahmininin zor olması şeklinde sıralanabilir.

- Soyut olma*: Mallar ve hizmetlerin evrensel olarak kabul edilen temel farklılığı hizmetlerin dokunulabilir olmamasıdır (Öztürk, 2016: 17). Mallar fiziksel

yapıları gereği görülebilir ve dokunulabilir özelliklere sahiptirler (Perreault vd., 2012: 195), ancak hizmetler daha çok maddesel olmayan insan gücü, deneyim vb. gibi müşterinin çoğu zaman dokunamayacağı unsurlardan meydana gelmektedirler. Bazı durumlarda hizmet sunumu somut unsurları barındırabilir. Ancak burada esas olan kullanılan bu materyaller değil sunulan performanstır (Grönroos, 2000:48). Örneğin bir sağlık hizmetinde kullanılan donanım ile teçhizat görülebilir ve dokunulabilir somut varlıklar olmakla birlikte hizmetin kendisi olan sağlık hizmeti soyuttur (Yükselen,2014:356).

•Stoklanamamaları: Hizmetlerin soyut yapıları gereği stoklanmaları mümkün değildir (Saydan ve Nart, 2011: 277; Yüksel ve Mermud, 2004: 22) ve sunumlarından önce denenemezler (Arpacı vd., 1994: 12). Bunun yanında hizmetlerin geri iade edilmeleri ya da tekrar satılmaları da olanaklı değildir (Zeithaml vd., 2009:22). Buna örnek olarak sunulan uçuş hizmetine yolcunun gelmemesi gösterilebilir. Bu durumda kullanılmayan uçuş hizmetinin yeniden satılması ya da depolanması olanaksızdır (Nakip vd., 2012: 309; Zeithaml vd., 2009: 22). Bu nedenle üretildiklerinde tüketilmeleri gerekmektedir (İslamoğlu vd., 2011: 19).

•Üretim ve tüketimin eş zamanlılığı: Hizmet sunumu, mallardan farklı olarak üretim ve tüketiminde eş zamanlamayı gerektiren, hızla akan bir yapıya sahiptir (Yüksel ve Mermud, 2004: 22; Altunışık vd., 2014: 293). Mallar önce üretilip sonra tüketilebilirken hizmetler için bu söz konusu değildir (Nakip vd., 2012: 308). Hizmetler önce satın alınır ve sonra eş zamanlı olarak üretilip tüketilirler (Korkmaz vd., 2009: 515). Örneğin, bir buzdolabı başka bir ildeki fabrikada üretilip İstanbul'a taşınarak orada satılır ve yıllarca çeyiz olarak bekletildikten sonra kullanılabilir (Öztürk, 2016: 20), ancak bir öğretmenin ders verme hizmeti, öğretmen ders anlatırken öğrencilerin aynı anda dinlemesi ile meydana gelir. Burada ders verme hizmeti oluşurken, aynı anda tüketilmiş olur (Yükselen, 2014: 357).

•Heterojen olma: Hizmetlerin ağırlıklı olarak insan tarafından gerçekleşmesi nedeniyle birbirlerinin aynısı olması ve standartlaşmanın sağlanması çoğu zaman mümkün değildir (Eser, 2007: 11). Hizmet sunumunda standartlaşma ne

oranda yapılırsa yapılısın, sonuç müşterinin algısına bağlıdır (Zeithaml vd., 2009: 21). Hizmeti üreten ve alan kişilerin hizmetin üretilmesi ve kullanılması anında içinde buldukları ruh hali, algılanan hizmet düzeyini ve kalitesini doğrudan etkiler. Sonuç olarak bir yandan aynı hizmeti farklı personeller farklı performanslarla sunabilirken, diğer yandan aynı performansla sunulan hizmeti iki ayrı müşteri farklı şekilde değerlendirebilir (Altunışık vd., 2012: 137; Sarıyer,2011: 16). Örnek olarak, bir havayolu şirketinin her defasında aynı uçuş hizmetini vermesi oldukça güçtür. Farklı zamanlarda farklı kabin personeli ve yer hizmetleri personeli ile verilen uçuş hizmeti, hizmet sunana, hizmet alana ve o andaki diğer bir çok etkene göre değişebilir (Öztürk, 1998: 8).

•Mülkiyetin devredilememesi: Hizmetlerin soyut ürünler olmaları sebebiyle tüketildikten sonra başkalarına devredilmeleri imkânsızdır (İslamoğlu vd., 2011: 19). Bir malı satın alan müşteri o malın sahibi olurken, hizmetlerde ise bir tesisten belirli bir süre zarfında ancak yararlanabilir. Müşterinin otel odasından faydalanması buna örnek olarak gösterilebilir (Öztürk, 2016: 22).

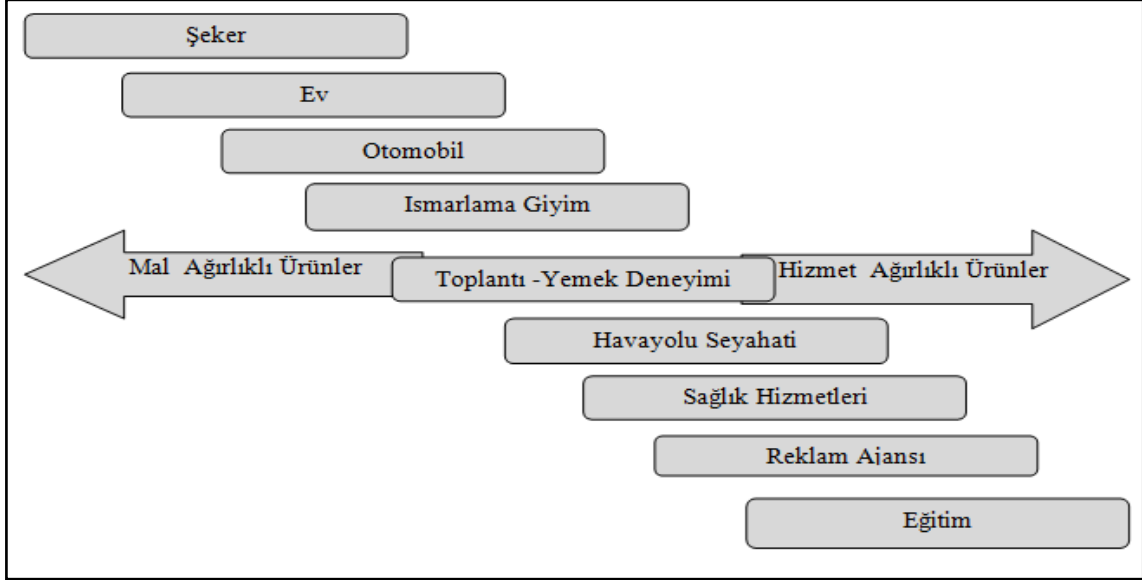
•Müşterinin hizmet sunum sürecine katılımı: Mallar fabrikalarda üretilirken müşterinin bu sürece bir katkısı bulunmamakta iken, hizmetlerde çoğu zaman müşteri, hizmet sunan ve müşteri dışındaki üçüncü şahıslar da hizmet üretim sürecinin bir parçası olmaktadır (Grönroos, 2000: 47).

•Talep tahmininin zor olması: Hizmetlere olan talep tahminini belirlemek mallara göre çok daha zordur. Bu durum hizmetler için üretim planlamasını da oldukça zorlaştıran bir unsurdur (İslamoğlu vd., 2011: 19; Karafakıoğlu, 2006: 138).

1.1.3.Hizmetlerin Sınıflandırılması

Yukarıda açıklanan karakteristik özellikler nedeniyle hizmetlerin sınıflandırılmasında zorlaşmaktadır (Kuzu, 2010: 23). Bu nedenle hizmet kavramının tanımı gibi hizmetlerin sınıflandırılması hususunda da literatürde tek bir sınıflandırma bulunmamaktadır. Hizmetlerin sınıflandırılması, sınıflandıranların bakış açılarına göre değişebilmektedir (İslamoğlu, 2013: 384). Sınıflandırmalarda, hizmetin niteliği, hizmet sunanla hizmet alanın ilişki düzeyi, hizmetlerin ve malların somutluk-soyutluk ağırlıkları vb. gibi unsurların göz önüne alındığı görülmektedir (Lovelock, 1983: 10).

Bazı ürünlerin mal-hizmet ağırlıklarına ilişkin sınıflandırılması aşağıdaki şekilde verilmiştir (Bkz. Şekil:1).



Şekil 1: Ürünlerin Mal-Hizmet Ağırlıklarına Göre Sınıflandırılması
Kaynak: Pride ve Ferrell, 2010: 358

Hizmetlerin özellikleri açıklanırken değinilen hizmetlerin az ya da çok soyut yapıda olması, bazı hizmetlerin üretilmesi için mallardan yararlanılması gerekliliğinden kaynaklanmaktadır. Tıpkı bunun gibi bazen de bir mal üretilmesi için hizmet sunumu gereklilik olabilir. Yani bu durumda asıl sunulan ürün mal iken, hizmet ek ürün olarak sunulabilir (Üner, 1994: 2). Sonuç olarak hizmetler tamamen ya da kısmi soyut formda kendi başlarına bir ürün olarak sunulabileceği gibi bir malın tamamlayıcısı ya da uzantısı olarak da sunulabilirler (Yıldırım, 2014: 5). Kotler, mal-hizmet ağırlığı bazında bir ayırım yaparak ürünleri genel olarak 5 başlık altında kategorize etmekte ve tanımlamaktadır. Bunlar (Kotler, 2000: 429);

•*Tam fiziksel ürün:* Satılan mala ek hiç bir hizmetin olmadığı ürünlerdir. Örneğin, şampuan ya da şeker gibi.

•*Fiziksel bir ürüne ilave edilen hizmetler:* Tüketicinin mala olan tercih ve talebini arttırmak için sunulan ek hizmetlerdir. Beyaz eşya satıcılarının mala ilaveten sağladıkları garanti ve satış sonrası servisler buna örnek olarak gösterilebilir.

•Melez ürünler: Ürün ağırlık olarak eşit mal ve hizmetlerden oluşur. Kotler bu durumu “müşteriler restorana giderken satın almak istedikleri hem iyi bir yemek ve hem de iyi bir hizmettir” diyerek açıklamıştır.

•Esas hizmete ilave edilen küçük mal veya hizmetler: Esas hizmete ilaveten sunulan bazı hizmetleri ve malları kapsar. Otobüs firmalarının esas ürün olarak sundukları "bir yerden başka bir yere gitme" hizmeti yanında "içecek sunumları" ilave hizmet olarak değerlendirilebilirken, esas hizmeti sunmada kullandığı sermaye yoğun mal olan otobüs ilave mal olarak değerlendirilebilir.

•Tam hizmet: Bu kategorideki ürünler saf hizmet sunumlarını kapsar. Muhasebecilik yada avukatlık hizmetleri örnek gösterilebilir.

Thomas (1978: 160) hizmetleri sınıflandırırken, hizmet sunumunun ağırlıklı olarak insan gücüne mi yoksa makine/teknoloji kullanımına mı dayandığını göz önüne almıştır. Örnek olarak hukuk danışmanlığı emek yoğun bir hizmet türü iken, bankamatikler teknoloji ağırlıklı bir hizmet sunmaktadır.

Lovelock (1983: 12) ise yaptığı sınıflandırmada hizmetleri, soyut-somut olup olmaması ve verilen hizmetin neye yada kime yöneldiğini temel alarak dörde ayırmıştır:

•İnsan bedenine yönelik hizmetler: Bu hizmetler sağlık hizmetleri, yolcu taşımacılığı, güzellik salonu vb. gibi doğrudan insan vücuduna yönelik hizmetlerdir ve hizmet alanın hizmet sunumu sırasında hazır bulunmasını gerektirir.

•Fiziksel varlıklara yönelik hizmetler: Bu hizmetler müşterilerin fiziksel varlıklarına yönelik sunulan hizmetlerdir. Kuru temizleme ve eşya nakliyatı bu hizmetlere örnek gösterilebilir. Hizmet sunucusu ve alıcısı arasında etkileşim düşüktür.

•İnsan zihnine yönelik hizmetler: Bu hizmetler tiyatro, müze, eğitim vb. gibi hizmetlerdir ve hizmet sunan ve alan arasında fiziksel olarak karşılıklı etkileşim gerektirir. Hizmet alan zihinsel olarak hazır bulunmalıdır.

•*Soyut varlıklara yönelik hizmetler:* Muhasebe, bankacılık, sigorta ve güvenlik hizmetleri bu tür hizmetlere örnek olarak verilebilir.

Hizmetlerin genel bir sınıflandırılması ise şu şekildedir (Er, 2014: 230-231);

- Sağlık ile ilgili hizmetler
- Bankacılık, sigortacılık vb. gibi finansal hizmetler
- Avukatlık, muhasebecilik vb. gibi profesyonel hizmetler
- Otelcilik, seyahat acentalığı vb. gibi konaklama hizmetleri
- Eğlence hizmetleri, örneğin spor aktiviteleri, sinema vb.
- Kamu yararı güden, kar amacı olmayan örneğin spor yapmayı ve sağlıklı beslenmeyi teşvik eden faaliyetlerle ilgili hizmetler
- İletişim hizmetleri, örneğin mobil telefon ya da internet hizmeti sunan şirketler
- Güzellik bakımı, kuru temizleme vb. gibi kişisel hizmetler
- Satış sonrası servis vb. gibi bakım-onarım hizmetleri

1.2. KALİTE KAVRAMI VE BOYUTLARI

İnsanlar bilinçli ya da bilinçsiz sürekli olarak çevresindeki kişileri, olayları, gelişmeleri vb. durumları kendilerine göre değerlendirmektedir. Bu değerlendirmelerde ölçüt bir nevi kişilerin kalite standardı olarak nitelenebilecek, öğrenerek ya da tecrübe ederek ortaya çıkan yargı ve tutumlardır. Kişiler sahip oldukları bu ölçütlerle bir olayın, nesnenin ya da durumun iyi ya da kötü olduğuna karar verir (Münc, 1996: 31).

Kalite köken olarak Latince'den gelen bir kavramdır (Bröckermann vd., 2007: 4; Şimşek, 2004: 5). Arkeolojik çalışmalar ile ortaya çıkarılan eski Mısır'da piramit inşasında yapılan uzunluk ölçümleri (Adamer, 2005: 12) ve Babil kralı Hammurabi'nin kanunlarında bir mimarın yaptığı yapının çökmesi durumunda cezalandıracağı ile ilgili kayıtlar, insanlığın kalite kavramıyla ilişkisinin çok eski tarihlere dayandığını göstermektedir (Tavasli, 2007: 9). Ortaçağda kalite kavramı loncalar ve ustalık müessesesiyle ilgili bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Osmanlı'da kökeni 13. ve 14. yüzyıla dayanan ahilik teşkilatının ortaya koyduğu değerler ve İslam inancı

çerçevesinde belirlenen ilkelere dayanan esnaf düzeni ile belli bir kalite düzeyi ve standardizasyon sağlanmaya çalışılmıştır. Bu yolla belli bir maharet ve kalite seviyesine ulaşamayanlar usta olamamaktaydı. Ürünlerin kalitesi ve imalat kuralları devlet tarafından kanunnameler vasıtasıyla belirlenerek gerek ürün kalitesinin sağlanması gerek haksız rekabetin önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Bu kanunnamelere II. Bayezid dönemine ait 1502 tarihli Bursa İhtisab Kanunnamesi örnek olarak gösterilebilir (Çiftçi, 2006: 23-25).

Sanayi devrimiyle birlikte gelişen teknoloji ve imalat teknikleriyle yığın üretime geçilmiş ve kalite kavramı üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır. Bu dönemde ürün kalitesinin kontrolü amacıyla fabrikalarda ayrı birimler oluşturulmuş ve kalite kontrol odaklı bir anlayış egemen olmuştur. Bu kontrollerde amaç, ürünün fabrikadan müşteriye gitmeden önce kontrol edilmesi ve hatalı ürünlerin ayıklanmasıdır (Kirchner vd., 2007: 7).

Sanayi devrimi sonrası ürün ve kalite kontrol odaklı kalite anlayışı, modern zamanda müşteri odaklı ve sürekli iyileşmeyi hedef edinmiş bir anlayışa evrilmiştir. Bu anlayışta amaç sadece hatasız ürünler üretmek değil, müşteri beklentilerini anlayarak müşteri için kusursuz ürünler üreterek müşteriye tatmin etmektir (Stekolschik, 2007: 30; Bauer, 2003: 14-15). Bu noktada müşteri tatminini sağlayan kalite, işletme için stratejik bir yönetim aracı konumundadır (Almıçık ve Özbek, 2009: 126). Tüketicilerin algı, ihtiyaç ve beklentileriyle doğrudan ilişkisi olan kalite kavramı, bu algı, ihtiyaç ve beklentilerde meydana gelen değişikliklere paralel olarak, aynı hizmet tanımı gibi zaman içerisinde değişim göstermiştir (Sözer vd., 2002: 46). Bu değişim yanında kalitenin geniş içerikli bir kavram olması, kalite tanımı yapacak olan kişilerin bu kavrama yükledikleri anlamıda farklılaştırmaktadır (Yamak, 1998: 85). Japonların kalite ile ilgili felsefeleri “*sıfır hata-ilk yapıda doğru yapmak*” iken, Crosby kaliteyi “*şartlara uygunluk*” şeklinde tanımlamıştır (akt. Parasuraman vd., 1985: 41-42). Osanna ve arkadaşları (2002: 20) kaliteyi “*bir faaliyetin, sürecin yada bir organizasyonun belirlenen ve öngörülen şartları yerine getirebilmesi için taşıdığı niteliklerin bütünü*” olarak tanımlamıştır. Bir başka tanımda kalite genel olarak “*ürünün dayanıklılığı, güvenilirliği, doğruluğu, görünüşü, tamlığı, bakım onarım kolaylığı ve diğer değer*

verilen özelliklerin bütünü” olarak tanımlanmıştır (Tek, 1999: 360). Kalite ile ilgili yapılmış diğer çeşitli tanımlamalar Tablo 2’ de gösterilmiştir.

Tablo 2: Kalite Tanımlamaları

J. M. Juran	Kalite, kullanıma uygunluktur.
P. Crosby	Kalite, bir ürünün gerekliliklerine uygunluk derecesidir.
G. Taguchi	Kalite, ürünün sevkiyatından sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır.
K. Ishikawa	Kalite, ürün veya hizmetlerin tüketiciyi tatmin etmek için sahip olduğu özelliklerdir.
A.V. Feigenbaum	Kalite, tüketici istek ve ihtiyaçlarını en ekonomik düzeyde karşılamayı amaçlayan mühendislik ve imalat karakteristiklerinin oluşudur.

Kaynak: Özkan, 2005:3-4; Efil, 2010:8

Yapılan tanımlamalar yanında kaliteyi farklı özellik ve boyutlarda inceleyen araştırmacılar da olmuştur (Schwarze, 2003: 23). Örnek olarak; Bender kaliteyi mamulün teknik kalitesi, servis kalitesi, itibar kalitesi, müşteri ilişkileri ve ekonomik (fiyat) kalitesi olarak beş boyutta incelemiştir (akt.Rapp, 1995: 44). Garvin ise kalitenin boyutlarını sekiz başlıkta ele almıştır. Bunlar; ürünün birincil özelliklerini ifade eden “performans”, ürünün ikincil özellikleri olarak nitelenebilecek ve ürünün birincil fonksiyonlarının tamamlayıcısı konumunda olan “diğer özellikler”, belli bir zaman zarfında üründe hata meydana gelmesi olasılığını ifade eden “güvenilirlik”, ürünün belirlenen standartlara ve spesifikasyonlara uygunluğunu ifade eden “uygunluk”, ürünün teknik ve ekonomik olarak yaşam süresini tanımlayan “dayanıklılık”, üründe meydana gelen sorunların hızlı ve kolay çözülebilmesini ifade eden “servis kolaylığı”, ürünün albenisini arttıran subjektif özelliklerini yansıtan “estetik ve algılanan kalite” boyutlarıdır (Garvin, 1984: 30-32).

Günümüzde kalite kavramı tanımlanırken daha çok müşteri odaklı bir bakış açısının ön plana çıktığı görülmektedir. Müşteri arzu ve ihtiyaçlarını anlamak, karşılamak ve müşteri memnuniyetini sağlamak, işletmelerin temel hedeflerinden birisi durumundadır (Öztürk, 2016: 180).

1.3. HİZMET KALİTESİ KAVRAMI

Hizmet sektörünün bir çok ülke ekonomilerinde baskın sektör haline gelmesi, kalite kavramının ön plana çıkması ve bu alanda yapılan çalışmaların hız kazanmasına paralel olarak mallarda olduğu gibi hizmetlerde de kalitenin tanımı ve gereklilikleri üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır (Kayral, 2012: 8). Kalite, mal satışı yapan işletmeler gibi hizmet sunan işletmeler içinde vazgeçilmez bir rekabet unsurudur. Ancak hizmet sunumunda kaliteyi tanımlamak, bu konuda müşterilerin beklentilerini ve algılarını ortaya koymak, mallara göre daha zordur (Korkmaz vd., 2009: 520). Bunun en önemli sebebi, hizmetlerin bir performans olmaları ve bu nedenle sürekli aynı kalite düzeyinde hizmet sunumunun standartlaştırılmasının güçleşmesidir. Ancak bu zorluklara rağmen hizmet kalitesi gerek araştırmacıların gerek uygulamacıların üzerinde çokça durdukları bir konudur (Öztürk, 2016: 180-181). “Hizmetlerde kalite nedir?” sorusunun cevabı arandığında bu kavram üzerinde de farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir.

Hizmet kalitesi kavramı Gülmez ve Dörtüo’ün Açıklamalı Pazarlama Sözlüğü’nde, “*Olası tüketicilerin belirli bir hizmetle ilgili ihtiyaç ve beklentilerinin tam anlamıyla karşılanması sürecinin başarı ile sonuçlandırılması amacıyla yapılan çalışmalar bütünü*” (Gülmez ve Dörtüo, 2009: 112) olarak tanımlanmıştır. Amerikan Pazarlama Derneği ise yüksek kaliteli hizmetleri, “*müşterilerin beklentilerini tam olarak karşılayan ya da aşan hizmetler*” şeklinde tanımlanmıştır (www.ama.org). Bir diğer tanımda hizmet kalitesi “*müşteri beklentilerini karşılamak amacıyla, üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir*” (Odabaşı, 2006: 93) şeklinde tanımlanmıştır. Parasuraman ve arkadaşları (1985: 42) ise hizmet kalitesini “*beklentiler ve performansın karşılaştırılması*” olarak tanımlamıştır. Hizmet kalitesini tanımlarken ön plana çıkan kavram, müşteri zihninde hizmetlerin kalitesini belirleyen öncelikli etken olan müşteri algıları kavramıdır. Müşterilerin algıları ise onların beklentilerinden etkilenmektedir. Müşteri beklentileri ise geçmiş deneyimler, imaj, kişisel ihtiyaçlar vb. gibi çok çeşitli faktörler ile şekillenmektedir (Öztürk, 2003: 143). Bu noktada algılanan hizmet kalitesi kavramı ortaya çıkmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi müşterinin beklentilerinin ne ölçüde karşılanabildiğini göstermektedir. Başka bir deyişle, algılanan hizmet kalitesi müşterinin hizmetten beklediği kalite düzeyiyle, hizmet sunumundan sonra hissettiği tatmin olmuşluk duygusunun farkıdır. Bu fark negatif ise, müşteri tatmin

olmamakta ve hizmet kalitesi düşük olarak algılanmaktadır (Parasuman vd., 1985: 48-49; Aksu, 2012: 26; Yılmaz, 2007: 27).

Müşterinin beklenti ve ihtiyaçlarını anlayarak bu beklentilere uygun tasarlanmış mal ve hizmetler sürdürülebilir bir rekabet için vazgeçilmez bir gerekliliktir (Gottschalk vd., 2005:44). Bu ürünlerin müşteri beklentilerini ne ölçüde karşıladığının tespit edilemediği durumlarda süreç monolog bir yapıya evrilir. Bu durum gösterilen tüm çabaların çıkmaz sokağa girmesi olarak betimlenebilir. Bu bağlamda, sunulan hizmetlerin kalite düzeylerinin müşteri algısında ne ifade ettiği ve müşteri memnuniyetinin ne ölçüde sağlanabildiğinin açıklığa kavuşturulabilmesi amacıyla farklı araştırmacılar tarafından çeşitli modeller geliştirilerek hizmet kalitesinin ölçülmesi hedeflenmiştir. Ancak hizmet kalitesinin objektif olarak ölçümünde hizmetlerin karakteristik özelliklerinden kaynaklanan bazı güçlükler bulunmaktadır (Greiling, 2009: 360). Bunlar (Kuzu, 2010: 35-36; Dursun, 2011: 80-81);

- Hizmetlerin çok farklı olmaları, bölgeye ve kültüre göre değişen beklentiler, algılar vb. nedenlerle geliştirilen bir modelin tüm hizmetler ya da bölgeler için kullanılamaması,
- Geliştirilen değişik modeller içerisinde hangi modelin en uygun olduğu yönünde bir görüş birliği olmaması,
- Hizmet kalitesini belirleyen unsur ağırlıklı olarak karşılıklı etkileşim içerisinde olan çalışan ve müşterinin tutumu olmakta, bu algılanan kalitenin ölçümünü zorlaştırmaktadır. Zira aynı hizmeti aynı çalışan farklı günlerde farklı performanslarla sunabilirken, yine aynı hizmeti aynı müşteri farklı zamanlarda farklı kalite düzeylerinde algılayabilir. Benzer şekilde aynı anda sunulan aynı hizmeti, farklı müşteriler kişisel özelliklerinden dolayı farklı değerlendirebilirler.
- Müşterilerin hizmet sunumunun bir parçası olması nedeniyle hizmet kalitesinin ölçümünde onların kişisel deneyimi ve katılımı gerekmektedir. Hizmet kalitesinin ölçülmesi için yapılan çalışmalarda yaşanan bir diğer sıkıntı ise katılımın yeteri kadar sağlanamaması ve dolayısıyla yeterli veriye ulaşılamamasıdır.

1.4. HİZMET KALİTESİ MODELLERİ

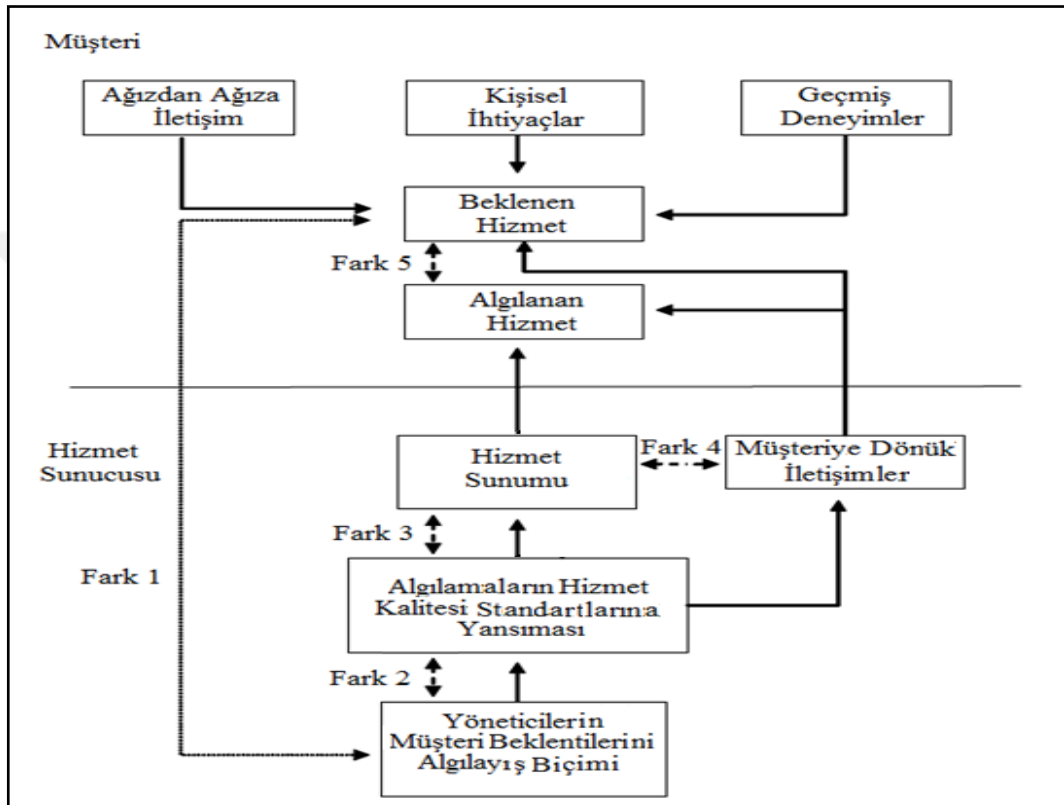
Tüm sektörlerde olduğu gibi hizmet sektöründe de kalite öncelikli bir rekabet aracı olarak ön plana çıkmıştır. Hizmet sunumunda müşterilerin tam olarak ne istediğinin anlaşılabilmesi, eksik ve kusurlu noktaların ortaya çıkarılması ve hizmet kalitesinin iyileştirilebilmesi için öncelikle hizmet kalitesinin ölçülebilmesi gerekmektedir. Ancak bu çok kolay olmayıp geleneksel kalite ölçüm metotları da yeterli olmamaktadır (Çınar, 2010: 57).

Özellikle 1980’li yıllardan itibaren hizmet kalitesini soyutluktan çıkararak ölçülebilir hale getirmek için birçok araştırmacı farklı modeller geliştirmişlerdir. Karakteristik özellikleri nedeniyle hizmetleri belli standartlar altına sokmak ve kalitesini yönetebilmek somut ürünlere göre çok daha zordur. Hizmet kalitesinin farklı modeller altında incelenmesinin amacı bu zorlukları aşarak müşterilerin ihtiyaçlarının, beklentilerinin ve hizmet kalitesi algılarının daha detaylı ve somut bir şekilde tanımlanabilmesidir (Öztürk, 2003: 139). Pazarlama araçlarının kullanılarak hizmetlerin en optimal şekilde sunulabilmesi ancak müşteri istek ve ihtiyaçlarının doğru tanımlanabilmesiyle mümkün olacaktır (Bruhn ve Stauss, 1991: 27). Bu tanımlama çabaları sonucu ön plana çıkan hizmet kalitesi modelleri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

1.4.1. Hizmet Kalitesi Fark Modeli (Beş Fark Modeli-GAP)

Parasuraman, Zeithaml ve Berry, hizmet kalitesi konusunda kavramsal bir model geliştirmek amacıyla bankacılık, kredi kartı hizmetleri, tamir-onarım ve uzak mesafe telefon hizmet işletmelerinde yöneticilerle derinlemesine mülakatlar ve müşterilerle odak grup görüşmeleri yapmışlardır. Araştırmacılar işletmelerin hizmet kalitesi anlayışlarıyla uygulamaları arasındaki farklar ve müşterilerin bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi düzeylerindeki farklar üzerinde durarak bu farklılıkların algılanan hizmet kalitesi üzerine etkisini beş farklı başlık altında tanımlamışlardır (Parasuraman vd., 1985: 41-50). Çalışmada, hizmet sektöründeki yöneticilerin ve müşterilerin hizmet kalitesinde kilit konumda gördükleri niteliklerin ne olduğu, yüksek hizmet kalitesine engel olan unsurların ne olduğu, yöneticilerin ve müşterilerin hizmet kalitesi algıları arasında fark olup olmadığı ve yönetici ile müşteriye ilişkin bu algıların müşteri bakış açısıyla bir modelde birleştirilip birleştirilemeyeceği soruları üzerinde durulmuştur (Parasuraman vd., 1985: 43). Modelde ilk dört fark işletme yöneticilerinin

algılama farklılıklarından kaynaklanmaktadır, beşinci fark ise diğer dört farkı da kapsayan ve müşteride ortaya çıkan beklenti ve algı farkı olarak ifade edilmiştir (Kruse, 2002: 103). Özet olarak modelde müşteri memnuniyetini negatif etkileyen, başka bir deyişle müşterinin hizmet kalitesini daha düşük algılamasına sebep olan hizmet sunucusuna ait eksiklikler tanımlanmıştır (Dürk, 2011: 17). (Bkz. Şekil 2)



Şekil 2: Hizmet Kalitesi Beş Fark Modeli

Kaynak: Parasuraman vd., 1985: 44

Fark 1: Yönetimin Müşteri Beklentilerini Yanlış Algılamasından Kaynaklanan Fark

Bu fark, işletme yönetiminin algıladığı müşteri beklentileriyle müşterinin gerçekte var olan beklentilerinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Müşterilerin hizmet sunumundan bekledikleri kalite düzeyi onların ağızdan ağıza iletişim, geçmiş deneyimleri, ihtiyaçları gibibir çok etken doğrultusunda şekil almaktadır. Bu beklenti düzeyi, işletmenin sunduğu hizmet kalitesinin müşteride algılanma düzeyine doğrudan etki eden bir faktördür. Bu nedenle işletme, müşteri istek, ihtiyaç ve beklentilerini en iyi şekilde anlamak, algılamak ve belirlemek zorundadır. Bu noktada yapılacak hatalar

hizmet tasarımı ve hizmet sunum sürecinin tümünü olumsuz etkileyecektir (Parasuraman vd., 1985: 44-45; Öztürk, 2016: 188).

Bu farkın oluşmasının birinci sebebi pazar araştırmasından kaynaklanan hatalardır. Üst yönetimle iletişim ve yönetim kademesinin çok geniş olmasından kaynaklanan sebepler olarak gösterilebilir. Pazar araştırması, hizmet sunumunda müşterilerin beklenti ve algılarını anlamada önemli bir role sahiptir. İyi bir pazar araştırması sayesinde işletmeler müşterilerin gerçek beklenti ve algıları ile ilgili verilere ulaşma olanağı elde edebilirken, pazar araştırmasının gerektiği gibi, başka bir deyişle doğru şekilde yapılmadığı durumlarda müşteri beklenti ve algılarına ilişkin veriler hatalı olabilir. Fark 1'e neden olabilecek ikinci faktör ise müşteriyle iletişim halinde olan personelin üst yönetimle iletişiminden kaynaklanan hatalardır. Yöneticiler, müşterilerin beklenti ve algılarını anlama noktasında onlara hizmet sunumunu gerçekleştiren ve onlarla iletişim halinde olan personelden gelen bilgilerden de yararlanır. Bu süreç doğru bir şekilde işlemez ve iletişim personeli müşteri beklenti ve algılarına yönelik bilgileri doğru aktarmazsa, üst yönetim müşteri beklenti ve algılarını anlamada hataya düşebilir. Fark 1'in üçüncü nedeni yönetim seviyelerin genişliğidir. Müşteriyle iletişim halinde olan personel ile üst yönetimin arasında bulunan her kademe personelin müşteri beklenti ve algılarına yönelik izlenimlerini üst yönetime doğru bir şekilde aktarmasını daha da güçleştirecektir. Bu durum üst yönetimin müşteri beklenti ve algılarını doğru anlamasına engel teşkil edecektir (Zeithaml vd., 1988: 37-39; Saat, 1999: 110; Westerbarkey, 1996: 40).

Fark 2: Yönetimin Algıladığı Müşteri Beklentileri ile Bu Beklentileri Hizmet Kalitesi Özelliklerine Yansıtabilmesi Arasındaki Fark

“Standart Uçurumu” olarak adlandırılabilir bu fark (Öztürk, 2016: 188), işletmenin algıladığı müşteri beklentilerini karşılayacak gerekli kalite spesifikasyonlarını ürüne yansıtamaması olarak tanımlanabilir (Parasuraman vd., 1985: 45; Kaiser, 2005: 87). Bu farkın oluşmasına bir çok etken sebep olabilmektedir. Maliyetleri düşürme ve kısa sürede kar etme gibi amaçlar yönetimin kaliteye bağlılığını azaltabilir. Bu ve benzeri nedenlerle hizmet kalitesini yükseltmek için kullanılması gereken kaynakların başka amaçlar için kullanılması, belirlenen müşteri talep ve isteklerinin ürünspesifikasyonlarına yansıtılmasını zorlaştıracaktır.

Yönetimin kaliteye olan inancı ve bağlılığında azalma Fark 2'nin temel sebeplerinden birisidir. Fark 2'nin başka bir nedeni, işletmelerin müşteri beklentilerine uygun hizmet kalitesi hedeflerini belirleyememesidir. Hizmet amacının belirlenmesi için öncelikle yönetim amaçlarının belirlenmesi ve buna bağlı olarak hizmet kalitesi hedeflerinin ortaya konulması gerekir. Hedeflerini iyi belirleyemeyen işletmelerin amaçları ve hizmet kaliteleri arasında fark olacaktır. Fark 2'nin bir başka nedeni ise işlerin standardizasyonundan kaynaklanan hatalardır. Yönetimsel algının hizmet kalitesi standartlarına etkili ve doğru bir şekilde aktarılması, görevler için gerekli teknoloji-donanımın ne ölçüde kullanılacağına ve görevlerin ne ölçüde standartlaştırılacağına ya da rutinleştirileceğine bağlıdır. “İmkansızlık algısı” Fark 2'nin doğmasında bir diğer nedendir. İmkansızlık algısı yöneticilerin müşteri beklentilerinin karşılanabilirliğine olan inançlarının zayıflığı olarak tanımlanabilir. Bu kavramın tersi olarak yöneticilerin müşteri beklentilerini karşılayabileceklerine olan inançları ise “yapılabilirlik algısı” olarak tanımlanabilir. Bu algının yüksekliği yönetimin hizmet kalitesine inancını ve bu amaç için çalışma arzusunu yükseltecektir (Zeithaml vd., 1988: 39-40; Kuzu, 2010: 63-64).

Fark 3: Hizmetin Belirlenen Özellikleri ile Sunulan Gerçek Hizmet Arasındaki

Fark

Önceki başlıklarda değinildiği gibi müşteri istek, ihtiyaç ve beklentilerini iyi anlamak ve bunları ürün spesifikasyonlarına çevirmek, müşteri beklentilerini karşılayabilmek için çok önemlidir. Ancak bazı durumlarda bu sağlanabilse bile müşteri beklentileri yerine getirilemeyebilir. Zira hizmet sektörünün müşteriyle karşılıklı etkileşim gerektiren değişken yapısı nedeniyle bazen ürün spesifikasyonları doğru belirlenmiş olsa bile çalışanların farklılık arz eden hizmet performanslarından dolayı istenilen sonuç alınamayabilir (Parasuraman vd., 1985: 45). Bu durum “Hizmet Ulaştırma Uçurumu” olarak nitelenebilir (Öztürk, 2016: 190).

Fark 3'ün ortaya çıkmasının sebeplerinden olan takım çalışması, işletme personelinin diğer bölümlerde çalışan personelleri müşteri gibi görmesi, onlarla işbirliği yapması, işletme tarafından kendilerine değer verildiğini hissetmeleri ve işyerinde kendilerini bir ailenin parçası olarak görmeleri gibi hususları içerir. Bu gibi hususlarda yaşanabilecek eksiklik ya da hatalar, belirlenen standartların hizmet sunumuna doğru bir

şekilde yansıtılmasını engelleyecektir. Hizmet sunan personelin çalıştığı pozisyona uygun niteliklere sahip olmaması, onun belirlenen standartlara uygun performans göstermesini engelleyecektir. Bu durum Fark 3'ün ortaya çıkmasına sebep olan bir başka faktördür. İş-teknoloji uyumsuzluğu, hizmet sunumunda yüksek kaliteye ulaşmak için hizmet sunan personelin hizmet sunumuna uygun araç-gereç ve teknolojiyle desteklenmesi olarak tanımlanabilir. Bu, hizmet sunan personelin performansını olumlu yönde etkileyecektir. Tersisi durumda ise hizmet kalitesi beklenen düzeyin altında kalacaktır. Algılanan kontrol kavramı, kişilerin endişe verici ve stresli durumlarda gösterdiği tepkilerin, kişilerin o durumu kontrol altında tutup tutamamalarına bağlı olması olarak tanımlanabilir. Hizmet sunan personel hizmet sunumunda karşılaştığı sorunlu durumları kontrol altında tutabilirse, yaşadığı stres azalmakta ve dolayısıyla performansı artmaktadır. Fark 3'ün sebeplerinden biri de rol çatışmasıdır. İşletme içinde her pozisyon ve bu pozisyon için gerekli görev, yetki ve sorumluluklar tanımlıdır. Personelden beklenen bu role uygun bir şekilde çalışması iken, yönetimden beklenen ise personelden birbiriyle çelişen, personelin tanımlanmış görevleriyle ilgisi olmayan ya da tanımlanmış görevlerden fazla taleplerde bulunmamasıdır. Aksi durum rol çatışmasına ve dolayısıyla Fark 3'ün ortaya çıkmasına sebebiyet verecektir. Fark 3'ün ortaya çıkmasında bir başka faktör ise rol belirsizliğidir. Çalışanlar, hizmet sunumunu gerçekleştirmek için gerekli bilgiye sahip olmadıklarında, kendileriyle ilgili işletme beklentilerinden, bu beklentilerin nasıl karşılanacağından ya da gösterdikleri çabanın nasıl değerlendirilip karşılık göreceğinden haberdar olmadıkları durumlarda rol belirsizliği yaşayabilirler. Hizmetin belirlenen özellikleri ile sunulan gerçek hizmet arasındaki farka neden olarak gösterilebilecek bir diğer faktör ise denetim ve kontrol sistemidir. Hizmet sunan personelin performansının günlük-haftalık satış tutarları gibi çeşitli ölçütlerle izlenmesi ve kontrol edilmesi olarak tanımlanabilir. Denetim ve kontrol sistemi hizmet personelinin hizmet sunum sürecindeki tutumu ve hizmet sunumu sonrası çıktılarını kapsayacak şekilde doğru uygulanmazsa, verilen hizmetle beklenen hizmet arasında fark ortaya çıkacaktır (Zeithaml vd., 1988: 41-44).

Fark 4: Hizmet Sunumu ile Dış İletişim Arasındaki Fark

“İletişim uçurumu” olarak tanımlanabilecek bu fark (Öztürk, 2016: 190), işletmenin çeşitli iletişim kanalları vasıtasıyla sunduğu hizmetle ilgili olarak müşterilerini fazla beklentiye sokmasından ya da yatay iletişim eksikliğinden

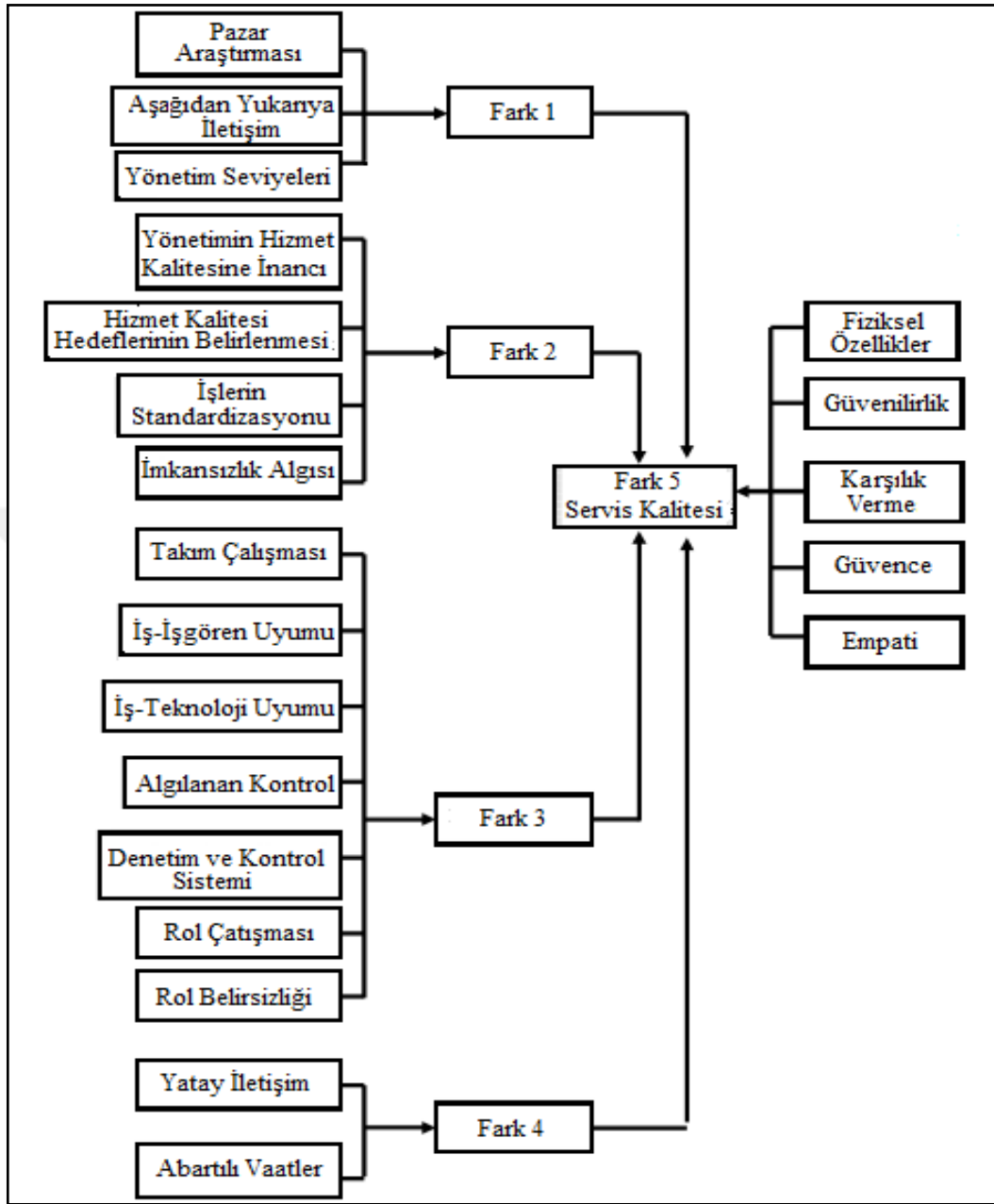
kaynaklanmaktadır. İşletmenin sunabileceğinden fazla beklentiye giren müşteri, bunun gerçekleşmediğini gördüğünde hizmet kalitesi algısı negatif etkilenecektir (Parasuraman vd., 1985: 45-46; Zeithaml vd., 1988: 44-45).

Yatay iletişim eksikliği, Fark 4'ün ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden biridir. Yatay iletişim işletme içinde bölümler arası ve bölüm içi bilgi akışı olarak tanımlanabilir. Ancak bu şekilde personeller ve bölümler arası koordinasyon sağlanmakta ve genel işletme amaçlarına ulaşılmaktadır. Müşteri tarafından algılanan hizmet kalitesinin yüksek tutulabilmesi için işletme içi yatay iletişim önemli bir faktördür ve etkin bir şekilde sağlanamazsa Fark 4'ün ortaya çıkmasındaki nedenlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Artan rekabetle birlikte hizmet işletmelerinin bazen abartılı taahhütlerde bulunarak sundukları hizmetlerin kalitesini olduğundan fazla gösterdiği görülmektedir. Bu durum müşterinin beklentilerini de doğrusal olarak arttırmakta ve Fark 4'ün oluşmasında önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır (Zeithaml vd., 1988: 44-45).

Fark 5: Beklenen Hizmet ile Algılanan Hizmet Arasındaki Fark

Bu fark müşterinin hizmet alımı öncesi beklentileriyle hizmet alımı sonunda algıladığı hizmet kalitesi farkıdır ve önceki başlıklarda değinilen 4 farkın bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Müşterinin beklentileri onların hizmet kalitesi düzeyini algılamalarında önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer bir deyişle müşterilerin hizmet kalitesi algıları, onların beklentilerinin tatmin edilebildiği düzeyde gerçekleşmektedir. Buna göre hizmet sunumu sonrası eğer beklenen kalite algılanan kaliteden büyük ise bu kabul edilemez bir durumdur ve düşük hizmet kalitesine işaret etmektedir. Eğer beklenen kalite ile algılanan kalite eşit ise müşteri beklentileri karşılanmış demektir. Eğer algılanan kalite beklenen kaliteden büyük ise müşteri beklentileri aşılmış ve yüksek bir hizmet kalitesine ulaşılmış demektir (Parasuraman vd., 1985: 46-49).

Yukarıda açıklanan Beş Fark Modeli'nin daha kolay anlaşılabilmesi için farkları ortaya çıkaran faktörleri ve beş hizmet kalitesi boyutunu içeren Genişletilmiş Beş Fark Modeli, Zeithaml ve arkadaşları tarafından şu şekilde gösterilmiştir (Bkz. Şekil 3).



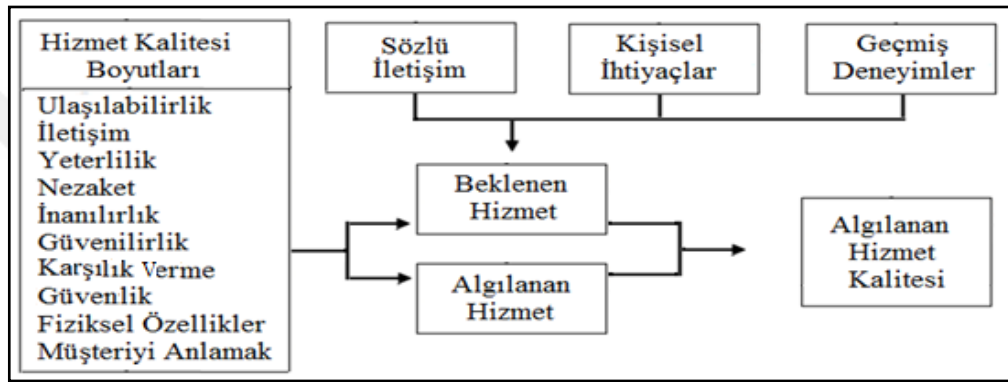
Şekil 3: Genişletilmiş Beş Fark Modeli

Kaynak: Zeithaml vd., 1988: 46

Parasuraman ve arkadaşları (1985), hizmet kalitesi ve boyutları üzerine yaptıkları çalışmalarda ortaya koydukları modelde hizmet kalitesi kavramı yerine algılanan hizmet kalitesi kavramını kullanarak gerçek hizmet kalitesini beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin farkı olarak tanımlamışlardır. Hizmet sunumu sonrası hizmet kalitesinin yüksek düzeylerde gerçekleşmesi için müşterilerin beklentilerinin tam olarak karşılanabilmesi gerekmektedir. Bu noktada müşterilerin beklentileri algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin üzerindeyse müşteri tatmini gerçekleşmemiş

demektir ve düşük bir hizmet kalitesi söz konusudur. Bu nedenle işletme, müşterinin algıladığı kalite düzeyinin, beklentilerinin üzerinde gerçekleşmesi için öncelikle onların hizmetten ne beklediğini belirlemeli ve bu beklentileri karşılayacak ve hatta aşacak bir performans üretmelidir.

Parasuraman ve arkadaşları (1985), müşteri bakış açısından algılanan hizmet kalitesini etkileyen belirleyici unsurları on boyut altında incelemiş ve aralarındaki ilişkiyi şu şekilde göstermişlerdir (Bkz. Şekil 4).



Şekil 4: Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyici Faktörleri

Kaynak: Parasuraman vd.,1985: 48

Araştırmacılar modelde ortaya konulan hizmet kalitesi boyutlarını şu şekilde tanımlamışlardır (Parasuraman vd., 1985: 47);

- ***Güvenilirlik (Reliability)***: Bu boyut hizmet sunumunda performansta tutarlılık ve güvenilirliği kapsamaktadır. Buna göre işletme verdiği vaatleri zamanında, ilk seferinde ve eksiksiz olarak yerine getirmelidir.
- ***Karşılık verme (Responsiveness)***: Karşılık verme, işletme çalışanlarının hizmet sunumunda istekli, arzulu ve her an hazır bulunmalarını içeren boyuttur. Hizmetin önceden belirlenen sürede verilmesi ya da bir sorun karşısında müşteriye hızlı geri bildirim bu boyuta örnek olarak verilebilir.
- ***Yeterlilik (Competence)***: Müşteriyle doğrudan ilişki içerisinde olan ve operasyonel destek alanında bulunan çalışanların, verdikleri hizmetin gerekliliklerini yerine getirebilecekleri bilgi, beceri ve yeteneğe sahip olmaları bu boyut ile tanımlanmaktadır.

- *Ulaşılabilirlik (Access)*: Ulaşılabilirlik, müşterinin hizmet personeliyle kolay bir şekilde irtibata geçebilmesi, hizmet sunulan tesislere kolay ulaşabilmesi, hizmete ulaşabilmek için katlanılan bekleme sürelerinin ve mesafelerin kısalığı vb. gibi müşterinin hizmet alımı öncesinde, alım sürecinde ve sonrasında hizmete, hizmet sunulan mekânlara kolay erişebilmesi ve hizmet sunanlarla kolay iletişime geçebilmesidir.
- *Nezaket (Courtesy)*: Bu boyut altında çalışanların müşteriye karşı tutumlarında sergiledikleri yakınlık, saygı, nezaket ve önem verme gibi davranışları vurgulanmıştır.
- *İletişim (Communication)*: İletişim, müşterilerin anladığı dilden ve seviyede konuşarak onları hizmetin kendisi, fiyatı, özellikleri, faydası vb. gibi konularda ikna edici bir şekilde bilgilendirmek olarak açıklanabilir.
- *İnanılrlık (Credibility)*: İnanılrlık kavramı, işletmenin ve çalışanlarının müşterinin zihninde edindikleri dürüstlük, güvenilirlik ve inanılrlık hislerini ifade etmektedir. Bu boyut, işletmenin marka algısını ve müşteriyle iletişim içinde olan personelin karakteristik özelliklerini ön plana çıkaran unsurları kapsamaktadır.
- *Güvenlik (Security)*: Bu boyut müşterinin hizmet alımını tehlikelerden, riskten ve şüpheden uzak bir şekilde gerçekleştirebilmesini ifade etmektedir.
- *Müşteriyi anlamak (Understanding/Knowing the Customer)*: Müşteri ihtiyaç ve isteklerini anlamak, kişisel gereksinimlerini öğrenerek bunlara uygun hizmetler sunmak, sadık müşterilere ayrıcalıklarla kendilerini özel hissettirmek gibi faaliyetler bu boyutta ifade edilmiştir.
- *Fiziksel özellikler (Tangibles)*: Hizmet sunum sürecinde bulunan diğer müşteriler, hizmetlerin verildiği bina, tesis vb. gibi fiziksel yapıları, hizmet sunumunda kullanılan alet ve ekipmanları ve hizmet sunan personelin görünümü gibi faktörler bu boyut altında incelenmiştir.

Parasuraman ve arkadaşları (1988) çalışmalarında, hizmet kalitesi için kavramsal bir model oluşturma çabalarının devamı olarak yukarıda değinilen hizmet kalitesinin 10 boyutunu ifade edecek sorular vasıtasıyla beklenen ve algılanan hizmet kalitesini sayısal ifadeler ile ölçebilmek amacıyla Servqual hizmet kalitesi ölçeğini geliştirmişlerdir.

Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde öncelikle 97 ifadeden oluşan soru seti toplam 200 kişilik bir örnek grup üzerinde uygulanmıştır (Parasuraman vd., 1988: 18). Çalışmanın diğer aşamalarında mevcut 97 ifade sırasıyla önce 54 ifadeye (Parasuraman vd., 1988: 19), sonra 34 ifadeye (Parasuraman vd., 1988: 20) ve son olarak 22 ifadeye (Parasuraman vd., 1988:23) indirilerek ölçeğe son hali verilmiştir. Parasuraman ve arkadaşları aynı çalışmada hizmet kalitesinin boyutlarını daha önceki çalışmalarında belirledikleri on boyuttan (Parasuraman vd., 1985: 47) değişik sektörler için geçerli olduklarını düşündükleri Tablo 3' de açıklanan beş boyuta indirmişlerdir (Bruns, 2006: 113).

Tablo 3: Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e Göre Hizmet Kalitesi Boyutları

Hizmet Kalitesi Boyutları	Temel Boyutlar	Tanım
Fiziksel Özellikler	Fiziki Görünüm	Hizmet sunumunda doğrudan ya da dolaylı olarak etkili olanbina vb. fiziksel imkanlar, ekipmanlar vs. fiziksel varlıklar olarak değerlendirilmektedir.
Güvenilirlik	Güvenilirlik	Güvenilirlik, işletmenin söz verdiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneğidir. İşletmenin çalışanları, hizmet kalitesi düzeyi, yönetimi vb. gibi tüm unsurlarına olan genel güven, güvenilirlik boyutunda kavramsallaştırılmıştır.
Karşılık verme (Heveslilik)	Heveslilik	İşletmenin ve çalışanların hizmet sunumundaki hevesliliği, titizliği, hızlı hizmet sunması gibi unsurlardır. Bu boyut hizmet kalitesinin algılanmasında oldukça önemlidir.
Güvence	Yeterlilik Nezaket İnanılabilirlik Güvenlik	Hizmet sunumu için yeterli bilgiye sahip olunması, müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerilerini ifade etmektedir.
Empati	Erişilirlik İletişim Müşteriyi Anlama	İşletmenin ve çalışanlarının kendilerini müşterinin yerine koyarak onları anlamalarını, onlara nasıl hizmet vermeleri gerektiğinin farkındalığı ile hizmet sunmaları ve kişisel ilgi göstermeleridir.

Kaynak: Parasuraman vd., 1988: 23; Parasuraman vd., 1985: 47

Ölçekte, belirlenen bu boyutları ölçmek üzere, fiziksel özellikler boyutu için 4 ifade, güvenilirlik boyutu için 5 ifade, karşılık verme boyutu için 4 ifade, güvence boyutu için 4 ifade ve empati boyutu için 5 ifade bulunmaktadır.

Araştırmacılar yaptıkları bir diğer çalışmayla ölçeğin veri kalitesini düşürdüğünü düşündükleri olumsuz soruları ölçekten çıkararak ölçeğe son halini vermişlerdir

(Parasuraman vd., 1991: 446-449). Servqual puanlarının hesaplanması ise şu formülle gerçekleştirilmektedir;

“Servqual puanı = Algı puanı – Beklenti Puanı”

Servqual puanlarının hesaplamasında öncelikle her katılımcının beklenti ve algı ölçeklerine verdikleri puanların farkı hesaplanmaktadır. Bu puanlar her bir katılımcı için boyut bazında toplanarak o boyuttaki ifade sayısına bölünmekte ve bu şekilde boyut bazında kişisel ortalama Servqual puanı bulunmaktadır. Daha sonra boyut bazında tüm katılımcıların verdiği ortalama puanlar toplanarak katılımcı sayısına bölünmektedir. Bu şekilde boyut bazında ortalama toplam Servqual puanları hesaplanmakta ve bu puanların toplanarak boyut sayısına bölünmesi ile ortalama toplam hizmet kalitesi puanına ulaşılmaktadır (Akcan, 2009: 54).

Servqual ölçeğinin yaygın kullanımına karşın ölçeğe getirilen bazı eleştiriler de mevcuttur. Getty ve Thompson (1994), özellikle ölçeğin güvence, karşılık verme ve empati boyutlarında bulunan soruların müşteri tarafından doğru algılanmadığı ve karıştırıldığı eleştirisinde bulunmuşlardır.

Carman (1990), ölçeğin 5 boyutlu yapısının yetersiz olduğunu, boyutlara tanımlanan sorularla boyut ilişkilerinde tutarsızlıklar olduğunu, ölçeğin farklı hizmet sektörleri için o sektörün yapısına ya da farklı hizmet grubu barındıran sektörlerde de her hizmet türü için o hizmet türüne uygun şekilde tasarlanması gerektiğini belirtmiştir. Benzer şekilde ölçeğin farklı kültürler için olduğu gibi uygulanamayacağını ifade etmiştir. Carman’ın ölçekteki değişken sayısını az bularak çalışmasında daha fazla değişken kullandığı da görülmüştür.

Babakus ve Boller (1992), tüm hizmet sektörleri için belirlenen 5 sabit boyutun geçerli olamayacağını, sektörün özelliklerine göre bu sayının azalıp artabileceğini öne sürmüşlerdir.

Servqual ölçeğinin kullanımını yaygınlaştıran bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler şu şekildedir (Yılmaz, 2007: 64-65);

- Değişik zaman dilimlerinde uygulanarak müşteri istek, ihtiyaç ve beklentilerinde meydana gelen değişiklikleri ve işletmenin bunlara karşı verdiği tepkinin etkinlik düzeyini belirleme imkanı sağlamaktadır.
- Boyut bazında müşterilerin hangi boyutta ne bekledikleri ve algıladıkları ortaya çıkarılarak işletmenin zayıf olduğu boyutları belirlenmekte, bu boyutlarda iyileşme için gerekli tedbirlerin alınmasına olanak sağlanmaktadır.
- Ölçek farklı sektörlerde ve gerektiğinde sektörel ihtiyaçlara göre tasarlanarak kullanılabilir. Müşterilerin işletmeden gerçekte ne beklediği belirlenerek, bu beklentinin altında ya da üstünde vaatlerde bulunularak hedefine ulaşamayan tanıtım ve reklam faaliyetlerinin önüne geçilebilmektedir.
- Uygulanması kolaydır ve maliyeti düşüktür.

1.4.2. SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli

Literatürde hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla ağırlıklı olarak Servqual ve Servperf modellerinin kullanıldığı görülmektedir (Koçoğlu ve Aksoy, 2012: 6). Servqual ölçeği farklı araştırmacılar tarafından değişik yönleriyle eleştiride almıştır. Eleştiri konusu olan hususlardan ön plana çıkan bazıları şunlardır;

Smith (1995), hizmet kalitesi düzeyini ölçmek için müşteri beklentilerinde kusursuzluk kavramını ölçüt almanın her zaman doğru olmayacağını vurgulamıştır. Zira bu durum özellikle düşük fiyat karşılığı düşük kaliteli hizmet sunumunu strateji olarak belirleyen firmaları değerlendirmek için uygun olmayacaktır. Smith, müşterilerin beklentilerinin karşılanamamasına rağmen genel hizmet kalitesi düzeyini değerlendiren sorunun pozitif çıkmasını ölçeğin bir diğer sorunu olarak belirtmiştir.

Babakus ve Mangold (1992), benzer şekilde ölçekteki soru sayısını uzun bularak soru sayısı daha az bir ölçeğin de aynı işlevi göreceğini ifade ederek çalışmalarında beklenti ve algı düzeylerini belirlemek üzere 15'er soru kullanmışlardır.

Clow ve Vorgies (1993) ve Carman (1990), müşteri beklentilerinin hizmet deneyim edildikten sonra sorulmasının da sakıncalı olduğunu, zira bu durumda müşteri

beklentilerinin onların deneyimlerinden negatif ya da pozitif yönde etkilenebileceğini belirtmiştir.

Benzer şekilde Teas (1994), beklentilerin kavramsallaştırılması ve ölçülmesi noktalarında sorun olduğunu belirtmiştir. Hizmet sunumu sonrası tatmin olan müşteri bir sonraki hizmet sunumundan daha fazla şey bekleyecek ve buna göre algılanan hizmet kalitesinde düşüklük olacaktır. Ya da önceki deneyiminde düşük hizmet kalitesi tecrübe eden bir müşteri beklentilerini düşürecek ve sonuç olarak hizmet kalitesi algısı gerçekte olduğundan yüksek değerlendirilecektir.

Curry ve Sinclair (2002), beklenti ölçeğindeki Likert tipi cevaplarda bulunan yüksek puanların müşterilerin kendi beklentileriyle ilgili algılarını yükselttiği ve sonuç olarak müşterilerin gerçekte var olan beklenti düzeyleri yerine daha yüksek beklenti puanlarını işaretledikleri yönünde eleştiride bulunmuşlardır.

Cronin ve Taylor (1992), müşterilerin hizmet kalitesi seviyesinden beledikleri ve algıladıkları düzeylerin farkının ölçülmesi yerine sadece hizmet sunum performansının ölçülmesi yoluyla da hizmet kalitesinin ölçülebileceğini ifade etmişlerdir. Bu kapsamda hizmet kalitesinin kavramsallaştırılması ve ölçülmesi, hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin satın alma niyetine etkisi ve hizmet kalitesi ile müşteri tatmini ilişkisinin nedensel sırasını ortaya koymak amacıyla yaptıkları çalışmada hizmet kalitesinin ölçümü için yeni bir model geliştirmişlerdir.

Servqual hizmet kalitesi ölçeği temel alınarak geliştirilen Servperf ölçeği, Servqual hizmet kalitesi ölçeğinden farklı olarak kalite beklentilerini ölçmeyerek, müşterilerin hizmet kalitesi algılamalarına odaklanmaktadır. Modele göre hizmet kalitesinin ölçüsü, işletmelerin ortaya koydukları performans ve buna dayalı olarak müşteride oluşan kalite algısıdır (Cronin ve Taylor, 1992; Cronin ve Taylor, 1994). Bu nedenle Servperf ölçeğinde Servqual hizmet kalitesi ölçeğindeki kalite algısına yönelik 22 soru aynen kullanılırken, müşteri beklentisini ölçen sorular kullanılmaktadır (Bülbül ve Demirer, 2008: 183; Horn, 2009: 20). Bu yönüyle Servperf ölçeği özellikle uygulamada kolaylık sağlayan daha basit bir yapıya sahiptir. Servperf ölçeği ile tüketici, ölçek uygulaması esnasında aldığı hizmetle ilgili sadece kalite algısını ifade ederek, sunulan hizmetle ilgili olarak daha önceden nasıl bir beklenti içinde olduğunu

hatırlamak zorunda kalmamaktadır (Mühlenkamp ve Simonji, 2005: 30; Liebetruth, 2016: 71).

1.4.3.Grönross'un Kalite Modeli

Grönross hizmet kalitesini, teknik ve fonksiyonel kalite olarak iki boyut altında incelemiştir. Teknik kalite müşterinin hizmet sunumu sonucunda “ne” elde ettiğini cevaplarırken, fonksiyonel kalite hizmetin “nasıl” gerçekleştiğini ortaya koymaktadır (Grönross,1984:38-40). Teknik kalite sonuç odaklı iken fonksiyonel kalite süreç odaklıdır (Opitz, 2009: 94). Mal üreten işletmelerde çoğu zaman üretim süreci müşteriler tarafından görülmemekte ve bilinmemektedir. Bu nedenle müşteri ürün eline ulaştığında ancak onun teknik kalitesini değerlendirebilmektedir. Bu durum hizmetlerde ise farklıdır. Müşteri çoğu zaman hizmet sunum sürecine dolaylı ya da doğrudan katılır. Dolayısıyla müşteri teknik kalitenin kendisine nasıl ulaştığını görmekte ve bu süreçten olumlu ya da olumsuz etkilenebilmektedir. Bu durum hizmet kalitesinin işlevsel yönünün objektif olarak ölçülmesini ve değerlendirilebilmesini zorlaştırmaktadır (Öztürk, 2003: 139). Örneğin, bakım onarım hizmeti veren personelin davranışları, görünüşü ve çalışma biçimi gibi unsurlar, onların verdikleri hizmetin kalitesinin müşteri tarafından algılanmasını etkileyebilecektir. Sonuç olarak çok doğru bir bakım-onarım servisi vererek yüksek bir teknik kalite sunulabilir; ancak çalışanların hizmet sürecinde olumsuz tutum, davranış ya da söylemleri nedeniyle müşterinin genel hizmet algısı negatif olabilir. İşletme imajı, müşterinin işletmeyle ilgili olarak bilgi ve deneyimlerine dayanarak edindiği inanç, tutum ve yargıları ifade etmektedir. Hizmet sunumunda müşteri hizmet sunum sürecinin bir parçası olarak çoğu zaman hizmet sunum sürecini görecektir. Bu nedenle bu noktada marka imajı her ne kadar yüksek olursa olsun, lokal olarak hizmeti veren ve müşteriyle etkileşim halinde olan işletmenin imajı algılanan hizmet kalitesini daha önemli ölçüde etkileyecektir. Grönross, imajın teknik ve fonksiyonel kalite üzerinde negatif ya da pozitif etkisi olabileceğini ve bu durumda imajın bu iki kalite boyutu ile algılanan hizmet kalitesi arasında Şekil 5'te gösterildiği gibi bir süzgeç görevi gördüğünü belirtmiştir. İşletme imajı iyiyse müşteri bazen ufak hataları görmezden gelebilecektir. Ancak işletme imajı kötüyse yapılan hatanın müşteri tarafından algılanması daha fazla olacaktır (Grönross, 1984: 37-40; Öztürk, 2016: 184-185). Modelde algılanan hizmet kalitesini etkileyen bir diğer unsur müşterinin hizmet sunumu öncesi beklentilerinin ne olduğudur. Müşterinin algıladığı

hizmet kalitesi düzeyi, onun beklediği ve gerçekleşen hizmeti karşılaştırılması süreciyle ortaya çıkacaktır. Algılanan hizmet beklenenden yüksekse algılanan hizmet kaliteside yüksek olacaktır (Grönross, 1984: 37).



Şekil 5: Hizmet Kalitesi Modeli

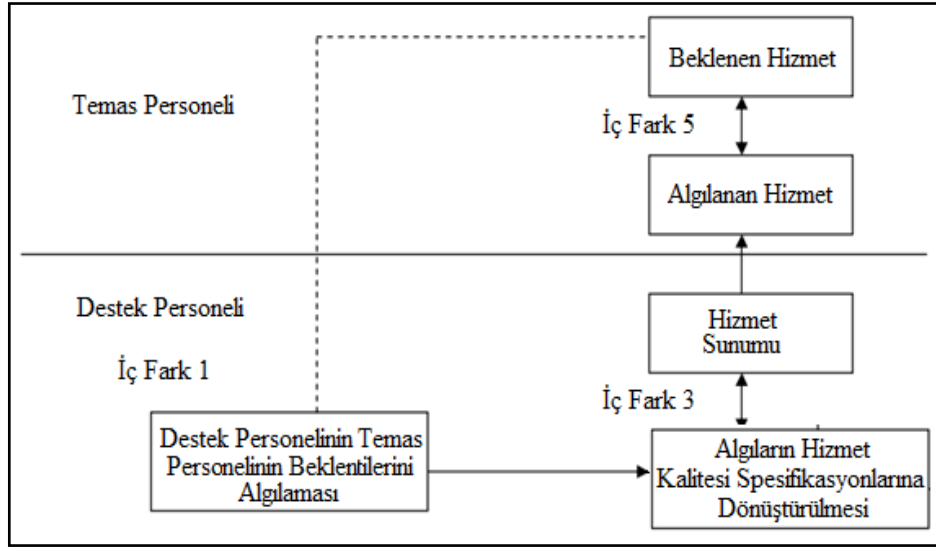
Kaynak: Grönross, 1984: 40

1.4.4. Kritik Olaylar Tekniği

Flanagan tarafından geliştirilen ve daha sonra Bitner, Booms ve Tetreault'un (1990: 71-94) çalışmalarında algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla kullandıkları bu teknikle hizmet sürecinde meydana gelebilecek sorunlar karşısında çalışanların hangi davranışlarının süreci olumlu ya da olumsuz etkilediği bulunarak, bu sorunlar karşısında hangi davranışların sergilenmesi gerektiği ile ilgili prosedürlerin geliştirilmesi amaçlanmıştır (Yılmaz, 2007:87; Gallas, 2003: 46). Örnek olarak işletmeyi arayan ve aldığı temizlik hizmetini şikâyet eden bir müşteriyle ilgilenen çalışan başka bir temizlikçi yollamayı teklif ederek müşteriyi ikna edebileceği gibi, tam tersine inisiyatif almayarak müşterinin elden kaçmasına sebebiyet verebilir. Bu teknikte veriler yaşanmış bir olayla ilgili olarak olayın içinde bulunan ya da gözlemcisi konumunda olan müşteri ya da çalışanlardan elde edilmektedir (Crijns ve Janich, 2009: 50). Bu şekilde elde edilen veriler ile müşterinin tekrar satın alma, işletmeyi başkalarına tavsiye etme vb. gibi tepkilerinin nedenleri bulunarak eksik ya da hatalı noktalarda iyileştirmeler yoluyla hizmet kalitesi düzeyinde artış elde edilmesi hedeflenmektedir (Gümüsoğlu vd., 2007: 323).

1.4.5. Intservqual

Frost ve Kumar (2000) tarafından geliştirilen, Servqual ve 5 Fark modellerini temel alan bu modelde, temas personeli “iç müşteriler” olarak destek personeli ise “iç tedarikçiler” olarak tanımlanmıştır. Modelde temas personeli müşteri olarak nitelendirilmektedir, hizmet sunucusu ise destek personelleridir.



Şekil 6: Intservqual Modeli
Kaynak: Frost ve Kumar, 2000: 366

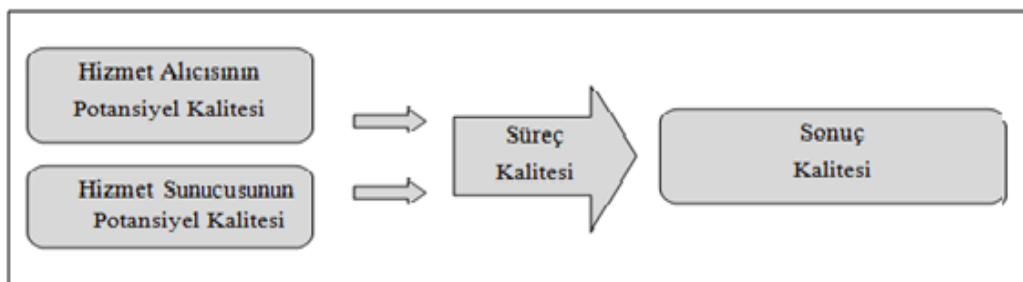
Modelde 3 iç fark bulunmaktadır. Bunlar (Ghotbabadi vd., 2015: 273);

- Fark 1: Destek personelinin temas personelinin beklentilerini algılamasında ortaya çıkan farktır.
- Fark 3: “İç hizmet performans boşluğu” olarak adlandırılan bu fark tanımlanan hizmet kalitesi spesifikasyonları ile gerçekte verilen hizmetin farkı olarak tanımlanmaktadır.
- Fark 5: Temas personelinin beklentileri ile destek personelinin algıları arasındaki farktır.

1.4.6. Diğer Modeller

Çalışmanın bu bölümünde hizmet kalitesi ile ilgili yapılmış diğer çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir.

Meyer/Mattmüller, Grönroos ve Donabedian'nın geliştirdikleri modelleri temel olarak geliştirdikleri model ile tüm hizmet sunum sürecinde kalitenin nasıl cereyan ettiğini ortaya koymayı amaçlamışlardır (Kruse, 2002: 102; Zollondz, 2006: 196). Meyer/Mattmüller bu modelde hizmet kalitesini; süreç kalitesi, sonuç kalitesi boyutlarında incelerken, Donabedian'ın potansiyel kalite olarak tanımladığı boyutu müşteri ve işletme potansiyel kalitesi olarak iki farklı boyutta ele almıştır. İşletme potansiyel kalitesi, müşterinin arzuları doğrultusunda hizmet üretebilmek için işletmenin sahip olduğu yeterlilikler (personel, teknoloji vb. gibi) ve talep oluşumunu sağlamak amacıyla müşteriyle iletişim kurabilme yeteneğinden oluşmaktadır (Konieczny, 2001:33). Müşterinin potansiyel kalitesi ise, müşterinin bir hizmet sürecine girişini olumlu ya da olumsuz etkileyen fiziki, ruhsal ve duygusal durumu ile müşterilerin kendi aralarındaki iletişimini içermektedir (Bruhn, 2013: 98). Süreç kalitesi, işletme ve müşteri potansiyelinde tanımlanan unsurların birbirleriyle karşılıklı ilişkide oldukları bir ortamda gerekli hizmet sunumunun sağlanması olarak tanımlanabilir. Süreç kalitesi modelin en önemli boyutu olarak görülmektedir. Sonuç kalitesinin en yüksek şekilde karşılanması süreç kalitesine bağlıdır. Hizmet sunumu süreci sonunda sonuç kalitesi olarak adlandırılan boyut kısa ve uzun vade çıktısı olan iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama müşterinin hizmet sunumu sonrası kısa vadede yaşadığı tatmin olmuşluk düzeyini, ikinci aşama ise müşterinin uzun vadede ne oranda tatmin olduğunu ifade etmektedir (Auer, 2004: 83-84; Ahlert ve Evanschitzky, 2003: 253).



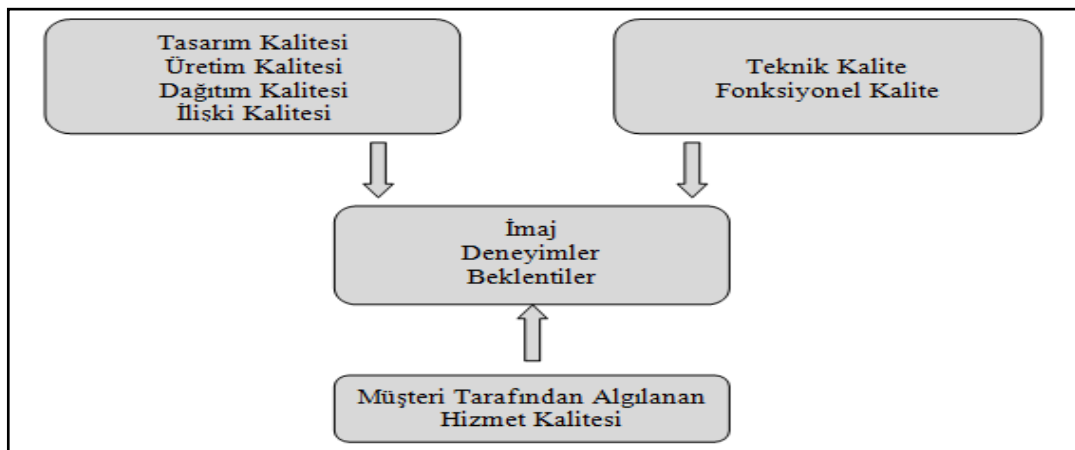
Şekil 7: Meyer/Mattmüller Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Akt. Najda, 2001: 87

Lehtinen ve Lehtinen hizmet kalitesi boyutlarını fiziksel kalite, işletme kalitesi ve etkileşim kalitesi olarak üç boyutta ele almışlardır. Fiziksel kalite, işletmenin bina, donanım, teçhizat vb. gibi hizmet sunumunda kullanılan fiziksel ürün ve destekleri; işletme kalitesi işletmenin toplum ve müşteriler gözünde edindiği imajı ve etkileşim

kalitesini, işletmenin çalışanları ve müşterileri arasındaki iletişimi ve aynı zamanda müşterilerin diğer müşterilerle olan iletişimini ifade etmektedir (Zengin ve Erdal, 2000: 52; Parasuraman vd., 1985: 43). Bu üç boyut birbirlerini tamamlayıcı karakterdedirler. Örnek olarak meşhur bir lokantanın atmosferi, fiziksel yapısı, yemeklerin çok leziz olması ve personelin kibar ve nezaketli hizmet sunumunun müşteriye çok yüksek bir kalite algısı oluşturması olasıyken; kaba, yüksek sesle konuşan ya da olumsuz tavır ve davranışlar içerisinde bulunan başka bir müşteri bu algının negatif oluşmasına sebebiyet verebilecektir.

Grönross/Gummesson Modeli, Gummesson 4Q modeli ile Grönross hizmet kalitesi modellerinin bir kombinasyonudur. Gummesson tarafından geliştirilen 4Q modelinde kalite süreci, tasarım, üretim, ilişki ve dağıtım kalitesi olarak 4 farklı boyutta tanımlanmıştır. Tasarım kalitesi ile müşteriye tatmin edecek, beklenti ve ihtiyaçlarına uygun ürünlerin dizayn edilmesi olarak ifade edilmektedir. Tasarlanan ürünlerin belirlenen özelliklere uygun olarak üretilmesi ise üretim kalitesi olarak nitelenmiştir. Dağıtım kalitesi, ürünün müşteriye ulaştırılması ya da sunulması sürecindeki başarıyı ifade ederken, ilişki kalitesi işletme çalışanları, müşteriler ve paydaşlar arasındaki iletişimin başarı seviyesini ifade etmektedir (Haller, 1995: 76; Tok, 2015: 26).



Şekil 8: Grönross/Gummesson Kalite Modeli

Kaynak: Webersdorfer, 2003: 24

Gummesson 4Q modelinde tasarım ve ilişki kalitesi hizmetler için de geçerli sayılabilecekken, bu durum özellikle üretim ve dağıtım kalitesinde sınırlı olarak geçerlidir (Haller, 1995: 76). Grönross/Gummesson Modeline, Gummesson'un

belirlediği 4Q'ya ek olarak Grönross'un ortaya koyduğu teknik ve fonksiyonel kalite eklenmiştir. Hizmet sunumundan önce işletmenin müşteri gözündeki imajı, müşterinin deneyim ve beklentileri müşterinin beklediği kalite düzeyini etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu faktörler bir süzgeç görevi görmekte ve sonuç olarak müşterinin algıladığı kaliteyi etkilemektedir.



İKİNCİ BÖLÜM BAKIM HİZMETLERİ

2.1. ENGELLİ BAKIM HİZMETLERİ VE BAKIMA MUHTAÇLIK KAVRAMI

Bakım kavramı ve kapsamı tanımlanmadan önce bu iki kavramı doğrudan etkileyen “Bakıma Muhtaçlık” kavramı üzerinde durmak faydalı olacaktır.

Seyyar (2015: 99), bakıma muhtaçlık kavramını “*doğuştan ya da sonradan ortaya çıkan hastalık, sakatlık, malütlük ya da yaşlılık gibi çeşitli nedenlerden dolayı kişinin başkalarının fiziki ve maddi desteğine ihtiyaç duyması*” olarak tanımlamıştır. Tufan (2012: 5), bakıma muhtaç kişiyi, “*günlük temel ihtiyaçlarını karşılamada geçici süreli ya da sürekli olarak kısmi ya da tamamen başkalarının yardımına ihtiyacı olan kişi*” olarak tanımlamıştır. Türkiye’de bakıma muhtaçlık kavramı engelli bireylere yatılı bakım hizmeti sunan özel engelli bakım merkezleri ile ilgili yürürlüğe giren 04.11.2016 tarihli Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nin 3. Madde, 1. Fıkra, (c) bendinde ise bakıma muhtaç engelli birey;

“Engellilik sınıflandırmasına göre engelliler için sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek durumda olduğu sosyal inceleme raporu ile belirlenen ve 2828 sayılı Kanunun ek 7’nci maddesine göre ücreti Bakanlık tarafından karşılanan kişi”

şeklinde tanımlanmıştır. Engelli bireylere yatılı bakım hizmeti sunan resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerine yönelik olarak çıkartılan 03.09.2010 tarihli Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmeliği’nin 4. Madde, 1. Fıkra, (i) bendinde ise bakıma muhtaç engelli birey;

“Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlüğü olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi”

olarak tanımlanmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren resmi ve özel bakım merkezleri dışında belediyeler gibi başka kamu kurumları tarafından açılacak engelli bakım merkezleri ile ilgili esasların belirlenmesi için yayınlanan 2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nin 4. Madde, 1. Fıkra, (b) bendinde ise

bakıma muhtaç engelli birey;

“Özürlülük sınıflandırmasına göre ağır özürlü olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişi”

olarak tanımlanmıştır. Türkiye’de engelli bakımı ile ilgili yasal mevzuat incelendiğinde temel olarak 24.05.1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’na dayanan, farklı kanuni statülere sahip bakım merkezlerinin işleyiş ve esaslarına yönelik yayınlanmış farklı yönetmelikler olduğu görülmektedir. Bahsi geçen yönetmeliklerde bakıma muhtaç bireyler tanımlanırken, kişilerin doğuştan gelen ya da sonradan oluşan, bedensel, zihinsel ve ruhsal engelleri nedeniyle günlük yaşantılarında yaptıkları alışıl gelmiş gereklerini yerine getirememeleri vurgulanmaktadır.

2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürsüzlerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmeliğe göre Türkiye’de bakım parası verilecek ya da kurumsal bakım hizmeti sunulacak engellilerin bakıma muhtaçlık durumu bakanlık tarafından belirlenen devlet ya da üniversite hastanelerinden alınan sağlık kurulu raporu ve Aile ve Sosyal Politikalar (ASP) İl-İçe Müdürlükleri tarafından oluşturulan bir komisyonun incelemesi ile belirlenmektedir. İnceleme komisyonu aynı zamanda engelliye verilecek bakım türü hakkında da öneride bulunmaktadır. Bakıma muhtaç kişiler belirlenirken gelir seviyesi de bir kriter olarak uygulanmaktadır. Buna göre engellinin yaşadığı hanede yaşayan kişi başı aylık gelir, asgari ücretin üçte ikisinden yüksek ise özel bakım merkezlerinin bakım hizmetlerinden ancak bakım ücretlerini kendileri ödeyen bireyler yararlanabilmektedir. Aynı şekilde evde bakımı yapılan ve gelir kıstasına uyan engelliler bakım parası alabilirlerken, geliri yüksek olan engelliler bu imkandan faydalanamamaktadırlar.

Bu durum özellikle bakıma muhtaç engellilere ilişkin verilen istatistikî verilerin değerlendirilmesinde güçlükler doğurmaktadır. Zira Türkiye’de özel ve kamu kurumlarının sunduğu bakım hizmetinden ya da evde bakım parasından yararlanan ve bu konuda istatistikî verilere yansıyan engelliler dışında kalan ve bakım ihtiyacı olan engelli bireyler de mevcuttur. Mevcut yönetmelikler vasıtasıyla belirlenen gelir ya da engelli kurul raporunda belirtilen engellilik oranına sahip olmayan ancak yukarıda yapılan tanımlar çerçevesinde günlük alışıl gelmiş tekrarlanan ihtiyaçlarını başkasının

yardımı olmadan gideremeyen engellilerin olduğu aşikârdır. Bu nedenlerden dolayı Türkiye’de bakıma muhtaç engelli bireylere ilişkin verilen istatistiki veriler, kurumda bakım hizmetinden ya da evde bakım parasından yararlanabilen engellilere ilişkin verilerden oluşmaktadır.

Bakım kavramı ile ilgili literatür incelendiğinde ise, yapılmış farklı bakım tanımlamalarının olduğu görülmektedir.

Danış ve Genç (2011: 171), bakımı;

“Engeli nedeniyle temel ihtiyaçlarını tek başına karşılayamayan bakıma muhtaç bireyin, yaşamsal fiziksel, psikolojik ve sosyal aktivitelerin ve fonksiyonların sağlanmasında, yeniden yerine getirilmesinde ve mevcut duruma uyumunda ailesi, yakınları yada uzmanlar tarafından desteklenmesi”

olarak tanımlamışlardır. Bir diğer tanımda bakım, “*bireyin günlük faaliyetlerde desteklenmesi, gözetilmesi ve bu faaliyetlerden yapamadıklarının üstlenilmesi*” olarak tanımlanmıştır (Cappell ve Meyer, 1996: 3).

Seyyar (2014: 1)’e göre bakım,

“Yaşamsal temel ihtiyaçların karşılanması için gerekli fiziki, psikolojik, sosyal aktivite ve fonksiyonları yerine getiremeyen bireylerin bu aktiviteleri ve fonksiyonları yeniden yerine getirebilmeleri ve uyum göstermelerinde aldıkları yardım ve desteklerdir”.

Başka bir çalışmada ise bakım (Dinç 2010: 77);

“İnsanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir.”

şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bakımı;

“Kendi öz bakımını yerine getiremeyen bireylerin kişisel tercihlerine göre mümkün olan en yüksek yaşam kalitesini sağlamak için formel (profesyonel meslek elemanları) ve/veya informal (akraba, aile, arkadaş, komşu vb. gibi kişiler) bakım elemanları tarafından yerine getirilen faaliyetler sistemi”

olarak tanımlamıştır (WHO, 2000: 6).

ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Departmanı’na (U.S. Department of Health and Human Services) göre bakım, “*bireylerin kişisel bakım ihtiyaçlarının giderilmesi için sunulan hizmet ve desteklerdir*” (www.longtermcare.gov). Bu tanım çerçevesinde

bakımın amacı sağlıktan ziyade günlük temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik olarak belirlenmiştir. Alman Bakım Konseyi'ne (Deutscher Pflegerat- DP) göre ise bakım;

“İnsanları onların buldukları durum ve ruh hali içerisinde anlamak, var olan kaynakları teşvik etmek, desteklemek, insanların ailesini ve sosyal, kültürel ve geleneksel çevresini dikkate almak, bunları bakım sürecine dahil etmek ve ayrıca gerektiğinde insanlara kabir yolculuğunda refakat etmek”

olarak tanımlanmıştır (DP, 2004: 3). Türkiye’de bakım hizmetleri ile ilgili yasal mevzuatta yapılan bakım tanımlamaları ele alındığında, engelli bireylere yatılı bakım hizmeti sunan özel engelli bakım merkezleri ve resmi ve özel bakım merkezleri dışında belediyeler gibi başka kamu kurumları tarafından açılacak engelli bakım merkezleri ile ilgili esasların belirlenmesi için yayınlanan 2016 tarihli Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği ve 2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmî Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde bakım hizmetleri, “*Bakıma muhtaç engelli bireyin bakımına yönelik kişisel bakım ve psiko-sosyal destek hizmetleri*” şeklinde tanımlanmıştır. Engelli bireylere yatılı bakım hizmeti sunan resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerine yönelik olarak çıkartılan 2010 tarihli Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik’de ise bakım, “*Durumları gereği bağımsız yaşama becerilerini kazanamayan veya rehabilitasyondan yararlandığı halde özel ilgi, destek ve korumaya gereksinim duyan bireylere verilen hizmetler*” olarak tanımlanmıştır.

Gerek ülkemizdeki ilgili mevzuat ve gerek literatür incelendiğinde farklı kavram ve kapsam tanımlamaları olmakla birlikte bakım hizmetleri genel olarak, engel derecesi farketmeksizin hastalık, yaşlılık nedeniyle ya da doğuştan gelen bedensel, zihinsel ya da ruhsal engeli nedeniyle günlük alışlagelmiş yaşam faaliyetlerini kısmi ya da tam olarak yerine getiremeyen bireylerin buldukları ortamda yada bir kurum çatısı altında geçici ya da sürekli olarak desteklenmesi şeklinde tanımlanmaktadır.

2.2. BAKIM HİZMETLERİNİN KAPSAMI

Bakım hizmetlerinin kapsamı incelendiğinde literatürde temel olarak üç bakış açısı olduğu görülmektedir. Kişisel bakım odaklı bakış açısında; bakım hizmetlerinin dar bir kapsamda ele alındığı ve kişinin bedensel sağlığı ve hijyenine odaklanıldığı görülmektedir. Nispeten daha geniş bir bakış açısına sahip faaliyet odaklı bakış açısında; verilen bakım destekleri kişisel bakım odaklı bakış açısına ek olarak

günlük aktiviteleri ve işleri de kapsamaktadır. Bakım hizmetlerini daha geniş bir çerçevede ele alan sosyal bakım konseptinde ise; bakım hizmetleri kişinin sosyal ilişkileri içerisinde ele alınmakta ve bakım hizmeti verenler ve alanların kişisel bağına vurgu yapılmaktadır (Evers ve Heinze, 2008: 89).

ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Departmanı (U.S. Department of Health and Human Services) bakım hizmeti kapsamını günlük yaşam aktiviteleri ve düzenleyici yaşam aktiviteleri olarak iki başlık altında tanımlamıştır. *Günlük yaşam aktivitelerine* banyo yapmak, giyinmek, tuvalet ihtiyacını gidermek, beslenmek vb. gibi aktiviteler örnek olarak gösterilebilir. *Düzenleyici yaşam aktiviteleri* ise ev işi, para yönetimi, ilaç kullanımı, yemek hazırlamak, bulaşık yıkamak, alışveriş, telefon ve diğer iletişim araçlarını kullanma vb. gibi aktivitelerdir (www.longtermcare.gov).

İsviçre’de bakım hizmetlerinin kapsamı temel bakım (Grundpflege) kavramı altında 2 alt başlıkta tanımlanmıştır. Genel bakım ihtiyaçları alt başlığında bireyin kendi başına yerine getiremediği hareket kabiliyetlerinde ve vücut egzersizlerinde desteklenmesi, tahriş ve yara oluşumunun engellenmesi için cilt bakımı, ağız ve vücut temizliği, giyinmede ve beslenmede destek gibi hizmetler tanımlanmıştır. İkinci başlık bireyin günlük işlerde ve yaşantısında gözetimini ve desteklenmesini kapsamaktadır. Bu kapsamda birey günlük işlerin organizasyonunda ve bu işleri yerine getirmede, sosyal ilişkilerin sürdürülmesinde ve yaşamını güvenli bir şekilde devam ettirmede desteklenip gözetim altında tutulmaktadır (KLV, 1995).

Singapur Sağlık Bakanlığı çatısı altında sunulan bakım hizmetlerinin sağlık, kişisel bakım, beslenme ile gerektiğinde sağlık kuruluşlarına transfer, ev işleri, ev ekonomisine yardım gibi faaliyetleri ve gerektiğinde palyatif bakım hizmetlerini kapsamaktadır (www.moh.gov.sg).

Bakım hizmetlerinin kapsamı Alman Sosyal Güvenlik Kanununda (Sozialgesetzbuch-SGB) ise şu şekilde sıralanmıştır (SGB-XIX: Art. 14, Abs. 4);

- Vücut bakımı; duş alma, banyo yapma, traş olma, saç tarama ve tuvalet ihtiyacını giderme,
- Beslenme,

- Hareketlilik; yataktan kalkma, yatağa gitme, giyinme, yürüme, ayakta durma, merdiven çıkma, evden bir yere gitmeve eve dönme,
- Ev için alışveriş yapma, yemek pişirme, ev temizliği yapma, bulaşık yıkama, evi ısıtma, çarşafı ve elbiseleri yıkama ve değiştirme.

Avustralya’da Toplum Temelli (community-based) bakım modelinin iki ana bakım programı olan Evde Bakım Paketi (Home Care Packages-HCP) ve Commonwealth Evde Destek Programı’nın (Commonwealth Home Support Programme-CHSP) kapsamı incelendiğinde; Commonwealth Evde Destek Programı’nın kapsamı 3 başlıktan oluşmaktadır. Bunlar (www.myagedcare.gov.au/help-home/common);

- Ev ve Sosyal Destek Hizmetleri: Bu başlık altında ev temizliği yapmak ve çamaşır yıkamak gibi ev işlerinde, banyo yapmak, giyinmek gibi kişisel bakım işlerinde, ampül değişmek gibi küçük ev tamiratı işlerinde sunulan hizmetler tanımlanmıştır. Ayrıca evde hemşirelik hizmetleri, sosyal faaliyetlerde ve dışarıya çıkmada destek hizmetleride bu başlık altında sunulmaktadır.

- Beslenme Hizmetleri: Yemek için alışveriş yapılmasına, yemek hazırlanmasına ve saklanmasına verilen destek hizmetleridir. Ayrıca yemek yapmayı öğrenmede de destek sunulmaktadır. Toplu yaşam evlerinde yemek hazırlanması ve eve yemek yollanmasıda bu başlık altında sunulan hizmetlerdir.

- Müttefik Sağlık Hizmetleri: Fizik tedavi, ayak bakımı, meslek terapisi, sağlıklı beslenme ve diğer sağlık ve terapi hizmetlerini kapsamaktadır.

Evde Bakım Paketi programıise şu hizmetleri kapsamaktadır (www.myagedcare.gov.au/help-home/home);

- Kişisel Bakım Hizmetleri: Banyo yapma, giyinme, hareket edebilirlik, iletişim gibi konularda destek sunulmasını ifade etmektedir.

- Beslenme, sıvı alımı, yemek hazırlama, diyet: Dini, kültürel, sağlık vb. nedenlerle özel diyetler hazırlama dahil yemek yapma ve yemek yemede yardım etmeyi kapsamaktadır.

- Tuvalet ihtiyacını gidermede destek: Tuvalet ihtiyacını gidermede kullanılan hasta alt bezi, sandalye, kateter, idrar torbası, lavman gibi yardımcı aletlerin kullanımda yardımcı ifade etmektedir.
- Hareketlilik desteği : Hareketliliği sağlayan, baston, yürüteç, koltuk değneği, kaldırma ve indirmede kullanılan mekanik cihazlar, havalı hasta yatağı gibi aletleri ve cihazları kullanmada yardımcı ifade etmektedir.
- Hemşirelik, müttefik sağlık ve diğer klinik hizmetler : Konuşma terapisi, fizik tedavi, işitme ve görme engelliler için destek hizmetlerini kapsamaktadır.
- Ulaşım ve kişisel refakat hizmetleri: Alışverişte, sağlık tesislerini ziyarette ve sosyal aktivitelere katılımında desteği kapsamaktadır.
- Cilt bakımı: Bandaj takılmasında ve pansuman yapılmasında, cilt korumasında yardımcı ifade etmektedir.

Türkiye’de bakım hizmetlerinin kapsamı incelendiğinde engelli bireylere yatılı bakım hizmeti sunan özel engelli bakım merkezleri ve belediyeler gibi bazı kamu kurumları tarafından açılacak engelli bakım merkezleri ile ilgili esasların belirlenmesi için yayınlanan 2016 tarihli Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde ve 2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde bakım hizmetlerinin *kişisel bakım hizmetleri ve psiko-sosyal destek hizmetleri* olarak iki başlık altında ele alındığı görülmektedir. Bu yönetmeliklere göre kişisel bakım hizmetleri, kişinin beslenme, giyinme, vücut bakımı, hareket desteği, ortam temizliği gibi hizmetleri kapsarken, psiko-sosyal destek hizmetleri engellinin ve ailesinin durumu kabullenmesi, engellinin sosyal hayata uyumu, yaşama bağlanması vb. konularda destek hizmetleri verilmesini kapsamaktadır. Diğer yandan engelli bireylere yatılı bakım hizmeti sunan resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerine yönelik olarak çıkartılan 2010 tarihli Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik’de ise yukarıda bahsi geçen yönetmeliklerden farklı olarak bakım hizmetlerinin kapsamı sadece kişisel bakım hizmetleriyle sınırlandırılmıştır. Yukarıda bahsi geçen yönetmeliklerde belirlenen bakım kapsamı Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4: Türkiye’de Engelli Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Kişisel bakım hizmetleri
<ul style="list-style-type: none"> • Banyo yaptırılması, • Tuvalet ihtiyacını gidermede yardım edilmesi ve gerektiğinde temizliğinin yapılması, • Tırnaklarının kesilmesi, • Saçlarının taranması, • Dişlerinin temizlenmesi, • Yiyecek ve içecek ihtiyacının giderilmesi, • El, yüz ve ayak temizliğinin yapılması, • Sakal tıraşının yapılması, • İstenmeyen tüylerin temizlenmesi, • Elbiselerinin giydirilmesi ve çıkarılması, • Burun ve kulak temizliğinin yapılması, • Yatağının temizlenmesi ve düzeltilmesi, • Odasının temizlenmesi, • Çamaşırlarının yıkanması, • Tehlikelere karşı korunması ve gözetilmesi.
Psiko-sosyal destek hizmetleri
<ul style="list-style-type: none"> • Engelli bireyin ailesinin, engelli bireyi ve engel durumunu kabullenmesine ve bilgilendirilmesine yönelik olarak kişisel veya grup çalışması ile verilecek hizmetler, • Engelli bireyin mevcut durumunu ve yerleştirildiği ortamı kabullenmesine, bilgileneğine ve gelişim alanlarında desteklenmesine yönelik olarak kişisel ve grup çalışması yöntemleriyle verilecek hizmetler, • Engelli birey ve ailesinin sosyal haklarını ve mevcut kaynaklarını etkin kullanmasına yönelik olarak kişisel ve grup çalışması yöntemleriyle verilecek hizmetler, • Engelli bireyin bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile bu tür etkinliklere katılabilmesi için gerekli refakat hizmetleri, • Engelli bireyin terk edilme, reddedilme, engellilik durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık ve sevgisizlik gibi olumsuz duygulardan kurtarılmasına, depresyon ve stres gibi durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik olarak kişisel veya grup çalışması yöntemleriyle verilecek hizmetler.

Bireyler biyolojik beceriler ile vücut bakımı, beslenme, tuvalet ihtiyacını görme vb. gibi faaliyetleri, psikolojik beceriler ile idrak etme, gelişme, düşünme vb. gibi faaliyetleri ve sosyal beceriler ile değişen sosyal çevreye uyma, kişisel ilişkiler başlatma sürdürme vb. gibi faaliyetleri gerçekleştirirler (Messer, 2008: 81). Diğer ülkelerde ve Türkiye’de ilgili mevzuat ve uygulamalar değerlendirildiğinde bakım hizmetlerinin kapsamının, temel olarak bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal becerileri vasıtasıyla günlük olarak gerçekleştirdikleri ancak hastalık ve engellilik gibi etkenler sebebiyle kısmi ya da tamamen yerine getiremedikleri faaliyetler çerçevesinde tanımlandığı görülmektedir.

Bireyin hastalık ve engellilik nedeniyle yerine getiremediği günlük alışlagelmiş faaliyetlerin ise genel olarak iki başlık altında ele alındığı görülmektedir. Beslenme, giyinme, banyo yapma, tuvalet ihtiyacının giderilmesi gibi faaliyetler günlük yaşam aktiviteleri (Activities of Daily Livings-ADLs) olarak adlandırılırken, yemek hazırlama, para yönetimi, basit ev işlerinde yardım gibi faaliyetler ise yardımcı günlük yaşam aktiviteleri (Instrumental Activities of Daily Livings-IADLs) olarak adlandırılmaktadır (Oğlak, 2008: 8-9).

2.3. BAKIM HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Bakım hizmetlerinin sınıflandırılmasında farklı yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Bakım hizmetlerinin hizmeti veren kişiye göre sınıflandırılması formel ve informel bakım olarak ikiye ayrılmaktadır. Formel bakım profesyonel bakıcılar tarafından hastane, bakımevi, geriatri merkezleri yada evde verilen bakım hizmeti olarak tanımlanırken, informel bakım bireye bakıcılık eğitimi olmayan akrabaları ya da yakınları tarafından verilen bakım hizmetleridir (Schulz ve Geyer, 2014: 138; Bauer, 2010: 13).

Bir başka sınıflandırmada ise bakım hizmetlerinin doğrudan ve dolaylı bakım hizmeti olarak iki grupta incelendiği görülmektedir. Doğrudan bakım hizmetleri, bakım alan bireye uygulanan ve etkisini hemen gösteren aktivitelerdir. Dolaylı bakım hizmetleri ise doğrudan bakım hizmetlerinin verilebilmesi için gerekli olan diğer aktivitelerdir. Doğrudan bakım hizmetlerine, vücut bakımı ve beslenme gibi bakım hizmetleri örnek olarak gösterilebilir. Dolaylı bakım hizmetleri için ise, bakım personelinin haftalık çalışma planı, bakım organizasyonu, kalite geliştirme örnek

gösterilebilir (Wipp ve Wagner, 2005:22-24; Charlier vd., 2013: 13-14).

Kalite odaklı başka bir sınıflandırma ise bakım hizmetleri tehlikeli bakım, rutin bakım, makul bakım ve optimal bakım olarak 4 başlık altında sınıflandırılmıştır (Vitt, 2002: 22).

Bu sınıflandırmalar dışında bakım hizmetinin verildiği yere göre evde bakım, kurumda bakım; bakım verilen zamana göre gündüzlü, geceli ya da geçici bakım vb. gibi farklı sınıflandırmalar yapmak da mümkündür.

2.4.BAKIM HİZMETİ MODELLERİ

Bakım hizmetleriyle ilgili literatür incelendiğinde bakım hizmetleriyle ilgili otuzdan fazla modelin ortaya konulduğu görülmektedir. Çalışmanın bu başlığında bu modellerden öne çıkan bazıları hakkında bilgi verilecektir.

2.4.1. HENDERSON 14Temel İhtiyaç Modeli

Henderson modeli insanların hayatta kalabilmelerini güvence altına alan temel ihtiyaçların giderilmesi üzerine kurulmuştur (Schoolmann, 2004: 49). Henderson modelinde sağlıklı bir insanın günlük ihtiyaçlarını kendisinin görebileceği ve sadece hastalık, çocukluk, yaşlılık vb. gibi hayatın belli bir kesitinde bakım desteğine ihtiyacı olacağı varsayılmaktadır. Böyle bir durumun yaşanması halinde bakım personelleri bakım ihtiyacı olan kişiye temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için yardım edecektir. Bu noktada bakım personelinin temel görevi, bireyin bağımsız yaşama kabiliyetinin korunması ya da tekrar geri kazanması için bakıma muhtaç bireyin desteklenmesidir(Müller, 2015: 46; Sadowski, 2003: 76).

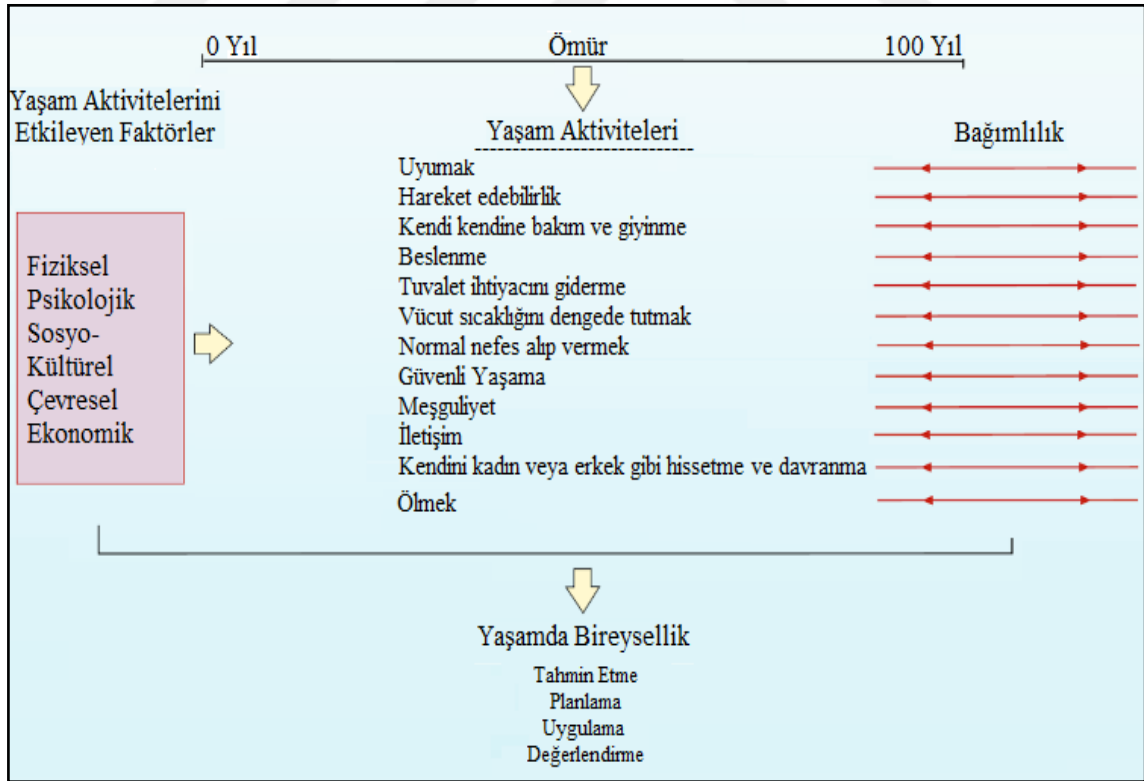
Henderson modelinde Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine dayanan 14 temel ihtiyaç belirlenmiştir. Bunlar (Menche, 2008: 35);

- Uyumak ve dinlenmek
- Kendi kendine hareket edebilmek
- Vücut temizliği ve bakımını yapmak ve cildi korumak
- Yeterli beslenmek
- Tuvalet ihtiyacını gidermek

- Vücut sıcaklığını dengede tutmak
- Normal nefes alıp vermek
- Çevresel tehlikeleri engelleme ve tehlikelerden korunmak
- Tatmin sağlayan meşguliyetlerle uğraşmak
- Başkalarıyla iletişim kurmak
- Farklı dinlenme aktivitelerine katılmak
- Uygun kıyafetler seçmek ve giyinmek
- İncancının gerekliliklerini yerine getirmek
- Öğrenmek, keşfetmek, meraklarını gidermek

2.4.2. ROPER/LOGAN/TIERNEY YaşamAktiviteleri Modeli

Literatürde kısa olarak Roper Modeli olarak adlandırılan bu model insan yaşamını temel olarak 5 bileşende karakterize etmektedir (Hoehl ve Kullick, 2012: 41). Bu 5 yaşam bileşeninin birbirleriyle ilişkileri Şekil 9'da gösterilmiştir.



Şekil 9: Roper Modeli 5 Yaşam Bileşeninin Birbirleriyle İlişkileri

Kaynak: Hoehl ve Kullick, 2012: 42

Modelde ortaya konulan bu 5 bileşen şu şekilde tanımlanmıştır;

• **Ömür**

İnsanlar doğumdan ölüme kadar bebeklik, çocukluk, gençlik, orta yaş ve yaşlılık olarak çeşitli dönemlerden geçerek ömür sürmektedir. Modelde bahsi geçen yaşam aktiviteleri doğal olarak bu ömür kesitleri içerisinde farklılık gösterecektir. Örneğin, bir çocukla bir yaşlının yaşam sürmek için yaptığı günlük alışlagelmiş faaliyetleri birbirinden farklı olacaktır ve dolayısıyla bakım ihtiyacının niteliği farklılaşacaktır. Bu nedenle bakım hizmetinde ömür kesitlerinin özelliklerini bilmek ve buna uygun bakım hizmeti sunmak için ihtisaslaşmak önemlidir (Schoolmann, 2004: 50).

• **Yaşam Aktiviteleri**

Roper modelinde 5 yaşam bileşeninden birisi olarak ortaya konulan günlük yaşam aktiviteleri 12 başlık altında tanımlanmıştır. Bunlar (Kunz vd., 2003: 235);

- Uyumak
- Hareket edebilirlik
- Kendi kendine bakım ve giyinmek
- Beslenmek
- Tuvalet ihtiyacını giderme
- Vücut sıcaklığını dengede tutmak
- Normal nefes alıp vermek
- Güvenli yaşamak
- Meşguliyet
- İletişim
- Kendini kadın veya erkek gibi hissetmek ve davranmak
- Ölmek

• **Yaşam Aktivitelerine Etki Eden Faktörler**

Roper bakım modelinde günlük alışlagelmiş faaliyetlere etki eden faktörler şu şekilde tanımlanmıştır (Felgner, 2008: 59; Behrendt, 2008: 44);

- 1) **Fiziksel Faktörler:** Fiziksel faktörler bireyin anatomik ve fizyolojik özelliklerinden kaynaklanan engellilik ya da kısıtlılık gibi faktörlerdir.

- 2) Psikolojik Faktörler: Bunlar kişinin duygusal ve entelektüel yetileri ile ilgili faktörlerdir. Örneğin, kötü ruh halinde akşam yemeği zorunlu bir rutin iken, iyi bir ruh halinde bir zevk olarak değerlendirilebilir.
- 3) Sosyo-Kültürel Faktörler: Bunlar kişinin eğitim durumu, dini, sosyal sınıfı vb. gibi özelliklerinden kaynaklanan faktörlerdir. Örnek olarak, bir Musevi ya da Müslüman dini inancı gereği yemeklerinde domuz eti kullanmayacaktır.
- 4) Çevre Faktörleri: Bunlar yaşanan coğrafi konum, iklim vb. gibi özelliklerden kaynaklanan faktörlerdir.
- 5) Politik-Ekonomik Faktörler: Kişinin ya da ülkenin ekonomik durumu, ülkenin politik yapısı vb. gibi faktörlerdir.

• **Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık-Bağımsızlık**

Bireyin herhangi bir yaşam aktivitesini yerine getirişi ve bu aktiviteleri yaparken başkalarına bağımlılığı, modelde gösterilen yaşam aktivitelerine etki eden 5 faktör ve bireyin bulunduğu ömür kesitinden etkilenmektedir. Örnek olarak modelde 12 yaşam aktivitesinden birisi olan normal şekilde nefes alıp vermeyi, yeni doğan bir bebek aynen bir yetişkin gibi yardım almaksızın yerine getirebilmekteyken güvenli yaşamayı kendisi sağlayamamaktadır. Modelin bu bileşeni ile günlük alışlagelmiş faaliyetleri yerine getirirken göz önüne alınması gereken ve durumsallığa göre değişenbağımlılık ve bağımsızlık vurgulanmıştır (Hoehl ve Kullick, 2012: 3).

• **Yaşamın Bireyselliği**

Bireysellik kişinin yaşam aktivitelerini uygulamada farklılıklar ortaya çıkaran önemli bir model bileşenidir. Günlük aktivitelerin ne zaman, ne sıklıkla, nerede ve neden yapıldığı, birey için ne ifade ettiği bireyselliğe bağlı olarak kişiden kişiye değişebilmektedir. Yukarıda bahsi geçen model bileşenlerinden ömür kesiti, bağımlılık-bağımsızlık ve yaşam aktivitelerine etki eden faktörler aynı zamanda bireyselliği de etkileyen unsurlardır (Hoehl ve Kullick, 2012: 44).

2.4.3. KROHWINKEL Modeli - Yaşamın Günlük Faaliyetleri ve Hayatî Önem Arz Eden Tecrübeler

Krohwinkel modeli, Roper bakım modelitemel alınarak geliştirilmiştir. Roper modeli psiko-sosyal açıdan eksik görülerekgünlük yaşam faaliyetleri “Varoluşsal Hayat Tecrübeleriyle Yaşamak ve Hayatın Sosyal Fonksiyonlarını Yerine Getirme” başlıklarıyla genişletilmiştir. Modelin ortaya koyduğu yaşamın günlük faaliyetleri şunlardır (Sadowski, 2003: 85);

- Uyumak ve dinlenmek
- Hareket edebilirlik
- Kendi kendine bakım
- Beslenmek
- Tuvalet ihtiyacını gidermek
- Hayatî fonksiyonları idame ettirebilme
- Güvenli yaşamak
- Meşguliyet
- İletişim
- Kendini kadın veya erkek gibi hissetmek ve davranmak
- Giyinmek
- Hayatın sosyal fonksiyonlarını yerine getirmek
- Varoluşsal hayat tecrübeleriyle yaşamak (endişe, korku, ağrı, ölüm, güven, inanç vb.)

Yukarıda belirtilen 13 maddenin özellikle son iki maddesi modelin ağırlıklı noktasını oluşturmaktadır (Korecic, 1996: 12). Bu maddeler bakım gereksinimlerini salt bedensel bakım boyutundan çıkararak bakımı etkileyebilecek psiko-sosyal etki ve ihtiyaçlara da vurgu yapmaktadır. Bakım ihtiyacı olan bireyin hayatında ortaya çıkan bu yeni durum,onun gerek bakım veren kişilerle, gerek diğer bakım ihtiyacı olan bireylerle ve gerek kendi aile, arkadaş ve yakın çevresiyle olan ilişkilerini tehlikeye sokabilir. Bu noktada hayatın sosyal fonksiyonlarını yerine getirmek, bakım ihtiyacı olan bireyin bahsi geçen bu davranış gerekliliklerini yerine getirebilmesine işaret etmektedir. Krohwinkel varoluşsal hayat tecrübeleriyle yaşam maddesini ise 3 alt başlıkta ele almıştır. Bu 3 alt başlık Tablo 5’de gösterilmiştir. Varoluşsal hayat tecrübeleri kişinin yaşam içerisinde elde ettiği tecrübelerdir. Bu tecrübeler yaşamın günlük faaliyetlerini ve

kişinin bakım sürecindeki memnuniyetini, psikolojik ve fiziksel durumunu etkileyebilirler. Bu açıdan bakıldığında bu tecrübeler bakım sürecine kişisel özellikler ve etkenler olarak dahil edilmelidirler (Seel ve Hurling, 2005: 36).

Tablo 5:Varoluşsal Hayat Tecrübeleriyle Yaşam

Varoluşu Tehdit Eden Tecrübeler	Varoluşu Destekleyen Tecrübeler	Varoluşu Tehdit Eden ya da Destekleyen Tecrübeler
-Bağımsızlığın kaybı -Endişe/Korku -Güvensizlik -Ayrılık -İzolasyon -Belirsizlik -Umutsuzluk -Ağrı -Ölüm	-Bağımsızlığın tekrar kazanımı -Sevinç -Güven -Entegrasyon -Güvenlik -Umut -Keyif	-İnanç, din, dünya görüşü gibi kültüre bağlı deneyimler -Hayat hikâyesine bağlı deneyimler

Kaynak: Sadowski, 2003: 86; Korecic, 1996: 12

2.4.4. OREM Kendi Kendine Bakım Açığı Modeli

OREM Modeli temel olarak her bireyin temel bakım ihtiyaçlarını kendi kendine karşılamayı öğrenebileceği ve yerine getirebileceğini varsaymaktadır. Modelde yaşamın devamı için kişinin kendi kendine yerine getirmesi gereken 8 temel ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Gassmann vd., 2006 : 26). Bunlar (Hoehl ve Kullick, 2012: 40);

- Yeterli hava temini
- Yeterli su temini
- Yeterli beslenmenin temini
- Tuvalet ihtiyacının giderilmesi
- Aktivite ve dinlenmede dengenin kurulması
- Bireysellik ve sosyalleşme arasında denge kurulması
- Hayatı, yaşamsal fonksiyonları ve sağlığı etkileyecek tehlikelerin engellenmesi
- İnsani fonksiyonların ve sosyal gruplarda gelişimin, bireyin potansiyeline ve arzularına uyumlu olarak desteklenmesi

Model, bireyin kendisinin ya da yakınlarının kendi kendine bakım için gerekli olan yeterlilik ile modelde bahsi geçen temel ihtiyaçların karşılanması için gerekli olan

yeterlilikler arasında fark olması durumunu kendi kendine bakım açığı olarak tanımlamaktadır. Hastalık, yaralanma vb. gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek böyle bir durumda profesyonel bakım gerekmektedir (Baumer ve Maiwald, 2008: 53). Model bu yönüyle profesyonel bakım hizmetinin neden ve ne şekilde verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Sadowski, 2003: 82). Profesyonel bakım hizmeti yoluyla birey kendi kendine bakım için gerekli yeterlilikler için desteklenmektedir. Bir diğer deyişle kendi kendine bakım açığı kapatılmaktadır (Baumer ve Maiwald, 2008: 53).

Tablo 6'da bakım modellerinin ortaya koydukları “*Günlük Alışlagelmiş Faaliyetler*” (GAF) karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir. Temelde benzer günlük faaliyetler ortaya koyan bakım modellerinin bakım ihtiyacının ve kapsamının belirlenmesinde yol gösterici olacağı değerlendirilebilir.

Tablo 6: Günlük Alışlagelmiş Faaliyetler (GAF)

Monika KROHWINKEL Yaşamın Günlük Faaliyetleri ve Hayati Önem Arz Eden Tecrübeleri Modeli (AEDL)	RLT (Roper-Logan-Tierney) Modeli - Günlük Yaşam Aktiviteleri (ATL)	Virginia HENDERSON Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Modeli	OREM Kendi Kendine Bakım Açığı Modeli
Uyumak ve dinlenmek	Uyumak	Uyumak ve dinlenmek	Aktivite ve dinlenmede dengenin kurulması
Hareket edebilirlik	Hareket edebilirlik	Hareket edebilirlik	
Kendi kendine bakım	Kendi kendine bakım ve giyinmek	Kendi kendine bakım	
Beslenmek	Beslenmek	Beslenme	Beslenme ve yeterli su temini
Tuvalet ihtiyacını gidermek	Tuvalet ihtiyacını gidermek	Tuvalet ihtiyacını gidermek	Tuvalet ihtiyacının gidermek
Hayati fonksiyonları idame ettirebilmek	Vücut sıcaklığını dengede tutmak	Vücut sıcaklığını dengede tutmak	
	Normal nefes alıp vermek	Normal nefes alıp vermek	Yeterli hava temini
Güvenli yaşamak	Güvenli yaşamak	Kendini tehlikelerden koruma	Hayati, yaşamsal fonksiyonları ve sağlığı etkileyecek tehlikelerin engellenmesi
Meşguliyet	Meşguliyet	Meşguliyet	
İletişim	İletişim	İletişim	
Kendini kadın veya erkek gibi hissetmek ve davranmak	Kendini kadın veya erkek gibi hissetme ve davranmak		
Varoluşsal hayat tecrübeleriyle yaşamak (endişe, korku, ağrı, ölüm, güven, inanç vb.)			
Hayatın sosyal fonksiyonlarını yerine getirmek		Farklı eğlence aktivitelerine katılmak	İnsani fonksiyonların ve sosyal gruplarda gelişimin, bireyin potansiyeline ve arzularına uyumlu olarak desteklenmesi
Giyinmek		Giyinmek	
		İnancının gerekliliklerini yerine getirebilmek	
		Öğrenmek, keşfetmek, meraklarını gidermek, mevcut sağlık kurumlarından yararlanmak	
	Ölüm		
			Bireysellik ve sosyalleşme arasında denge kurulması

Kaynak: Menche, 2008: 35; Kunz vd., 2003: 235; Sadowski, 2003: 85 ve Hoehl ve Kullick, 2012: 40

2.5. DÜNYA'DA BAKIM HİZMETLERİ

Özellikle gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresinin uzaması ve toplum nüfusunun yaşlanması nedeniyle bakıma muhtaç birey sayıları artmış ve bakım hizmetleri gerek politik, gerek ekonomik ve gerekse sosyal açıdan önemli bir konu olarak ön plana çıkmıştır. Ortaçağda 33, 19. yüzyılda 37 ve 20. yüzyılın başlarında sadece 47 olan beklenen yaşam süresi, günümüzde 80 yaşın üzerinde gerçekleşmektedir (Tufan, 2016: 18).

Bakım ihtiyacı olan bireylere yapılan bakımın bir hizmet türü olarak kabul edilmesi çok eskilere dayanmamaktadır. Yakın zamana kadar bakım hizmetleri bakıma muhtaç bireylere evde yakınları tarafından, bakacak kimsesi yoksa engellilerde bakılan düşkün evlerinde sunulan bir hayır yardımı olarak görülmekteydi. 1900'lü yılların başlarından itibaren yaşlı bakım evleri kurulmaya başlanmıştır. 60-70'li yıllardan itibaren hastane konseptini örnek alan ve geriatik bilgi ve tekniklerin kullanıldığı bakımevi kavramı ortaya çıkmıştır. Günümüz koşullarında, kişilerin sadece bakım ihtiyacını değil, aynı zamanda onların kişisel tercihlerini göz önüne alan bakım anlayışı ise 1980'li yıllardan itibaren hakim olmaya başlamış ve bakım bir hizmet türü olarak ele alınmaya başlanmıştır (Engel, 2007: 52).

Çalışmanın bu bölümünde bazı ülkelerde bakım hizmeti ve bakım hizmeti kalitesi ile ilgili uygulamalar üzerinde durulmuştur.

Almanya'da bakım hizmetleri incelendiğinde evde engelli bakımı öncelikli bakım politikası olarak ortaya çıkmaktadır. Evde bakım hizmeti sunulması imkânının olmadığı durumlarda ise kurumda bakım hizmeti sunulmaktadır. Evde bakım hizmetleri bakım sigortası veya bakım sigortasının anlaşmalı olduğu mobil hizmet veren bakım kurumu tarafından yollanan bakım elemanları tarafından sunulabilirken, yine bakım sigortası ile anlaşmalı ve gerekli kriterleri karşılayan kişiler vasıtasıyla da verilebilmektedir. Bu kapsamda verilen hizmetler sadece engelli bakımını değil, aynı zamanda alışveriş, ev temizliği, yemek pişirme, çamaşır yıkama vb. gibi ev işlerini de kapsamaktadır (SGB-XI: Art. 36, Abs. 1 und 2). Evde bakım hizmetini tercih etmeyen bireyler evde bakım ücretinden yararlanmaktadırlar. Bu durumda bakım ücreti ödenen engelli birey bakım ile ilgili işleri kendisi organize etmek zorundadır (SGB-XI: Art. 37,

Abs. 1). Bazı durumlarda ise engelli bireyler yukarıda bahsi geçen iki seçenekten karma olarak da yararlanabilmektedirler (SGB-XI: Art. 38, Abs. 1).

Almanya’da kurumda bakım hizmetleri sürekli yatılı, süreli yatılı ve gündüzlü-gececi bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. Kurumda gündüzlü ya da geceli bakım hizmeti, engelliye evde bakım hizmetinin yeterli olarak verilememesi durumunda ya da evde bakım hizmetini desteklemek amacıyla verilmektedir. Bu bakım hizmeti türünde engellilerin evden bakım kurumuna transferi günlük olarak sağlanmaktadır, ihtiyaca göre engelli gece ya da gündüz kurumda kalmakta ve sonra tekrar evine transfer edilmektedir (SGB-XI: Art. 41, Abs. 1). Kurumda süreli yatılı bakım hizmeti, evde bakım hizmetinin gerektiğinde ve gerektiği ölçüde sağlanamaması ve gündüzlü-gececi bakım hizmetinin de ihtiyaca cevap verememesi durumlarında engellilerin bakım ihtiyaçlarının belli bir süre için yatılı bakım kurumlarında yatılı olarak karşılanmasını amaçlamaktadır. Engelli bireyler bu imkândan bir yıl içinde en fazla 8 hafta yararlanabilmektedir (SGB-XI: Art. 42, Abs. 1 und 2). Diğer kurumda engelli bakım türü ise tam zamanlı yatılı bakım hizmetidir. Evde ya da kurumda sürekli yatılı bakım hizmetinin bakım gereksinimleri için uygun olmadığı ya da mümkün olmadığı durumlarda engelli bireyler engelli bakım kurumlarında yatılı olarak bakım hizmeti alabilirler (SGB-XI: Art. 43, Abs. 1). 2013 yılı verilerine göre Almanya’da toplam 2,6 milyon kişinin bakım hizmeti aldığı ve bakım hizmetinin ağırlıklı olarak evde verildiği görülmektedir. Bakım hizmeti alanların % 29,1’i kurumda yatılı bakım hizmetinden,% 3,5’i mobil hizmet veren kurumlardan evde bakım hizmetinden yararlanırken, % 47,4’ü ise evde bakım ücreti almaktadır (Statistische Bundeamt, 2013; www.gbe-bund.de).

Alman bakım sistemi bakım sigortası ile finanse edilmektedir. Alman sosyal sigorta sisteminin bağımsız bir kolu olarak ortaya çıkan bakım sigortası işveren ve çalışanlardan zorunlu olarak yapılan kesintilerle finanse edilmektedir (SGB-XI: Art. 1, Abs. -6). Sağlık sigortasına benzer şekilde çalışanın aile bireyleri de ücret ödmeden sigortalı sayılmaktadırlar (SGB-XI: Art. 56, Abs. 1). Bakım sigortası istenirse özel sigorta şirketleri tarafından da yapılabilir (SGB-XI: Art. 110, Abs. 1-5). Almanya bakım kasası bakım hizmeti için ödemeleri bakıma muhtaçlık seviyesine göre belirlenen farklı basamaklara göre yapmaktadır (SGB-XI: Art. 15, Abs. 1).

Almanya’da bakım merkezlerinin bakım kalitesinin devamlılığını sağlayacak ve geliştirecek önlemleri almalarının ve bir kalite yönetim sistemi uygulamalarının kanuni olarak zorunlu tutulduğu görülmektedir. Bu kurumlar Tıbbi Sağlık Sigortası Hizmeti (MDK) ve Özel Sağlık Sigortası Birliği (PKV) tarafından yılda bir defa denetlenmektedir. Bu denetleme sonucunda bakım merkezleri sundukları hizmet kalitesi düzeyleri 5 boyutta toplam 77 soru ile 1-5 puan arasında puanlandırılırlar. Bu boyutlar şunlardır (www.gkvspitzenverband.de);

- Genel bakım ve sağlık bakım hizmetleri (32 soru): Bu boyutta ağız, diş ve vücut temizliği gibi temel bakıma ilişkin hizmetlerin yanında, yatak yarasına ve düşmeye karşı önlemler, hastane ziyaretlerinin organizasyonu, ilaçların takibi ve kullanılması, gerekli düzeyde sıvı alımı ve beslenmenin sağlanması gibi sağlık hizmetlerinin yeterli olup olmadığına ilişkin sorular bulunmaktadır.
- Demanslı sakinler ile ilgili hizmetler (9 soru): Bu boyutta demanslı sakinlerin bakım kalitesini olumlu yönde etkileyebilecek hususlar göz önüne alınmıştır. Örnek olarak demanslı sakinlerin yakınlarının bakım planına dâhil edilip edilmediklerine, odalarının onların alışkanlıklarına uygun dizayn edilip edilmediğine ya da onlara uygun sosyal etkinliklerin sunulup sunulmadığına ilişkin sorular bulunmaktadır.
- Sosyal etkinlik ve günlük yaşamın planlanması (9 soru): Bu boyut bakım merkezi sakinlerine grup ya da ferdi etkinliklerin sunulması, onların yakınları ya da çevreleri ile sosyal ilişki kurlmaları ya da gerektiğinde bakım merkezine alışmaları için desteklenmesi gibi konuları kapsamaktadır.
- Konaklama, beslenme, ev idaresi, hijyen (9 soru): Bakım merkezinde odaların kişisel ihtiyaçlara göre dizaynı, şahsi hatıra eşyalarının konulması, isteğe göre yer seçimi gibi hususlar, yaşam alanının temizliği, havadarlığı, yemeklerin belli bir zaman aralığında ve istenen porsiyon büyüklüğünde yenilebilmesi gibi konular bu boyut altında puanlanmaktadır.
- Sakinlerin görüşleri (18 soru): Bu bölümde verilen bakım hizmetlerine yönelik olarak sakinlerin görüşleri sorulmaktadır.

Bakım merkezlerinin aldıkları kalite puanları internet ortamında yayınlanmak zorundadır. Bu şekilde kurumsal bakım ihtiyacı olan engelliler bakım merkezlerini karşılaştırma olanağı elde ederek istedikleri bakım merkezinden bakım hizmeti alabilirler.

Singapur'da orta ve uzun süreli bakım hizmetleri (Intermediate and Long Term Care-ILTC) adı altında Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Bir çok ülkeyle benzer şekilde bakım hizmetleri evde ve kurumda bakım olarak iki model olarak uygulanmaktadır. Evde bakım hizmetleri, palyatif bakım, nakil hizmetleri, ev işlerinde yardım, kişisel bakım, evde sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Yakını ya da bakacak kimsesi olmayan bireylere ise bakım merkezlerinde yatılı bakım hizmeti verilmektedir. Yatılı bakım merkezlerinin yanında gündüzlü bakım hizmeti, rehabilitasyon hizmeti, demanslılara günlük bakım hizmeti veren merkezler de mevcuttur (www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our).

Bakım hizmetlerinin finansmanında devlet desteğinin oranı gelir, vatandaşlık gibi kriterlere dayanan bir test ile belirlenmektedir. Buna göre bakım ücretinin % 80'ine kadarı olan kısmı devlet tarafından sübvansede edilebilmektedir (www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs).

2016 yılı verilerine göre Singapur'da mevcut yatılı bakım merkezlerinin kapasitesi 12.800 yataktır (www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/press).

Singapur'da bakım kurumlarının kalite düzeyleri ile ilgili olarak geliştirilen kalite yönetim sistemi Enhanced Nursing Home Standards (ENHS) 2016 yılından itibaren zorunlu olarak uygulanmaktadır. Standart, bakım merkezlerinin kalite boyutlarını 3 ana yönden ele almaktadır. Bunlar bakımın klinik, sosyal ve organizasyonel yönüdür. Klinik bakım boyutunda kişisel bakım, sağlık hizmetleri, vücut bakımı beslenme gibi hizmetler ile ilgili standartlar belirlenmektedir. Sosyal bakım boyutunda ise, bireylerin kişisel saygınlıklarını koruyacak, bireyin kendisinin, ailesinin ya da temsilcisinin bakım planı hakkında bilgilendirilmesi, bireyin kişisel saygınlıklarının korunmasının garanti altına alınması, fiziksel kısıtlamaların sadece son çare olarak kullanılması ve bireyin psiko-sosyal refahına katkı sağlanması gibi konularda standartlar ortaya konulmuştur. Organizasyonel boyutta ise organizasyon

sistemi, süreç ve insan yönetimi kapasitesindeki boşluklar nedeniyle bakımda oluşabilecek eksikliklerin ortadan kaldırılması amacıyla bahsi geçen alanlarla ilgili olarak finans yönetimi, personel yönetim ve organizasyonu gibi konularda standartlar belirlenmiştir (https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications). Bu 3 boyutun alt başlıkları şunlardır (Bkz. Tablo 7):

Tablo 7: Singapur Bakım Merkezleri Kalite Yönetim Sistemi (ENHS)

Klinik Bakım Boyutu	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bakım planı 2. Sağlık hizmeti 3. İlaç yönetimi 4. Kendi kararlarını veremeyen hastalar adına karar verme (planlaması) 5. Ağrı yönetimi 6. Düşmeleri önleme ve mobilizasyon 7. Cilt bakımı ve yatak yaralarının engellenmesi 8. Ağız temizliği ve diş bakımı 9. Kendi tuvalet ihtiyacını görebilme yeteneğinin devamını sağlama 10. Müttefik sağlık hizmetleri (hastane, fizik tedavi vs.) 11. Enfeksiyon kontrolü 12. Yemek hizmeti 	
Sosyal Bakım Boyutu	Bakımın Yönetsel-Organizasyonel Boyutu
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saygınlığın korunması 2. Psiko-sosyal destek ve akıl sağlığının korunması 3. Enformasyon sağlanması 4. Kısıtlamalar 5. Yaşam alanı - bina 6. Yaşam alanı -sosyal tesis imkanları 7. Yaşam alanı - gerekli ekipman 8. Yardımcı hizmetler 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genel yönetim görev ve sorumlulukları 2. Sağlık bakımının başında olan kişinin görev ve sorumlulukları 3. Personel yönetimi ve organizasyonu 4. Personel eğitimi, yeterliliği ve denetimi (süpervizyon) 5. Finans yönetimi 6. Müşteri ilişkileri 7. Gelişimin devamı 8. Acil durum hazırlığı

Kaynak: Singapur Sağlık Bakanlığı
www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications)

Avustralya’da bakım hizmetleri temel olarak yatılı (residential) ve toplum temelli (community-based) sunulmaktadır. Toplum temelli bakım modeli 2015 yılı itibarıyla Evde Bakım Paketi ve Commonwealth Evde Destek Programı olmak üzere iki ana program altında yürütülmektedir. Evde Bakım Paketi olarak adlandırılan bakım

hizmeti modeli ile bireylere evlerinde kompleks ve kişisel bakım hizmeti sunulmaktadır. Program temel, düşük, orta ve yüksek olmak üzere 4 bakım ihtiyacı seviyesinden oluşmaktadır. Temel olarak yaşlılık ve engellilik sebebiyle bakıma ihtiyaç duyan ve evde bakım hizmeti almak isteyen tüm bireyler bu bakım modelinden yararlanabilmektedir (www.myagedcare.gov.au/help-home). Commonwealth Evde Destek Programı ise 65 yaş üstü, 50 yaş üstü düşük gelirli, evsiz ya da evsiz kalma riski olan yaşlı kimselerin bağımsız yaşama kabiliyetlerinin desteklenmesini amaçlayan giriş seviyesindeki desteklerdir (www.agedcare.health.gov.au/programs/commonwealth).

Bu iki ana program yanında farklı toplum gruplarına ve durumlara göre tasarlanmış bakım programları da mevcuttur. Örneğin “End of Life Care at Home” programı ile yaşamının sonuna gelmiş bireyler evlerinde desteklenmektedirler (www.myagedcare.gov.au/help-home/end). Bir diğer bakım modeli olarak uygulanan Esnek Bakım Modeli (Flexible Care) farklı bakım programlarını kapsamaktadır. Geçiş Bakımı’nı (Transition care) ile hastane taburculuğu sonrası kısa süreli sonuç odaklı ve rehabilitasyon amaçlı bakım sağlanmaktadır. Kısa Süreli Tedavi Edici Bakım Programını (Short-term Restorative Care Programme) ile düşme ve hastalık gibi durumlar sonrası yaşlıların evlerinde kalarak bağımsız yaşam sürdürebilmelerinin kısa süreli olarak desteklenmesi amaçlanır. Çok Amaçlı Hizmetler Programını (Multi-Purpose Service Program) ise, küçük bölgeler ve uzak topluluklar için entegre sağlık ve yaşlı bakım hizmeti sunmaktadır. Ulusal Aborjin ve Torres Strait Adalılar Esnek Bakım Programı’nı (National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Program) ile Aborjin ve Torres Strait Adalıların kültürel yapılarına uygun yaşlı bakım hizmeti sunulmasını amaçlanmaktadır (www.agedcare.health.gov.au/programs/flexible).

Kurumda bakım hizmetleri ise uzun süreli ya da hastalık vb. nedenlerle gerektiği durumlarda geçici süreli olarak sunulmaktadır.

Avustralya’da bireylerin evde ya da kurumda bakım ihtiyacı Yaşlı Bakım Değerlendirme Ekibi (Aged Care Assessment Team - ACAT) tarafından tespit edilmektedir (www.agedcare.health.gov.au/programs-services/residential). 2015 yılı verilerine göre 231.000 kişiye kurumda yatılı bakım hizmeti, 53.000 kişiye kurumda geçici süreli yatılı bakım hizmeti verilirken, 84.000 kişi evde bakım hizmetinden

yararlanmaktadır (www.aihw.gov.au/aged-care/residential-and-home-care-2014-15). Bakım hizmeti veren kurum sayıları incelendiğinde; toplam 1.217 bakım merkezinin 949'unun kurumda yatılı bakım hizmeti, 496'sının evde bakım hizmeti verdiği görülmektedir (www.agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426).

Bakım hizmetlerinin finansmanı için bakım sigortası bulunmayıp finansman devlet desteği şeklinde sağlanmaktadır. 2016 yılından itibaren uygulamaya konulan ve 2019 yılına kadar kademeli olarak tüm eyaletlerde hayata geçirilmesi planlanan Ulusal Engellilik Sigortası (National Disability Insurance Scheme-NDIS) ile 65 yaş altı engellilerin günlük yaşantılarını normal bir şekilde sürdürebilmeleri için tüm yaşam alanlarında desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda ihtiyaç duyulması halinde evde ve kurumda yatılı bakım hizmetleride desteklenmektedir (www.agedcare.health.gov.au/programs/younger). Bakım hizmetlerinin finansmanında birey yalnız yaşayıp yaşamadığı, borcu olup olmadığı, menkul ya da gayrimenkul varlığının olup olmadığı gibi kriterler göz önüne alınmaktadır. Belirlenen kriterler dahilinde devlet desteği alınabilmektedir. Temel bakım hizmetlerinin ücreti günlük en yüksek 49,07 Avustralya Doları olarak belirlenmiştir. Temel bakım hizmetleri dışında kalan ek hizmetler ya da daha yüksek standartlarda bakım hizmeti isteniyorsa, bu hizmetler ek olarak ücretlendirilmektedir. Ek hizmetler için bir tavan fiyat olmayıp, ücretler bakım merkezinden bakım merkezine değişebilmektedir (www.myagedcare.gov.au/costs).

Avustralya'da evde bakım ve yatılı bakım hizmetleri için ayrı standartlar geliştirilmiştir. Yatılı bakım hizmeti veren kurumlarının devlet desteği alabilmeleri için akreditasyonu "Australian Aged Care Quality Agency (AACQA)" tarafından yapılan kalite standartlarını karşılaması gerekmektedir. Akreditasyon standartları 4 ana başlıktan oluşmaktadır (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8: Avustralya Bakım Hizmetleri Akreditasyon Standartı

Standart 1: Yönetim Sistemi, Personel ve Örgütsel Gelişme	Standart 2: Sağlık ve Kişisel Bakım
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelişimin devamlılığı 2. Mevzuata uygunluk 3. Eğitim ve personel gelişimi 4. Yorum ve şikayetler 5. Planlama ve liderlik 6. İnsan kaynakları yönetimi 7. Envanter ve ekipman 8. Bilgi yönetimi 9. Dış hizmetler 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelişimin devamlılığı 2. Mevzuata uygunluk 3. Eğitim ve personel gelişimi 4. Klinik bakım 5. Uzman hemşirelik hizmetleri ihtiyacı 6. Diğer sağlık hizmetleri 7. İlaç yönetimi 8. Ağrı yönetimi 9. Palyatif bakım 10. Beslenme ve sıvı alımı 11. Cilt bakımı 12. Tuvalet ihtiyacının idaresi 13. Davranış yönetimi 14. Mobilite, beceri ve rehabilitasyon 15. Ağız ve diş bakımı 16. Duyu kaybı 17. Uyku
Standart 3: Yaşam Tarzları	Standart 4: Fiziksel Çevre ve Güvenlik Sistemleri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelişimin devamlılığı 2. Mevzuata uygunluk 3. Eğitim ve personel gelişimi 4. Duygusal destek 5. Bağımsızlık 6. Gizlilik ve itibar 7. Boş zaman aktiviteleri 8. Kültürel ve ruhsal(dini) yaşam 9. Seçim ve karar verme 10. Hizmet alıcının özel mülkiyet güvenliği ve hak ve sorumluluklarını bilmesi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelişimin devamlılığı 2. Mevzuata uygunluk 3. Eğitim ve personel gelişimi 4. Yaşam çevresi 5. İş sağlığı ve güvenliği 6. Yangın, güvenlik ve diğer acil durum yönetimi 7. Enfeksiyon kontrolü 8. Yemek, temizlik ve çamaşır yıkama hizmetleri

Kaynak: Pocket Guide to the Accreditation Standarts, 2014

Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım hizmetleri diğer örnek ülkelere benzer şekilde temel olarak evde ve kurumda verilmektedir. Birey ihtiyacına göre bakım desteğini gündüzlü ya da yatılı bakım veren bakım merkezlerinden, iyileşme imkanı

olmayan hastalara kısa süreli palyatif temelli bakım hizmeti veren hospizlerden, evde yakınları ya da evde bakım hizmeti veren firmalar aracılığıyla alabilmektedir. 2014 yılı rakamlarıyla ABD’de 4.800 gündüz bakım merkezi, 12.400 evde bakım kurumu, 4000 hospiz, 15.600 yatılı bakımevi ve 30.200 destekli yaşam tesisinde bakım hizmeti sunulmaktadır. Bakım hizmeti alan kişi sayıları incelendiğinde; 282.200 kişinin gündüzlü bakım merkezlerinden, 1.369.700 kişinin yatılı bakım merkezlerinden, 835.200 kişinin destekli yaşam tesislerinden, 1.340.700 kişinin hospizlerden ve 4.934.600 kişinin ise evde bakım hizmeti veren kuruluşlardan yararlandığı görülmektedir (www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_038.pdf).

ABD’de bakım hizmetlerinin finansmanı incelendiğinde bakım finansmanının büyük ölçüde Medicaid (% 62,2) ile karşılandığı görülmektedir. Medicaid, düşük gelirli ya da sağlık ve bakım hizmeti giderlerini ödeyecek varlığı bulunmayan kişileri sağlık ve bakım giderlerini karşılamada destekleyen eyalet ve federal hükümet tarafından ortaklaşa sürdürülen bir programdır. Bakım ihtiyacı olan bireyler gelir ve sağlık durumları için belirlenen kriterler çerçevesinde bakım hizmetlerini finansa etmektedir. Temel olarak hangi hizmetlerin finanse edileceği belirlenirken ek olarak farklı hizmetlerin de desteklenip desteklenmemesi eyaletlerin inisiyatifine bırakılmıştır (www.longtermcare.acl.gov/medicare). Bakım finansmanının % 21,9’u kişilerin kendileri tarafından, % 11,6’sı kişinin özel bakım sigortası ve hayat sigortaları gibi yatılı ya da evde bakım hizmetleri için kendisinin yaptığı diğer harcamalar ile karşılanmaktadır. Bakım finansmanının % 4,4’ü ise Medicaid dışında kalan diğer kamu kurumları tarafından eyalet ve yerel çerçevedeki programlar dahilinde yatılı ve evde bakım hizmetleri için yapılan harcamalar ile karşılanmaktadır (www.thescanfoundation.org).

ABD’de bakım hizmetlerinde uygulanan 5 yıldızlı kalite derecelendirme sistemi, bakımın hizmetlerinde kalite standartlarının belirlenmesi ve ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. 2008 yılında Medicare ve Medicaid Hizmetlerine Yönelik Merkezler Birimi (Centers for Medicare and Medicaid - CMS) tarafından yayınlanan bu sisteme göre bakım merkezleri 5 yıldız üzerinden derecelendirilmektedir. Bu uygulamanın temel amacı, bakım hizmeti alacak kişilere ve yakınlarına, bakım merkezlerinin kalitesini değerlendirme olanağı vermesidir. Bu şekilde yüksek hizmet performansına

sahip bakım merkezini düşük performansa sahip olan bakım merkezinden ayırmak mümkün olacaktır (Technical Users' Guide, 2017: 1). Bu derecelendirme sistemi 3 kritere odaklanmaktadır. Bunlar;

Sağlık Boyutu: Sağlık Boyutu'nda kuruluş derecelendirmesi son 36 aylık süreçte meydana gelen eksikliklerin sayısı, denetleme sırasında belirlenen eksikliklerin sayısı, kapsamı ve yoğunluğuna ve bunların yanındason 36 aylık süreçte yapılan şikayetlerin incelenmesiyle ortaya çıkan veriler baz alınarak yapılmaktadır (Technical Users' Guide, 2017: 3).

Personel Boyutu: Bakım merkezinin, personel yeterliliklerine göre derecelendirilmesini kapsamaktadır. 2 temel ölçüm kriteri vardır. Bunlar (Technical Users' Guide, 2017: 6).;

- a. Kayıtlı bakım elemanlarının günlük çalışma süresi
- b. Toplam personel günlük çalışma süresi

Kalite Ölçüm Boyutu: Bakım merkezlerinin kalite ölçümü" Nursing Home Compare" tarafından hazırlanmış olan 16 maddelik kalite standartlarına göre derecelendirilmektedir. Bunların 9 tanesi uzun dönemli bakım hizmetlerinin 7 tanesi de kısa dönemli bakımı hizmetlerinin kalitesini ölçmek için kullanılmaktadır (Technical Users' Guide, 2017: 10-12).

Uzun dönemli bakımda kaliteyi ölçmek için aşağıda belirtilen 9 kriter esas alınır. Bunlar (Technical Users' Guide, 2017: 12);

- Günlük yaşamsal faaliyetlerini karşılamak için hareket kabiliyetini kaybeden gittikçe daha fazla yardıma muhtaç hale gelen sakinlerin sayısının yüzdesi,
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmek için yardım ihtiyacı artan sakinlerin yüzdesi,
- Yatak yarası olan yüksek riskli sakinlerin yüzdesi,
- İdrar çıkışını kontrol edemeyip sonda kullanmaya başlamış sakinlerin yüzdesi,
- Fiziksel olarak sınırlandırılmış hastaların yüzdesi,

- İdrar yolu enfeksiyonu olan sakinlerin yüzdesi,
- Orta-yüksek düzeyde ağrı çektiğini belirten sakinlerin yüzdesi,
- Ağır yaralanmayla sonuçlanan bir ya da daha fazla düşme olayı yaşayan sakinlerin yüzdesi ve
- Antipsikotik tedavi gören sakinlerin yüzdesi,

Kısa dönem bakım hizmeti için belirlenen 7 kriter ise şunlardır;

- Kabul gününden taburcu olana kadar fiziksel durumu iyileşen sakinlerin yüzdesi,
- Yeni yatak yarası oluşan ya da mevcut yatak yarası daha kötüleşen sakinlerin yüzdesi,
- Ağır ağrısının bittiğini bildiren sakinlerin yüzdesi,
- Yeni antipsikotik tedavi görmeye başlayan sakinlerin yüzdesi,
- Bakım merkezinden ayrıldıktan sonra yeniden hastaneye kaldırılan sakinlerin yüzdesi,
- Acil servise kaldırılan bakım merkezi sakinlerinin yüzdesi ve
- Kısa süreli bakım hizmeti sonrası başarılı bir şekilde evine dönen sakinlerin yüzdesi şeklinde sıralanabilir.

2.6. TÜRKİYE’DE BAKIM HİZMETLERİ

Türkiye’de bakım hizmetleri incelendiğinde kültürel, dini ve örfi yapı nedeniyle bakıma muhtaç ve düşkün bireylerin toplum içerisinde desteklendiği görülmektedir. Selçuklular zamanında yaşlıların korunması amacıyla 11. yüzyılda kurulan Darülrha (Huzurevi) bunun ilk örneklerindedir. Osmanlılar zamanında vakıflar bünyesinde yürütülen sosyal hizmetler, 19. yüzyıldan itibaren devlet ve hayır kuruluşları tarafından yürütülmeye başlanmıştır. 1868 yılında kurulan Kızılay derneği ve 1895 yılında kurulan Darülaceze bunların ilk örneklerindedir. Cumhuriyet döneminde ise ilk olarak 1930 tarihli ve 1580 sayılı kanun ile belediyelere bakıma muhtaç bireylerin korunması amacıyla aceze evleri, güçsüzler-düşkünler yurdu ve huzurevi adı altında yatılı bakım kurumları açabilme yetkisi verilmiştir. Korunmaya muhtaç yaşlıların, çocukların ve engellilerin bakımının devlet tarafından planlanması ve yürütülmesi amacıyla 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Daha sonra 1983 tarihinde kurulan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Genel Müdürlüğü çatısı altında sürdürülen bakım hizmetleri son olarak günümüzde 2011 yılında kurulan Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında yürütülmektedir (Karakuş, 2015: 28-30).

Türkiye’de engelli bakım hizmetlerinin çatısını 2005 yılında çıkarılan 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun ve 08.06.2011 tarih ve 633 Sayılı KHK ile kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı oluşturmaktadır (Sönmez ve Özgöbek, 2014: 10). Türkiye’de engelli bakımı ile ilgili yasal mevzuat incelendiğinde temel olarak 24.05.1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’na dayanan evde bakım hizmeti verilmesine ilişkin ve farklı kanuni statülere sahip bakım merkezlerinin işleyiş ve esaslarına yönelik yayınlanmış yönetmelikler olduğu görülmektedir. Bakıma muhtaç engellilere yönelik bakım hizmetlerini düzenleyen bu yönetmeliklerin yürürlüğe girmesiyle kurulan özel ve resmi bakım merkezleri ve evde engelli bakımı için ödenmeye başlanan bakım parası ile Türkiye’de bakım hizmetlerinin sunumu ivme kazanmıştır.

2.6.1. Türkiye’de Engelli ve Bakıma Muhtaç Kişi Sayıları

Nüfusu yaşlanma eğiliminde olan Türkiye’nin bakım ihtiyacının belirlenmesi, bu amaçla gerekli projelerin, yatırımların ve stratejilerin hayata geçirilmesi açısından önem

arz etmektedir. Türkiye’de artan refah düzeyi ile birlikte ortalama beklenen yaşam süresinin yükseldiği görülmektedir. Ortalama beklenen yaşam süresi 2014 itibariyle 78 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2015). Türkiye’de yaş gruplarına göre nüfus dağılımları Tablo 9’da gösterilmiştir. 2014 yılı rakamlarına göre Türkiye’deki 0-24 yaş nüfusu toplam nüfusun % 40,7’sini oluşturmaktadır. Bu bağlamda Türkiye önemli ölçüde genç nüfusa sahiptir. Diğer yandan 25-44 yaş arası nüfus dağılımına bakıldığında Türkiye nüfusunun % 31,2’si bu yaş grubundan oluşurken, % 20,1’i 45-64 yaş grubundan ve % 8’ide 65 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Veriler incelendiğinde Türkiye’de genç nüfusun azalma, yaşlı nüfusun çoğalma eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 9: 2011-2014 Yıllarında Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfus Artışı

Yıl	0-24 Yaş Grubu		25-44		45-64		65 ve üstü		Toplam Nüfus
	Kişi (00)	Yüzde	Kişi (00)	Yüzde	Kişi (00)	Yüzde	Kişi (00)	Yüzde	
2011	31.428.8	42.0559	23.205.4	31.054	14.599.4	19.537	5.490.7	7.347	74.724.3
2012	31.448.8	41.583	23.610.8	31.219	14.885.7	19.682	5.682.0	7.513	75.627.3
2013	31.541.7	41.140	23.964.4	31.257	15.270.2	19.917	5.891.7	7.684	76.668.0
2014	31.644.8	40.728	24.218.7	31.171	15.640.0	20.129	6.192.9	7.970	77.696.0

Kaynak: www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=945

Yaş dağılımının yanı sıra Türkiye’de engelli sayıları yaş grupları bazında incelendiğinde 0-24 ve 25-44 yaş gruplarında engellilik oranının % 13,3 ve % 17,3, 45-64 yaş grubu ve 65 yaş üstü nüfusta ise engellilik oranının % 30,7 ve % 38,7 olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 10). Veriler ışığında engellilik durumunun ağırlıklı oranının ileri yaş grubunda daha fazla olduğu söylenebilir.

Tablo 10: Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Engelli Birey Sayıları

Yaş Grubu	Kişi	Yüzde
0-24	650.000	13.322
25-44	842.000	17.257
45-64	1.498.000	30.703
65+	1.889.000	38.716
Toplam	4.879.000	100

Kaynak: TÜİK, 2011

Dünya’nın genelinde olduğu gibi Türkiye’de de bakım hizmetlerinde öncelenen model evde bakım modelidir. Evde bakım modeli maliyet açısından kurumda bakım hizmetlerine göre çok daha avantajlı bir modeldir. Diğer yandan evde bakım hizmeti engellinin ailesinden ve sosyal çevresinden ayrı kalmadan yaşamına devam edebilmesi imkanını vermektedir. Bu temelde evde bakım hizmetleri gerek ilgili devlet kurumları ve gerek engellinin kendisi ve ailesi tarafından daha fazla tercih edilen bakım hizmeti modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak evde bakım hizmetleri her zaman tek başına yeterli olamamaktadır. Bakıcı bulunamaması, aile fertlerinin çeşitli nedenlerden bakıcılık yapmak istememesi ya da yapabilecek durumda olmaması gibi farklı nedenlerden dolayı evde bakım hizmeti her zaman mümkün olamamaktadır. Bu durumda kurumda bakım hizmetleri evde bakım hizmetlerinin bir tamamlayıcısı ve alternatifi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tablo11 ve Tablo 12’de 2015 yılı verilerine göre Türkiye’de evde ve kurumda yatılı bakım hizmeti alan engellilerin yaş gruplarına göre sayı ve oranları verilmiştir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak faaliyet gösteren özel ve resmi bakım merkezlerinden toplam 16.837 kişi bakım hizmeti almaktadır. Bakanlık verileri incelendiğinde bakım hizmeti alan engellilerden % 91,7’si 18 yaş üstü iken, % 8,3’ü 18 yaşından küçüktür. Resmi ve özel bakım merkezlerinden yatılı bakım hizmeti alan 18 yaş üstü engellilerin yaş gruplarına göre ayrıntılı istatistikî bilgiler bulunmamaktadır.

Tablo 11: Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Kurumda Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları

Yaş Grubu	Resmi ve Özel Bakım Merkezlerinde ve Bakım Hizmeti Alan Birey Sayısı	Resmi ve Özel Bakım Merkezlerinde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Oranı (%)
0-6 Yaş Grubu	196	0,9
7-12 Yaş Grubu	461	2,2
13-18 Yaş Grubu	1116	5,2
18 Yaş Üstü*	15.064	91,7
Toplam	16.837**	100

*Özel ve Resmi Bakım Merkezlerinde kalan 18 yaş üstü engellilerin yaş gruplarına göre istatistikleri tutulmamaktadır.
**Geçici yatılı bakım verilen 271 kişi, bu kişilerin yaş gruplarına göre veri olmaması nedeniyle tabloya dahil edilmemiştir.

Kaynak: Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

Tablo 12’de 2015 yılı verilerine göre Türkiye’de evde bakım hizmeti alan engellilerin yaş gruplarına göre sayıları ve oranları verilmiştir. Türkiye’de bakım hizmeti alan engellilerin çok büyük bir kısmı evde bakım hizmetinden yararlanmaktadır. Buna göre evde bakım hizmetinden faydalanan yaklaşık 450 bin engellinin % 23,6’sı 18 yaştan küçük engellilerden, % 25,4’ü 18-39 yaş aralığındaki engellilerden, % 16,7’si 40-59 yaş aralığındaki engellilerden oluşurken, % 34,2’si ise 60 ve üstü yaştaki engellilerden oluşmaktadır.

Tablo 12: Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları

Yaş Grubu	Evde Bakım Hizmeti Alan Bireyler	Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Oranı (%)
0- 5 Yaş Grubu	18.371	4,1
6-13 Yaş Grubu	56.251	12,5
14-17 Yaş Grubu	31.650	7,1
18-39 Yaş Grubu	114.335	25,4
40-59 Yaş Grubu	75.160	16,7
60+	153.904	34,2
Toplam	449.671	100

Kaynak: Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

2.6.2. Türkiye’de Uygulanan Engelli Bakım Modelleri

Türkiye’de engelli bakım hizmetleri incelendiğinde, kişilerin gereksinimleri ve engel durumları göz önüne alınarak farklı bakım modelleri uygulandığı görülmektedir. Engelli bakım hizmetleri genel olarak evde, kurumda yatılı ya da kurumda kısmi zamanlı verilebilmektedir. Türkiye’de farklı bakım modelleri uygulanmakla beraber

engelli bireylere kendi evlerinde bakım hizmeti sunulması temel bakım politikası olarak benimsenmektedir. 5378 sayılı engelliler hakkında kanununun 6. Maddesi;

“Engellilerin öncelikle buldukları ortamda bağımsız yaşayabilmeleri için durumlarına uygun olarak gerekli psiko-sosyal destek ve bakım hizmetleri sunulur. Destek ve bakım hizmetlerinin sunumunda kişinin biyolojik, fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi ihtiyaçları ailesi de gözetilerek dikkate alınır.”

İbaresiyle bakım hizmeti sunumunun bireylerin buldukları ortamda sağlanmasının öncelenmesini öngörmüştür. Bireylerin kendi yaşam alanlarında, kendi aile ve sosyal çevrelerinden uzaklaşmadan bakım hizmeti alabilmeleri muhakkak ki onların yaşama tutunmaları açısından çok önemli bir noktadır. Bunun yanında evde bakım modelinde bakım hizmetleri maliyetlerinin kurumda bakımdan çok daha düşük olmasının, bakım hizmeti politikaları belirlenmesinde önemli bir hareket noktası olduğu da değerlendirilebilir.

Engelli bakım hizmetlerinin oluşturulması, uygulanması ve geliştirilmesi çabaları temel olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı İşleri Genel Müdürlüğü, Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı vasıtasıyla yürütülmektedir. Türkiye’de engelli bakım hizmetleri kurumda ve evde engelli bakımı olarak iki model altında yürütülmektedir. Türkiye’de engelli bakım hizmetleri modeli Şekil 10’ da gösterilmiştir.



Şekil 10: Türkiye’de Engelli Bakım Hizmeti Modelleri

Yasal mevzuat incelendiğinde engelli bakım hizmetlerinin farklı kurum yapıları için farklı yönetmelikler vasıtasıyla yürütüldüğü görülmektedir. Türkiye’de engelli bakım hizmetleri yürütülmesi 27.05.1983 tarih ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’na dayanılarak çıkartılan yönetmelikler çerçevesinde yürütülmektedir. Bunlar;

- 30.07.2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik,
- 04.11.2016 Tarihli Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 30.07.2006 tarihli Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluş Bakım Merkezleri Yönetmeliği,
- 03.09.2010 tarihli Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik.

2.6.2.1. Türkiye’de Evde Engelli Bakım Hizmeti

Türkiye’de evde bakım hizmeti, bakıma muhtaç engellinin akrabasına ya da bakıcısına ödenen evde bakım ücreti vasıtasıyla yürütülmektedir. 2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmeliğin 12. Madde 1. Fıkra ç bendine göre bakım hizmeti, bakıma muhtaç engellinin ya da vasisinin talebiyle engellinin ikametgâhında, engellinin akrabası ya da bakıcı personel tarafından verilebilir.

Engellinin akrabaları dışında resmi, özel ve bunların dışında kalan kamu kuruluşlarının kurduğu yatılı ve gündüzlü engelli bakım kurumları bünyelerinde oluşturdukları evde bakım hizmet birimi ile evde bakım hizmeti sunabilmektedirler. Bu kurumların evde bakım birimlerinin işleyişine yönelik esaslar 04.11.2016 Tarihli Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinin 23. Maddesinde, 30.07.2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluş Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nin 37. Madde, 1. Fıkra, e bendinde ve 03.09.2010 tarihli Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmeliğin 37, 38, 39 ve 40. maddelerinde belirlenmiştir. Evde mobil bakım kurumları tarafından bakım hizmeti verilmesi yasal mevzuatta öngörülmüş olmasına karşın uygulamada hayata geçirilememiştir.

2.6.2.2. Türkiye’de Kurumda Engelli Bakım Hizmeti

Türkiye’de kurumda engelli bakım hizmetlerini veren kurumlar 2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmeliğin 12. Madde 1. Fıkra a, b ve c bentlerinde belirtilmiştir. Buna göre kurumda engelli bakım hizmetleri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı’na bağlı olarak faaliyet gösteren resmi bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve özel bakım merkezleriyle, bunların dışında diğer resmi kurum ve kuruluşlara bağlı faaliyet gösteren bakım merkezleri vasıtasıyla yürütülmektedir.

Mevzuat incelendiğinde Türkiye’de temel olarak 3 kurumsal engelli bakım hizmet türü olduğu görülmektedir. Bunlar yatılı bakım hizmeti, dönemler halinde yatılı bakım hizmeti ve gündüzlü bakım hizmetidir. 30.07.2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluş Bakım Merkezleri Yönetmeliği ve 04.11.2016 Tarihli Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği ile bu yönetmelikler çerçevesinde faaliyet gösteren kurumlarda verilecek yatılı ve/veya gündüzlü bakım hizmetlerine yönelik esaslar belirlenirken, 03.09.2010 tarihli Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik ile yatılı ve gündüzlü bakım hizmetine ek olarak bir üçüncü bakım hizmeti türü olarak “sürelî bakım hizmeti” öngörülmüştür. Sürelî bakım hizmeti ile ailesi yanında bakım hizmeti alan engellilerinde yatılı bakım hizmetinden faydalanmasına imkan sağlanmaktadır. 2010/12 Sayılı Geçici ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti konulu Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Genelgesi’ne göre ailesi yanında bakım hizmeti alan engelliler bir yıl içerisinde 30 gün tek seferde ya da bölüm bölüm resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yatılı bakım hizmeti alabilirler.

2.6.3. Türkiye’de Bakım Modellerine Göre Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları ve Bakım Kurumları Kapasiteleri

Tablo13’ te Türkiye’de bakım hizmeti alan engelli sayıları ve oranları, hizmet modeline göre gösterilmiştir. Buna göre bakım hizmeti alan toplam 466.779 engelli bireyden ağırlıklı bölümü (% 96,3) evde, yaşadıkları yerde bakım hizmetinden yararlanmaktadır. Kurumda bakım hizmetinden yararlananların oranı ise % 3,65 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 13: Türkiye’de Bakım Hizmeti Alan Engelli Sayıları

Hizmet Modeli	Bakım Hizmeti Alan Engelli Birey Sayısı (Kişi)	Bakım Hizmeti Alan Engelli Birey Yüzdesi
Evde Bakım Ücreti Alanlar	449.671	96,33
Yatılı Bakım Kurumlarında Yatılı Bakım Hizmeti Alanlar	16.409	3,52
Yatılı Bakım Kurumlarında Süreli Bakım Hizmeti Alanlar	271	0,06
Gündüzlü Bakım Hizmeti Alanlar	428	0,09
Toplam	466.779	100

Kaynak: Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

Türkiye’de engelli bakım hizmeti sunan kurumların türlerine göre kapasiteleri incelendiğinde (Bkz. Tablo 14); işe gitme ve benzeri nedenlerle engelli yakınına gündüz bakma şansı olmayan kişilerin tercih edebileceği ve aynı zamanda engelli bireyin evinden ve sevdiklerinden tamamen uzaklaşması karşısında bir ara çözüm olarak nitelenebilecek gündüzlü bakım kapasitesinin 285 olduğu görülmektedir. Evde bakılan engellinin bakıcısı olmaması, varsa bakıcısının hastalanması gibi acil kriz durumları ile bakıcının tatil yaparak dinlenmek istemesi vb. nedenlerle geçici ve kısa süreli olarak evde bakım hizmetinin sunulmadığı durumlarda bir çıkış yolu olarak nitelenebilecek süreli yatılı bakım hizmeti ile engellinin bakım ihtiyacı bu süre zarfında giderilmiş olur. Türkiye’de süreli yatılı bakım için kapasite sadece 145 iken sürekli kurumda yatılı bakım kapasitesi 20.343 kişidir.

Tablo 14: Türkiye’de Kurumda Bakım Hizmeti Sunan Kurumların Türlerine Göre Kapasiteleri

Kurum Türü	Kapasitesi (Kişi)	Yüzde
Gündüzlü Bakım Hizmeti	285	1,37
Süreli Yatılı Bakım Hizmeti	145	0,70
Yatılı Bakım Hizmeti	20.343	97,93
Toplam	20.773	100

Kaynak: Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

Tablo 13 ve 14'teki veriler karşılaştırıldığında Türkiye'de yatılı bakım kurumlarında % 19,3 boş kapasite olduğu görülmektedir. Gündüzlü ve süreli yatılı bakım hizmeti için mevcut kapasiteden daha fazla talep olduğu görülmektedir. Bu noktada süreli yatılı ve gündüzlü bakım hizmeti kapasitesindeki yetersizliğin, yatılı bakım kapasitesindeki % 19,3 oranındaki boş kapasite ile ikame edildiği görülmektedir.

Tablo 15'te Türkiye'de kurumda bakım hizmeti sunan kurumların hizmet türlerine göre sayıları verilmiştir. Sadece bir hizmet türüne göre hizmet sunumu yapan kurumlar olduğu gibi, aynı anda iki tür hizmet veren kurumlarında olduğu görülmektedir. % 88,6 oranı ile sadece yatılı bakım hizmeti veren kurumlar, kurumda bakım hizmeti veren kurumların ağırlıklı oranını oluşturmaktadır. Yatılı ve gündüzlü bakım hizmetini bir arada veren kurumların oranı % 9,4 ve sadece gündüzlü bakım hizmeti veren kurumlarının oranı ise % 2,0'tür. Yatılı ya da yatılı-gündüzlü bakım hizmetlerini sunan 39 resmi bakım merkezi süreli yatılı bakım hizmeti için toplam 145 kontenjan ayırmıştır.

Tablo 15: Türkiye'de Kurumda Bakım Hizmeti Sunan Kurumların Türlerine Sayıları

Kurum Türü	Kurum Sayısı	Yüzde
Sadece Yatılı Bakım Hizmeti Veren Kurumlar	218	88,62
Yatılı Bakım ve Gündüzlü Bakım Hizmeti Veren Kurumlar	23	9,35
Sadece Gündüzlü Bakım Hizmeti Veren Kurumlar	5	2,03
Süreli Yatılı Bakım Hizmeti Veren Kurumlar*	39	-
Toplam	246	100

* Geçici yatılı bakım hizmeti yatılı ve yatılı-gündüzlü bakım merkezlerinde kontenjan ayrılarak gerçekleştirilmesinden dolayı toplama dahil edilmemiştir. Yatılı ve yatılı-gündüzlü bakım hizmeti veren 39 resmi bakım merkezi geçici yatılı bakım için toplam 145 kontenjan ayırmıştır.

Kaynak:Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

Türkiye'de kurumda engelli bakımı, bakım kurumlarının yasal statülerine göre incelendiğinde (Bkz. Tablo 16); sayısal olarak daha az olmalarına karşın % 61,5 oranı ile mevcut bakım kapasitenin ağırlıklı kısmının özel bakım merkezlerine ait olduğu görülmektedir. Mevcut kapasitenin % 38,5'ini ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı faaliyet gösteren bakım merkezleri sağlamaktadır. Bu bağlamda

kurumda bakım hizmeti ağırlıklı olarak özel şirketlere ait bakım merkezleri tarafından verilmektedir.

Tablo 16: Türkiye’de Yatılı Bakım Hizmeti Sunan Bakım Merkezlerinin Statülerine Göre Sayıları ve Kapasiteleri

Kurum Statüsü	Kurum Sayısı	Yüzde	Kapasite (Kişi)	Yüzde
Özel Şirket	148	43,4	13.403	61,5
Kamu Kurumu	93	56,6	7.370	38,5
Toplam	241	100	20.773	100

Kaynak:Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

2.6.4.Türkiye’de Engelli Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de engelli bakım hizmetlerinin finansmanı sosyal yardımlar kapsamında yapılmaktadır. Engelli bireylerin özel bakım merkezlerinden bakım hizmeti alabilmeleri ya da evde bakılan engellilerin evde bakım ücreti alabilmeleri için engelli ve aynı hanede beraber yaşadığı kişilerin ortalama kişi başı gelirleri bir aylık net asgari ücretin 2/3’ünden daha düşük olmalıdır. 19.02.2014 tarih ve 28918 Sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 21. Madde gereğince özel bakım mekezlerinde kalan engelliler için ödenen aylık bakım ücreti 20.000 gösterge rakamının memur aylık katsayısının çarpımı sonucu 2016 yılı 2. yarısı için 1865.18TL, evde bakım alan engelliler için ödenen aylık bakım ücreti ise 10.000 gösterge sayısının memur aylık katsayısıyla çarpımı sonucu 2016 yılı 2. yarısı için 932,59 TL’dir.

30.07.2006 Tarihli Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 4. Madde, 1. Fıkra, c Bendi gereğince engellilerin özel bakım merkezlerinden bakım hizmeti alabilmeleri ya da evde bakım ücretinden faydalanabilmeleri için 16.12.2010 tarih ve 27787 sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Paporları Hakkında Yönetmelik kapsamında % 50 üzeri ağır engelli raporu almaları gerekmektedir. Resmi Bakım Merkezlerinde engellilere hizmet sunumu ise 03.09.2010 tarihli ve 27691 sayılı Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik kapsamında herhangi bir gelir kıstası olmaksızın verilmektedir.

Tablo 17’de 2015 yılında resmi ve özel bakım merkezleri ile evde bakım ücretinden yararlanan engelli sayıları ve bunlara yapılan toplam ödemeler verilmiştir. Bakım hizmeti verilen engelli sayısı ve yıllık yapılan toplam bakım gideri göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede, bakım giderinin en yüksek olduğu bakım kurumlarının aylık 4.247 TL ile resmi bakım merkezlerinde olduğu görülmektedir. Özel bakım merkezlerinde kişi başı aylık bakım hizmeti maliyeti 1.709 TL iken, sosyal yardım kapsamında verilen evde bakım parası 733 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu veriler ışığında engellinin evde ve yaşadığı yerde bakım hizmeti alması, finansmanı en düşük maliyetli bakım modeli olarak değerlendirilebilir.

Tablo 17: 2015 Yılında Türkiye’de Resmi ve Özel Bakım Merkezleri ile Evde Bakım Ücretinden Yararlanan Engelli Birey Sayıları ve Bakım Ücretleri

	Bakım Hizmeti Verilen Engelli Sayısı (Kişi)	Gerçekleşen Toplam Yıllık Bakım Maliyeti (TL)	Kişi Başı Aylık Bakım Maliyeti (TL)
Özel Bakım Merkezleri	10.823	222.000.000	1.709
Resmi Bakım Merkezleri	6.926	353.000.000	4.247
Evde Bakım Parası	508.481	4.470.000.000	733

Kaynak:EYHGM, 2016, S:11-14

2.6.5. Türkiye ’de Engelli Bakım Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları

Türkiye’de bakım merkezlerinin denetlenmesi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı denetçileri tarafından 14 Eylül 2012 Tarihli ve 28411 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı Yönetmeliği çerçevesinde yapılmaktadır. Denetlemelerde kalite odaklı bir bakış açısı mevcut olmayıp, daha çok bakım merkezlerinin ilgili mevzuatla belirlenen esaslara uygun çalışıp çalışmadıkları incelenmektedir.

Kurumsal bakım hizmetinde kalite düzeyinin yükseltilmesi amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı tüm il teşkilatları ve il müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet gösteren resmi bakım merkezlerinin TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi’ne göre sertifikasyonları bir proje kapsamında hayata geçirilmiştir. Buna göre İstanbul haricindeki tüm resmi bakım merkezlerinin sertifikasyonları sağlanmıştır. Buna

paralel olarak 2016 tarihli Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği 39. Madde 2. Fıkra ile özel bakım merkezlerinin kalite yönetim sistemi kurmaları ve sertifikalandırılmaları planlanmıştır. Aynı yönetmeliğin teşvik ile ilgili 66. Maddesi uyarınca, TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi'ne göre kalite yönetim sistemi oluşturan ve belgelendirmesini sağlayan merkezlere bakım hizmeti sunulan her bir engelli için 5251 gösterge rakamı ile memur aylık katsayısının çarpımı sonucu bulunacak tutarda teşvik verileceği öngörülmüştür. Bu rakam mevcut bakım ücretlerinin yaklaşık olarak % 25 oranında yükselmesi anlamına gelmektedir. Resmi bakım merkezleri için uygulanan sertifikasyon projesi ile 2006 ve 2013 yıllarında yayınlanan eski özel bakım merkezleri yönetmeliklerden farklı olarak yeni yönetmelikle hayata geçirilen teşvik uygulamasının kurumsal ve sektörel bazda bakım hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, sürdürülebilirliği ve geliştirilmesi hususlarında önemli kazanımlar getireceği söylenebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YATILI BAKIM HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİ

Bakım hizmetlerinde kalitenin ortak ve bağlayıcı bir tanımı yapılabilmemiş değildir (Herold, 2001: 187). Bakım hizmetlerinin geriatri, sosyal hizmetler, psikoloji, hemşirelik gibi bir çok farklı disiplinin çalışma alanında olması ve diğer yandan sosyal ve ekonomik politikaların etki alanında bulunması, bakım hizmetlerinde kalite ne olmalı sorusuna farklı bakış açılarıyla yaklaşılmasına sebep olmaktadır. Bakım hizmetlerinde tarafları oluşturan bakım personellerinin, bakım hizmeti sunan kuruluşların, toplumun, bakım finansmanını sağlayan kuruluşların, bakım ihtiyacı olan bireyin ve yakınlarının bakım kalitesine yükledikleri anlam ve beklentilerde farklılaşabilmektedir. Buna göre bakıma ihtiyacı olan bireyin bakım kalitesinden beklentisi iyi sağlık hizmetleri, güvenlik, özel hayatın gizliliği, karar verebilmede özgürlük, sosyal yaşamın devamının sağlanması vb. gibi konular olabilirken, bakım hizmeti veren kuruluşlar kaynaklarını en iyi şekilde kullandıkları kalite düzeyini ve bakım hizmetlerini finanse eden kurumlar ise bakım hizmetlerinin ekonomik olarak sürdürülebilir bir seviyede verilmesini hedefleyebilmektedir (Grond, 2006: 38).

Bakım kalitesinin ilk tanımlarından birisini yapan Lee ve Jones (1933) bakım kalitesini “*Meslek gruplarının kabul edilmiş amaçlarıyla bakım hizmetlerinde ulaşılan başarının birbirlerine uygunluk derecesi*” olarak tanımlamışlardır. Lay (2012) yaptığı tanımda insani ilişkilere vurgu yaparak bakım kalitesini “*hastaların sağlıklı ve bağımsız yaşam sürmelerini teşvik edilmesini-korunmasını içeren ve sorumlu insani ilişkileriyle kaynakların makul kullanımı için çabalayan bakım hedeflerinin gerçekleştirilebilme düzeyi*” olarak tanımlamıştır. Williamson (1982) ise amaca uygunluk ve ekonomiklik bakış açısıyla yaptığı tanımlamada bakım kalitesini, “*optimal bakım koşulları ve makul maliyetle fiili olarak ulaşılabilecek başarının kapsamı*” olarak tanımlamıştır. Kammer (1998) müşteri odaklı yaptığı tanımda bakım kalitesini “*kabul edilmiş sektörel standartlar altında müşteri beklentileriyle ortaya çıkan bakım hizmeti performansının birbirine uygunluk düzeyi*” olarak tanımlamıştır. Donabedian (1966) bakım kalitesini “*önceden formüle edilen standart ve kriterlerle gerçekte ortaya çıkan bakım hizmeti performansının birbirine uygunluk düzeyi*” olarak tanımlamıştır. Fiechter ve Meier (1981) bakım hizmetlerinde kaliteyi dört basamak ile sınıflandırmışlardır. “Tehlikeli

Bakım” olarak tanımlanan Basamak 0’ da gerekli uygulamalar ve önlemler yanlış ya da eksik uygulanmakta ve bu nedenle bakım hizmeti alan birey tehlikeye düşmekte ya da zarar görmektedir. “Rutin Bakım” olarak adlandırılan Basamak 1’de bakıma muhtaç birey gerekli temel bakım hizmetlerini almakta ve tehlike altında bulunmamaktadır. “Makul Bakım” olarak adlandırılan Basamak 2’de bakım hizmeti, bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarına uygun ve onu bağımsız hareket etmede destekleyici bir biçimde verilirken, “Optimal Bakım” olarak tanımlanan Basamak 3’te bakıma muhtaç kişi arzu ve ihtiyaçlarının karşılanması ve bağımsız hareket edebilme yetisini tekrar kazanabilmesi için kişisel yardım ve destek alır. Bireyin kendisi ve çevresi bakım sürecine dahil edilmektedir. Donabedian bakım kalitesini bakım hizmetlerinde genel kabul görmüş ve yaygın olarak kullanılan üç temel boyutta ele almıştır (Olandt, 1998: 32). Bunlar yapı (potansiyel), süreç ve sonuç kalitesidir (Donabedian, 1966: 169-170; Donabedian: 1988: 1745). Yapı kalitesi ile hizmet sunumunda kullanılan personel, ekipman, çalışma şartları, örgütsel yeterlilikler vb. gibi işletme kaynakları (Böcker, 2007: 8; Zapp ve Haubrock, 2008: 13-15), süreç kalitesi ile hizmet sunumunu sağlayan tüm faaliyetler ve sonuç kalitesi ile müşteri talep ve ihtiyaçlarının ne ölçüde tatmin edilebildiği ifade edilmektedir. Donabedian bu modelle hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi ve algılanan hizmet kalitesi düzeyinde süreç kalitesinin diğer boyutlara oranla daha ağırlıklı bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır (Bruhn ve Stauss 2002: 189).



Şekil 11: Donabedian’a Göre Bakım Hizmetlerinde Kalite Boyutları

Kaynak: Donabedian, 1988: 1745

Hizmetlerin kalite düzeylerinin sürekli bir şekilde iyileştirilebilmesi ancak hizmet kalitesi düzeyinin ve bunu etkileyen faktörlerin ölçülerek ortaya konulabilmesi ile mümkün olacaktır. Bu noktadan hareketle geliştirilmiş farklı hizmet kalitesi

modelleri literatürde kendilerine yer bulmuşlardır. Farklı hizmet sektörlerinde hizmet kalitesi ile ilgili yapılmış bir çok çalışma bulunmaktadır. Kurumda bakım hizmetleri ile ilgili literatür incelendiğinde bakım kalitesi ve bakım hizmetlerinde kalite göstergeleri ile ilgili olarak yapılmış araştırmaların bulunduğu görülmektedir.

Gustafson ve arkadaşları (1990), uzun ve kısa süreli bakım hizmetlerinde kalite ölçümüyle ilgili kavramsal çerçeve oluşturmak ve bir ölçek geliştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, bakım hizmetleri alanında çalışan araştırmacılar ve ilgili meslek gruplarından uzmanlarla panel çalışmaları yaparak yedi temel boyut ortaya koymuşlardır. Bu yedi boyut tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetleri kapsamakta ve sakinlerin genel yaşam kalitesini ve teknik hizmetleri içermektedir. Araştırmanın devamında yapılan ampirik çalışmayla ölçeğin uygun güvenilirlik ve geçerlilik katsayısına sahip olduğu ve bakım merkezleri hizmet kalitesi için kabul edilebilir bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur. Çalışmada ortaya konulan boyutlar ve alt boyutlar şunlardır;

- Doğrudan Bakım: Saç-sakal bakımı, ruhsal durum, farkındalık/oryantasyon, fiziksel durum.
- Bakım Süreci: Bakım planı, sağlık kayıtları, planlama ve değerlendirme, kabul ve transfer, bakım sürecine katılım, çalışanların tutumu, çalışanların iletişimi.
- Boş Zaman Aktiviteleri: Sakinlerin birbirleriyle iletişimi, çeşitli ve uygun aktiviteler, sakin-aktivite eşleşmesi, gönüllülük programları.
- Çalışanlar: Çalışan sayısı, yasal yetki, çalışan etki-verimliliği
- Fiziksel Özellikler: Atmosfer, yerleşim planı, koruma, temizlik, bakım-onarım
- Diyet: Öğün çeşitliliği ve sunumu, beslenme, yemekhane.
- Birey-Toplum Bağı: Aile bağlarının sürdürülmesi, yaşam stiline devamı.

Glass (1991), kurumda bakım hizmetleri alanında kalite ile ilgili ana bileşenleri belirleyen ve bunları özellikle ölçülebilir göstergelerle ilişkilendiren kavramsal bir modelin olmadığını öne sürerek kapsamlı bir literatür taraması yapmıştır. Çalışma sonucunda çalışan müdahalesi, fiziksel ortam, beslenme-yiyecek hizmeti ve sosyal

ilişkiler olmak üzere dört temel boyut ortaya konulmuştur. Her bir boyut ayrıca iki alt boyuttan oluşmaktadır ve araştırmacı etkili ve kapsamlı bir şekilde kalite ölçümünün yapılması için bu alt boyutların ölçülebilir göstergeler ile kombine edilebileceğini öne sürmüştür.

• ***Çalışan Müdahalesi:*** Bu boyut personelin sakinlere muamelesini ve personel-sakin etkileşimini ifade etmektedir. Bakım hizmeti verilirken nazikçe, samimi ve bazen espriyile konuşmak sakinlerin algısını olumlu olarak etkileyebilmektedir. Bu boyutun alt boyutları “bakım kalitesi” (quality of care) ve “bakıcılık kalitesi”dir (quality of caring). Bakım kalitesi ile özellikle yaşlanmaya bağlı bir çok hastalığın tedavisi için yapılan tıbbi uygulamaların çalışanlar tarafından doğru ve zamanında uygulanması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. Örneğin, zamanında değiştirilmeyen idrar torbaları idrar yolu enfeksiyonuna sebep olabilmektedir. Bakıcılık kalitesi boyutunda ise, çalışan-sakin etkileşimine vurgu yapılmaktadır. Çoğunlukla sakinlerinin ölümden önceki son ikameti olan bakım merkezlerinde gösterilecek şefkat, saygı, nezaket ve ilgi bakımın fiziksel yönünden daha fazla önem arz etmektedir.

• ***Fiziksel Ortam:*** Fiziksel ortam boyutu “genel” ve “kişisel” olarak iki alt boyutta ele alınmıştır. “Genel seviye” boyutunda bakım merkezinin temizliği, güvenli olması, kötü kokmaması, aydınlık ve ferah olması ve gürültülü olmaması gibi özellikler ele alınırken, “kişisel seviye” boyutunda ise, bakım merkezi sakinlerinin bağımsız hareket edebilmesinin kolaylaştırılması, kişisel eşyaları için kendilerine ait kilitli dolaplarının olması, perde, paravan gibi önlemlerle kişisel mahremiyetin korunması gibi konular ele alınmaktadır. Örneğin, genel fiziksel seviyede değerlendirilebilecek bir oda penceresi gün ışığını iyi sağlayabilir ancak odada yatak pozisyonları yanlış belirlendiyse dışarıyı görebilen bir sakin memnun olurken göremeyen sakin bundan memnuniyetsizlik duyabilecektir.

• ***Beslenme-Yiyecek Hizmeti:*** Beslenme ve yiyecek hizmetleri boyutunun alt boyutları “beslenme yeterliliği” ve “besinlerin cezbediciliği” boyutlarıdır. Bakım merkezi sakinlerinin beslenme ihtiyaçları bakım hizmetlerinde temel önem taşımaktadır. Sakinlerin bağışıklık sistemlerinin güçlenmesi, ciltlerinin

korunması, hastalıktan kurtulması, sindirim sistemlerinin düzende kalması için yeterli ve doğru beslenmeleri gerekmektedir. Örneğin, diyabet hastaları için şekersiz, tansiyon hastaları için tuzsuz, yutkunma zorluğu olanlar için lapa yiyeceklerin sunulması gerekmektedir. Temel beslenmenin yanında diğer önemli bir boyutta sunumla alakalıdır. Sakinlerin yeterli ve doğru beslenmelerinin teşvik edilebilmesi için sunulan yemeklerin uygun sıcaklıkta ve iştah açıcı olması gerekir. Diğer yandan sakinlerin ağız ve diş sağlığının korunmasında önemli başka bir husustur.

- Sosyal İlişkiler: Bu boyutun alt boyuları “içeriden dışarıya” ve “dışarıdan içeriye” boyutlarıdır. “İçeriden dışarıya” boyutuyla sakinlerin sosyal faaliyetler için kurum dışına çıkmaları kastedilmektedir. Sakinlerin bakım merkezi dışına çıkarak aileleri ve yakınlarıyla görüşmesi, sosyal aktivitelere katılması, dini mekanları ve ibadethaneleri ziyaret etmesi gibi faaliyetlerde bulunması, onların özgüvenlerini kaybetmelerini ve kendilerini toplumdaki izole etmesini engellemekte ve kendilerini toplumun bir parçası olarak görmelerini sağlamaktadır. “Dışarıdan içeriye” boyutu ile yukarıda bahsi geçen çabaların iki yönlü olarak gerçekleştirilebileceğine vurgu yapılmaktadır. Aile bağlarını geliştirmek amacıyla bakım merkezi tarafından atılacak adımlar, sakinlerin ailelerini ve yakınlarını onları daha sık ziyaret etme noktasında teşvik edebilmektedir. Çalışanlar ve sakinlerin arasında güçlü bir iletişimin sağlanmasında akraba ve yakınların bakım sürecine katılımları için oldukça önemlidir. Bunların yanında sivil toplum kurumları, okullar vb. kurumlar ile yapılacak ortak çalışmalarda bu boyut altında değerlendirilmektedir. Bu tür organizasyonlar bakım merkezlerinin saydamlığını ve hesap verilebilirliğini güçlendirmektedir. Sanatçı, sporcu ve diğer tanınmış şahsiyetler gibi toplumun önde gelen kişilerinin bakım merkezi sakinlerine ve bakım merkezlerine ilgi göstermesi, toplumun diğer fertlerinin bakım merkezleri, bakım merkezi çalışanları, sakinleri ve onların aileleri hakkında daha pozitif ve hürmetli hissetmesini sağlayabilecektir.

Rantz ve arkadaşları (1998 ve 1999), hizmet alanların ve sunanların bakış açısına göre bakım merkezlerinde hizmet kalitesinin boyutlarını ortaya koymak ve

bakım kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi için çok boyutlu ve teorik bir model geliştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, bakım hizmeti alan kurum sakinleri ve yakınlarıyla 11, çalışanlarla üç odak grup görüşmesi gerçekleştirmişlerdir. Hizmet sunanların gözünden “kişiselleştirilmiş bakım”, “güvenlik”, “sosyal çevre”, “etkileşim”, “çalışanlar” ve “fiziksel şartlar” boyutları belirlenirken, hizmet alanların bakış açısına göre 6 boyut belirlenmiştir. Bu boyutlar şunlardır;

- Çalışanlar: Yeterli sayıda çalışan olması, düşük işgücü devir oranı, aynı sakin için verilen bakımda tutarlılık, bakıcıların asistan bakıcıları denetlemesi, çalışanların uygun bakım hizmeti verebilmesi için her sakin hakkında ayrı ayrı eğitilmesi.
- Bakım: Sakinlerin temizliği, giyimleri ve saç-sakal bakımının yapılması, sakinlere tuvalet ihtiyacının giderilmesinde yardım, sakinlere sağlıklı beslenmede ve yemek yemede yardım, kilo kaybının önlenmesi, sakinlere onların hareket kabiliyetlerinin korunmasında ve iyileştirilmesinde destek, transfer için güvenli metotların kullanılması, ihtiyacı olan sakinlere takma diş, gözlük ve duyma cihazının sağlanması, sakinlerin kişisel itibarlarına saygı, sakinlerin aktivitelere katılımı ve farklı aktivite imkanlarının sağlanması.
- Ailenin katılımı: Aile üyeleri ve diğer ziyaretçilerin ziyaret sıklığı, ailenin bakıma ve bakım kararlarına katılımı, bakım hizmetlerini sunmada aileyi danışma kurulu olarak değerlendirme, ailenin bakım planına katılımı.
- İletişim: Sakinlerin ihtiyaçları hakkında, hoşlandıkları ve hoşlanmadıkları konularda sistematik bir iletişimin varlığı sayesinde bu ihtiyaçların çalışanlar tarafından takibinin ve karşılanmasının sağlanması, aile ve çalışanların sakinlerin ihtiyaç ve bakımı hakkında düzenli olarak iletişim kurması, çalışanların sakinlere karşı güven verici sözlü ve sözsüz iletişimde bulunması, çalışanların sakinlere gülümsemesi, onlara dokunması ve zaman zaman sarılması.

- Ev: Sakinlerin ve ailelerinin kendilerini evde hissetmeleri, her bir sakın için yeterli kişisel alanlarının olması, sakinlerin uygun oda arkadaşı ya da kişisel oda sahibi olması.

- Çevre: Kötü kokuların engellenmesi, yaşam alanının temiz olması, gürültünün önlenmesi, ferah oda ve ortak alanların bulunması, tek ya da iki kişilik oda seçeneklerinin bulunması, geniş koridorların olması, estetik, sağlam mobilya ve ekipmanın bulunması, zeminin bakımlı, ulaşımına uygun, kaymaz, parlamaz ve temiz olması, güvenli dolaşım alanının sağlanması, iyi ışıklandırmanın olması ve gün ışığı için iyi pencerelerin olması, sakinlerin kendilerini rahat hissedeceği hoş atmosferin olması, evcil hayvanları besleyebilme ya da hayvan ziyareti yapabilme imkanının olması.

Chao ve Roth (2005) çalışmalarında, Tayvan'da uzun dönemli bakım merkezlerinde bakım kalitesinin boyutlarını ele almışlardır. Çalışma bakım kalitesinin yapı, süreç ve çıktılara odaklanmakla birlikte bakımda kalite algısı ve hayat memnuniyetini de kapsamaktadır. Araştırma kolayda örnekleme tekniği ile dört farklı bakım merkezinde kalan 22 kişi ile yapılmıştır. Veri toplamada, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. 2001 ve 2002 yılları arasında yapılmış olan araştırmada toplanan veriler içerik analizi metoduyla değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda bakımda kalitenin 6 anahtar boyutu olduğu ortaya konulmuştur. Bunlar;

- Bakım tutumu: Bu boyut, bakım hizmeti alıcısı ile bakım hizmeti sunanlar arasındaki etkileşimlerde, bakıcıların tutumlarını tanımlamaktadır. Bu boyut araştırmaya katılan sakinler tarafından en önemli boyut olarak addedilmiştir.

- Bireysel farklılıklara saygı: Bireyler geçmişlerinden gelen bir takım adetlere ve alışkanlıklara sahiptirler. Hizmet alıcılarının bu alanlardaki bireysel farklılıklarına saygı duyulması ve ihtiyaçlarına cevap verilmesi araştırmaya katılanlar tarafından oldukça önemli bulunmaktadır (Tayvanlı olmayan bir hizmet alıcının farklı yemeklerde olsa her gün balık yemeyi istememesi gibi).

- Duygusal destek: Hizmet alıcıları hayatlarının bu zorlu dönemlerinde duygusal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Sakinler genel olarak ilişki geliştirdikleri

bakıcılarından, diğer kurum çalışanlarından ve ailelerinden duygusal destek sağlamaktadırlar. Dini inançları ve vecibelerini yerine getirmek de duygusal destek için bir diğer önemli unsur olarak görülmektedir.

- Sosyal etkileşim: Etkili bir sosyal etkileşim, toplumdaki izole olmanın karşısındaki en büyük engeldir. Etkili iletişim hizmet alıcılarını gerek fiziksel gerekse psikolojik dejenerasyondan korumaktadır.
- Destekleyici bir çevre: Temiz ve güvenli bir çevrede yaşamak hizmet alıcıların önem verdiği bir diğer bileşen olarak ön plana çıkmaktadır. Burada temel nokta “ev atmosferi” oluşturabilmektir. Çevrenin temizliği, yeterli sağlık hizmetleri, fiziksel ve psikolojik şiddetten emin olma destekleyici çevrenin unsurları arasında görülebilmektedir.
- Erişilebilir bakım: Hizmet alıcıların ihtiyaç duyduklarında hizmete ulaşabilmelerini tanımlar. Bu hizmetler fiziksel konfor, gece ve gündüz rahatsız edici herhangi bir durumun önlenmesi gibi durumları içermektedir. Erişilebilir bakım kişisel hijyen, hareket desteği, pozisyon değişimi, yemek yedirilmesi gibi daha bir çok aktiviteyi kapsamaktadır.

Duffy ve arkadaşları (1997), ABD ve İngiltere’de faaliyet gösteren bakım merkezlerinde kalan 306 katılımcıyla yaptıkları çalışmada, kurum sakinlerinin beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığının ortaya konulması amacıyla fiziksel özellikler, güvenilirlik, karşılık verme, güvence ve empati boyutlarından oluşan Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli ve 7’li Likert tipi ölçek kullanmışlardır. Çalışmaya ABD’den 206 ve İngiltere’den 100 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda her iki ülkede bakım hizmeti alan sakinlerin beklentilerinin karşılanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada beklentilerin karşılandığı tek boyut İngiltere bakım merkezleri için “fiziksel özellikler” boyutu olmuştur. Servqual puanları ABD’deki bakım merkezlerinde İngiltere’deki bakım merkezlerine göre daha düşük çıkmıştır. Bu durum göreceli olarak ABD’deki bakım merkezlerinin İngiltere’deki bakım merkezlerine göre beklenen bakım hizmeti kalitesini karşılamada daha zayıf kaldığı yönünde yorumlanabilir. Algılanan hizmet kalitesinin genel ortalaması ABD’deki bakım merkezlerinde “yüksek” ve İngiltere’de ise “çok yüksek” olarak gerçekleşmiştir.

Bu verilere göre Servqual puanları negatif çıksabile, performans odaklı bir yaklaşımda algılanan hizmet kalitesinin her iki ülkede de tatmin edici bir düzeyde olduğu söylenebilir. İngiltere'deki bakım merkezlerinde algılanan hizmet kalitesi düzeyinin gerek genel ortalama ve gerek tüm boyutlarda ABD'deki bakım merkezlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Lapre (2012) çalışmasında, bakım merkezlerinde hizmet kalitesi düzeyini ölçmek amacıyla Servqual Hizmet Kalitesi Ölçeği'ni temel alarak yeni bir ölçek geliştirmiştir. Servqual Ölçeği'nin 22 sorulu yapısına soru eklenerek ve çıkartılarak geliştirilen ölçek 27 ifadeden oluşmaktadır. Kullanılan 5'li likert tipi ölçekte "çok yüksek" ifadesi 1 puanı ve çok düşük ifadesi 5 puanı temsil etmektedir. Çalışmaya 40 bakım merkezi sakini ve 223 yakın katılmıştır. Çalışmanın deneyim faktörü olarak tanımlanan ve bakım merkezi sakinlerinin ve yakınlarının verilen hizmetlerden edindikleri deneyimle yaptıkları değerlendirmeleri ifade eden bölümünde, 4 boyutlu bir yapının ortaya çıktığı görülmektedir. Bu "nezaket ve kişisel ilgi", "karşılık verme ve misafirperverlik", "sistem yönelimi boyutu" ve "dahil olma ve bakıma erişim" boyutlarıdır. Boyutlar bazında yapılan incelemede tüm boyutlarda algılanan hizmet kalitesi düzeyinin "yüksek" çıktığı görülmektedir. Benzer şekilde genel algılanan hizmet kalitesi düzeyinde "yüksek" çıktığı görülmektedir.

Judith (2011) Avusturya'da faaliyet gösteren üç bakım merkezinde kalan toplam 172 sakinin yakınlarıyla yaptığı çalışma sonucunda, üç boyuttan oluşan bir yapı ortaya çıkmıştır. Boyutlar bazında değerlendirildiğinde "kararlara katılım" boyutunda katılımcıların % 64,7'si verilen hizmetten memnunken, % 35,3'ü memnun değildir. "Değer verme" boyutunda katılımcıların % 80,1'i ve "güvenlik" boyutunda ise % 83,1'i verilen hizmet kalitesini çok iyi ya da iyi olarak değerlendirmişlerdir. Genel hizmet kalitesini ise, katılımcıların % 74'i çok iyi-iyi olarak değerlendirirken, % 25'i yeterli-düşük-çok düşük olarak değerlendirmiştir. "Bakım merkezini başkalarına tavsiye eder misiniz?" sorusuna ise katılımcıların % 85,9'u evet cevabı vermiştir.

Maryland Health Care Commission (MHCC) (2016) tarafından 2013-2016 yılları arasında yapılan çalışmaya, 222 bakım kurumunda kalan 8.356 sakinin aile bireyleri ya da yakınları katılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçek beş boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; "personel ve yönetim", "sakinlere sağlanan bakım", "beslenme",

“otonomi ve kişisel haklar” ve “fiziksel özellikler” boyutlarıdır. Bu boyutlar dışında katılımcılara deneyimleri ışığında genel hizmet kalitesinden memnuniyet düzeyleride sorulmuştur. 2016 ortalamaları, personel ve yönetim ve sağlanan bakım boyutlarında diğer yıllara göre daha düşük çıkmıştır. Dört bölgeye göre yapılan değerlendirmede Western Maryland bölgesinde ortalamalar tüm boyutlarda, Eastern Shore bölgesinde ise üç boyutta anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bakım merkezi büyüklüklerine göre yapılan değerlendirmede 80 ve altı kapasiteye sahip bakım merkezlerinin ortalaması tüm boyutlarda anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Kurum sahiplerinin yasal statülerine göre yapılan değerlendirmede kar amacı gütmeyen kurumlara ait bakım merkezlerinin ortalaması, kar amacı güden bakım merkezlerine göre tüm boyutlarda anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

Schaal ve arkadaşları (2015) çalışmalarında, Almanya’da bakım merkezlerinin kalite düzeylerinde yıllara göre hangi boyutlarda iyileşme olduğunu araştırmışlardır. Araştırmacılar bu amaçla 229 bakım merkezinde 2009 ve 2013 yılları arasında bakım sigortası kapsamında yıllık olarak yapılan değerlendirme puanlarını baz almışlardır. Değerlendirmede kullanılan ölçek “genel bakım ve sağlık bakım hizmetleri”, “demanslı sakinler ile ilgili hizmetler”, “sosyal etkinlik, günlük yaşamın planlanması ve konaklama” ve “beslenme, ev idaresi, hijyen” boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin son bölümü ise kurum sakinlerinin görüşlerinden oluşmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre, 2013 yılında önceki yıllara oranla sakin görüşleri dışında kalan dört boyuttada anlamlı iyileşmeler olduğu ortaya konulmuştur. Hizmet kalitesi düzeyinde en fazla iyileşme sosyal faktörlerle ilgili kriterlerde gerçekleşirken, iyileşmenin en az olduğu boyut ise sağlık durumuyla ilgili kriterlerde gerçekleşmiştir.

Chang ve arkadaşlarının (2015) Tayvan’da evde ve kurumda verilen bakım hizmetlerinin kalite düzeylerini karşılaştırmak amacıyla 2004-2006 yılları arasında evde bakım hizmeti alan 31.064 kişinin ve kurumda bakım hizmeti alan 45.672 kişinin verilerini değerlendirdikleri çalışmada, kalite kriteri olarak acil servis kullanma, hastanede yatma, enfeksiyon, yatak yarası ve ölüm oranlarını kullanmışlardır. Çalışma verilerine göre evde bakım hizmeti alan bireylerin anlamlı derecede daha fazla acil servis kullandıkları, daha az hastanede yattıkları, daha az enfeksiyon oldukları ve daha fazla yatak yarası meydana geldiği ortaya konulmuştur. Kurumda bakım hizmetinde ise

anlamli derecede daha az ölüm yaşandığı, daha az acil servis kullanıldığı, ve daha az bası yarası meydana geldiği belirlenmiştir. Erkeklerin kadınlara göre anlamli derecede daha fazla acil servis kullandıkları ve hastane yatışı ve ölüm riski taşıdıkları ortaya konulmuştur.

Mattiasson ve Andersson'un (1997) McCaffree ve Harkins (1976) tarafından geliştirilen ölçeği baz alarak geliştirdikleri ve "güvenlik", "dikkat", "sosyal ilişkiler", "aktiviteler ve "rutinler" alt boyutlarından oluşan ölçek ile kişisel görüşme yoluyla yaptıkları çalışmaya, İsveç'te faaliyet gösteren 13 bakım merkezinde kalan 60 kişi katılmıştır. "Güvenlik" boyutunu katılımcıların % 97'si önemli bulduklarını ve bu boyutta memnun olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğunluğunun önemli bulduğu "sosyal ilişkiler" boyutunda ise çoğunluğun memnun olmadığı görülmüştür. Diğer yandan beslenme, duş alma, radyo ve televizyon izleme gibi rutinlerle ilgili olarak yüksek derecede memnuniyet içerisinde bulunduğu ortaya konulmuştur.

Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kuzu'nun (2010) huzurevlerinde kalan sakinlerin hizmet kalitesi düzeylerindeki beklentilerini ve algılarını ölçerek hangi hizmet kalitesi boyutlarının daha öncelikli olduğunu ortaya koymayı amaçlayan çalışmasında, 16 ilde bulunan 38 huzurevinde kalan toplam 1086 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, Servqual puanları tüm hizmet kalitesi boyutlarında ve toplamda negatif çıkmıştır. Bu durum kurum sakinlerinin beklentilerinin karşılanamadığını göstermektedir. Beklentilerin en az karşılanabildiği hizmet kalitesi boyutu duyarlılık boyutu olarak saptanmıştır. Boyutlar bazında yapılan incelendiğinde, katılımcıların "duyarlılık", "güvenilirlik" ve "fiziksel görünüm" boyutlarında "yüksek", "heveslilik" ve "güven" boyutlarında ise "orta" düzeyde hizmet kalitesi algıları olduğu görülmektedir. Genel hizmet kalitesininin değerlendirildiği bir soruya katılımcıların % 54,9'u orta, % 32,7'si iyi ve % 12,4'ü çok iyi olarak cevap vermiştir. 5 ve daha fazla çocuğu olan sakinlerin huzurevinin çağdaş araç, gereç ve teknolojik donanıma sahip olması ile ilgili algılamalarının diğer yaş gruplarına göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Benzer şekilde okur-yazar olmayan sakinlerin huzurevinin çağdaş araç, gereç ve teknolojik donanıma sahip olduğu yönündeki algılarının lise mezunları dışındaki tüm sakinlerden daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

Çimen ve arkadaşları (2010) bir özel bakım merkezinde kalan sakinlerin hizmet kalitesinden memnuniyetini ölçmek amacıyla 149 kurum sakiniyle yaptıkları çalışmada, beslenme, sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, ve idari hizmetler ile ilgili ifadelerin bulunduğu 42 soruluk 5’li Likert tipi cevaplar bulunan bir anket kullanmışlardır. Araştırma sonucunda genel hizmet kalitesi düzeyi “yüksek” bulunmuştur. Benzer şekilde belirlenen “beslenme”, “sağlık”, “sosyal hizmetler”ve “genel idare”alt boyutlarında da katılımcıların hizmet kalitesi algıları “yüksek” çıkmıştır. Sonuçlar, gerek genel ortalama ve gerek alt boyutlardaki ortalamalar bakım merkezi sakinlerinin hizmet kalitesinden genel olarak memnun olduklarını göstermektedir. Merkezde kalış süresine göre yapılan değerlendirmede kalış süresi uzadıkça beslenme hizmetleri ve sosyal hizmet boyutlarında ve genel memnuniyet açısından hizmet kalitesi algısının anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kalınan bölüme göre yapılan değerlendirmede özel bakımda kalan sakinlerin, normal bölümde kalanlara göre sosyal hizmet ve genel idari hizmetler boyutlarında anlamlı olarak daha az memnun oldukları tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaşa göre üst yaş gruplarının, cinsiyete göre kadınların, medeni duruma göre dul kadınların daha memnun oldukları ve eğitim düzeyi yükseldikçe memnuniyetin düştüğü görülmektedir.

Çelen ve arkadaşları (2016) bir özel bakım merkezinde müşteri memnuniyeti, müşteri bağlılığı ve yalnızlık ilişkisini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada, müşteri memnuniyetini ölçmek için Çimen ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen “Memnuniyet Ölçeği”ni kullanmışlardır. Çalışmaya Ankara’da faaliyet gösteren bir bakım merkezinde kalan 103 kişi katılmıştır. Araştırma bulgularına göre katılımcılar “beslenme”, “sosyal hizmet faaliyetleri” ve “sağlık hizmetleri” boyutları “yüksek” ve “idari hizmetler” boyutunda ise “çok yüksek” hizmet kalitesi algısına sahip oldukları görülmektedir. Benzer şekilde genel memnuniyet düzeyinin de “yüksek” olduğu görülmektedir. Araştırma bulgularına göre sağlık hizmetleri boyutunda kadınların erkeklere göre, idari hizmetler boyutunda emekli/muvazzaf asker yakınlarının emekli askerlere göre, beslenme hizmetleri boyutunda düşük eğitim seviyesindekilerin yüksek eğitilmişlere göre anlamlı olarak daha fazla memnun oldukları belirlenmiştir. Yaş grubuna ve medeni duruma göre yapılan değerlendirmede ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Bakım hizmetlerinin aynı anda farklı disiplinlerin çalışma alanında bulunması ve ülkelerin sosyo-ekonomik politikalarının etkisinde olması bakım hizmetlerinde kaliteye yüklenen anlamlarında farklılaşmasına neden olmaktadır. Gelişmiş batı ülkelerinde nüfusun yaşlanması, engellilik ve ortalama yaşam sürelerinin artmasıyla ortaya çıkan uzun süreli hastalıklar nedeniyle artan bakıma muhtaç kişi sayısı, bakım hizmeti sektörünün büyümesine ve bu alanda yapılan harcamaların artmasına neden olmuştur. Gerek bakım sigortası, gerek sağlık sigortası ve gerek genel bütçeden yapılan bu harcamaların karşısında bakım hizmeti veren kurumların ve bakım hizmeti kalitesinin denetlenmesi ve iyileştirilebilmesi amacıyla geliştirilmiş ve ülkeden ülkeye değişen farklı yöntemlerin ve kalite göstergelerinin mevcudiyeti görülmektedir. Sektördeki gelişmenin sonucu olarak ilgili kurumlar bazında yapılan bu çalışmalara paralel olarak özellikle 90'lı yılların başından itibaren bakım hizmetlerinde kalite boyutlarının ve göstergelerinin belirlenmesi ve ölçülmesine yönelik literatürde farklı çalışmaların yapıldığı, bununla beraber uygulamada genel kabul görmüş bir modelin olmadığı görülmektedir. İncelenen çalışmalarda bakım kalitesinin “genel bakım hizmetleri” (Gustafson vd., 1990; Rantz vd., 1999), “psiko-sosyal destek hizmetleri” (Gustafson vd., 1990; Glass 1991; Rantz vd., 1999; Chao ve Roth, 2005; Çimen vd., 2010; Schaal vd., 2015; Mattiasson ve Andersson, 1997), “çalışanlar” (Glass 1991; Gustafson vd., 1990; Rantz vd., 1999), “fiziksel özellikler“ (Gustafson vd., 1990; Glass, 1991; Rantz vd., 1999;) “beslenme hizmetleri” (Gustafson vd., 1990; Glass, 1991; Çimen vd., 2010; Schaal vd., 2015) “sağlık hizmetleri” (Çimen vd., 2010; Schaal vd., 2015;), “idari hizmetler” (Çimen vd., 2010), “güvenlik” (Judith, 2011; Mattiasson ve Andersson, 1997), “değer verme” (Judith, 2011), “ailenin katılımı” (Rantz vd., 1999; Gustafsonvd., 1990) ve “iletişim” (Rantz vd., 1999) gibi bir çok farklı boyutta ele alındığı görülmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BEDENSEL ENGELLİLERE YÖNELİK YATILI BAKIM HİZMETİ VEREN KURUMLARDA ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

4.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren resmi ve özel bakım merkezlerinden hizmet alan bedensel engellilerin hizmet kalitesi algılarını ölçmeyi ve bakım merkezlerinde hizmet kalitesinin boyutlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Katılımcıların hizmet aldıkları kurum ile ilgili genel değerlendirmeleri nasıldır?
2. Resmi ve özel bakım merkezlerinde sunulan hizmet kalitesinin alt boyutları nelerdir?
3. Katılımcıların hizmet kalitesi boyutlarıyla ilgili eğilimleri nasıldır?
4. Katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi düzeylerikatılımcılara, kuruma ilişkin demografik özellikler ve katılımcıların kurumla ilgili değerlendirmeleri itibariyle farklılaşmakta mıdır?

4.2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Türkiye'de şehir nüfusunun çoğalması, geniş aileler yerine çekirdek aile yapısının artması, kadının çalışma hayatına katılımı, değer yargılarında meydana gelen değişim ve bireyselleşme gibi toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısında meydana gelen değişimler neticesinde giderek daha fazla oranda yatılı bakım kurumlarının tercih edilmeye başlandığı görülmektedir. Toplum yapısında meydana gelen bu değişimler yanında mevcut bakıma muhtaç engelli sayısı ve yaşlı nüfusundaki artışa bağlı olarak yükselen bakıma muhtaç engelli oranı göz önüne alındığında, önümüzdeki yıllarda yatılı hizmet veren engelli bakım kurumlarına olan ihtiyacın ve dolayısıyla bu kurumların öneminin daha da artacağı söylenebilir.

Yatılı engelli bakım kurumları ve bu kurumların bağlı olduğu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, sunulan bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve kalite düzeylerinin

yükseltilmesi amacıyla çaba sarfetmektedir. Hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ancak sunulan hizmetin kalite düzeyinin ölçülmesi, varsa kusurlu, eksik yönlerinin ortaya çıkarılması ile mümkün olabilir. Sonuç olarak sarfedilen bu çabaların hedefine ulaşabilmesi ancak bu kurumlarda kalan bireylerin kalite algılarının ortaya konulması ile olabilir. Yatılı engelli bakım kurumlarında kalan engellilerin algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin ortaya konulması bu alanda politika belirleyicilere ve uygulayıcılara güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Dolayısıyla zayıf yönlerin kuvvetlendirilmesi ve güçlü yönlerin devamlılığının sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması sağlanabilecektir. Bu kapsamda çalışmanın temel çıktısı olarak; elde edilen bulguların değerlendirilmesiyle yatılı engelli bakım hizmeti sunumunda politika belirleyicilere ve uygulamacılara fayda sağlayabilmek amaçlanmaktadır.

Türkiye’de hizmet kalitesi ile ilgili olarak farklı ölçeklerle birçok alanda araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Bunun yanında son derece hassas ve geniş bir toplum kesimine hitap eden engelli bakım hizmetleri ile ilgili yapılmış çalışmaların sayısının oldukça az olduğu söylenebilir. Literatür taramasında Türkiye’de yatılı engelli bakım hizmetlerinde hizmet kalitesine yönelik yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile bir yandan Türkiye'deki yatılı engelli bakım kurumlarda engelli bakımı hizmeti, kalite standartları ve bakım modelleri incelenirken, diğer yandan Servperf hizmet kalitesi ölçeği kullanılarak bu kurumlarda kalan bakıma muhtaç engellilerin hizmet kalitesi algıları ortaya konulmaktadır. Bu niteliğiyle yapılan bu araştırmanın, Türkiye'de yatılı engelli bakım kurumlarında hizmet kalitesine yönelik literatüre katkıda bulunacağı ve bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutacağı umulmaktadır.

4.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın bu başlığı altında araştırmanın evreni ve örneklemini, araştırmada kullanılan veri toplama aracı hazırlanması, veri toplama süreci ve kullanılan analiz teknikleri ele alınmıştır.

Bu çalışmada Türkiye’de faaliyet gösteren resmi ve özel bakım merkezlerinde kalan sakinlerin kişisel özellikleri ile kaldıkları bakım merkezlerinin özelliklerinin belirlenmesi, kurum sakinlerinin kaldıkları bakım merkeziyle ilgili hizmet kalitesi algı düzeylerinin ve algıladıkları kalite düzeyinin onların kişisel özelliklerine ve kurum

özelliklerine göre değişip değişmediğinin ortaya konulabilmesi amacıyla betimsel araştırma modeli kullanılmıştır.

4.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın resmi sitesindeki verilere göre; araştırmanın yapıldığı tarihte Türkiye'de 93 resmi yatılı bakım merkezi bulunmaktadır. Bu bakım merkezlerinin toplam kapasitesi 7.370 kişi olup, bu bakım merkezlerinde Temmuz 2016 itibariyle 6.119 engelli bireye yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır. Bunların dışında mevcut 148 özel bakım merkezinin toplam kapasitesi 13.403 kişidir. Araştırmanın yapıldığı tarih itibariyle özel merkezlerde 10.532 engelli yatılı bakım hizmeti almaktadır. Bu verilere göre Türkiye'de toplam 241 resmi ve özel yatılı engelli bakım merkezinde 16.651 kişiye yatılı bakım hizmeti verilmektedir.

Araştırmanın evreni, bu kurumlarda kalan engellilerden yaşı 18'den büyük ve soruları anlamalarına ve cevaplamalarına engel zihinsel ya da ruhsal rahatsızlığı olmayan kişilerden oluşmaktadır. Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı'ndan e-posta yoluyla alınan verilere göre; resmi bakım merkezlerinde 649, özel bakım merkezlerinde 1843 olmak üzere toplamda 2492 bedensel engelli bu kurumlarda kalmaktadırlar. Bu sayı araştırmanın evrenini teşkil etmektedir.

Araştırmaya Ankara, Ardahan, Aydın, Bayburt, Çanakkale, Erzurum, Hatay, Isparta, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Kırıkkale, Kırşehir, Kocaeli, Kütahya, Malatya, Niğde, Ordu, Rize, Samsun, Siirt, Tokat, Van, Yozgat ve Zonguldak illerinde faaliyet gösteren toplam 16 resmi ve 18 özel bakım merkezi katılmıştır. Bedensel engellilere yönelik yatılı bakım hizmeti veren resmi bakım merkezlerinin az sayıda olması nedeniyle, 93 resmi bakım merkezinden bedensel engellilere yönelik yatılı bakım hizmeti veren 16 resmi bakım merkezinin tümü araştırmaya dâhil edilmiştir. 148 özel bakım merkezinden önce bedensel engellilere yönelik hizmet veren merkezler belirlenmiş ve belirlenen 99 özel bakım merkezinden 18 tanesi çalışmaya katılmıştır.

Çalışmada zaman, ulaşılabilirlik ve maliyet kısıtları göz önünde bulundurularak ihtimalsiz örnekleme yöntemlerinden olan kolayda örnekleme tekniği kullanılmıştır. Soruların zorluğu, katılımcıların engel ve yaş durumları göz önüne alınarak veri elde etmede başarı düzeyinin artırılması amacıyla anketler belirlenen bakım merkezlerinde

yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Doldurulan toplam 374 anket formundan eksik ya da hatalı veri bulunan 20 tanesi değerlendirme dışı bırakılmış ve 354 anket formu değerlendirmeye alınmıştır.

4.3.2. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Veri toplama aracının ilk bölümünde yaş, cinsiyet ve gelir gibi katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 kapalı uçlu soruya yer verilmiştir. Bu bölümde ayrıca, sakinlerin kaldıkları bakım merkezinin özellikleri ile ilgili 5 ve bakım merkezine ilişkin görüşlerini içeren 9 soru sorulmuştur. Soruların hazırlanmasında kısmi olarak Kuzu'nun (2010) çalışmasından da yararlanılmıştır.

Veri toplama aracının ikinci bölümünde araştırma kapsamındaki kurumlarda hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla "*Servperf Hizmet Kalitesi Ölçeği*" kullanılmıştır. Karşılaştırmaya yönelik yapılan birçok araştırma göstermiştir ki performans dayalı olarak yapılan ölçüm, beklentilere dayalı olarak yapılan ölçümlere göre hizmet kalitesi algısını daha iyi açıklamaktadır (Falk, 2007: 33-34). Bu nedenden dolayı literatürde genel olarak müşteri memnuniyetinin belirleyici unsuru olarak görülen hizmet kalitesinin, performans temelli ele alınması daha uygun görülmüştür. Servperf Ölçeği'nde Parasuraman vd., (1985) tarafından geliştirilen ve 1991 yılında yapılan revizyonla (Parasuraman vd., 1991) orjinal halini alan Servqual Hizmet Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel özellikler, güvenilirlik, karşılık verme, güvence ve empati boyutlarından oluşan 22 algı ifadesi kullanılmaktadır. Bu ifadelerden bazılarında asıllarına bağlı kalınarak bakım merkezleri özelinde değişiklikler yapılmıştır. Bu 22 maddeye ilaveten engelli bakımı alanındaki şartlar dikkate alınarak 11 ifade eklenmiştir. Eklenen 11 ifade içerisinde bakım merkezinin iç atmosferiyle ilgili olarak ortamın yeteri kadar sessiz, gürültüsüz, aydınlık, ferah ve mevsimine göre yeterli ölçüde sıcak ve serin olup olmadığı ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Sakinlerin bağımsız hareket edebilme yetileri açısından son derece önemli olan ulaşılabilirlik konusuyla ilgili olarak kurum bölümlerinin ve bahçesinin kolay ulaşılabilir olup olmadığı da ifadelere eklenmiştir. Bakım merkezi sakinleri farklı nedenlerle bakım merkezine gelerek yaşadığı çevre ve mekandan ayrılarak yeni bir yaşam alanında tanımadığı ve ailesinde olmayan kişilerle yaşamaya mecbur kalmaktadırlar. Engellilerin kuruma adaptasyon sürecinden, engellilik

ve bakıma muhtaç olma duygusundan ya da diğer kurum sakinleri, çalışanlar ve ailesiyle yaşayabileceği sorunlardan kaynaklanan bir çok etkenin getireceği duygusal ve psikolojik sıkıntıların anlaşılabilmesi ve gerekli desteğin sağlanması da son derece önem arz etmektedir. Bu nedenlerden dolayı veri toplama aracına katılımcıların ruh halinin anlaşılıp anlaşılamadığı, gerekli psikolojik desteğin sağlanıp sağlanmadığı ve iyi vakit geçirmek için yeterli sosyal aktivite imkanının sağlanıp sağlanmadığı konularıyla ilgili ifadeler eklenmiştir. Bunların yanında bakıcı sayısının yeterliliği, yemek kalitesi, yaşam alanının temizliği, tüm sakinlere eşit muamele ve kişisel mahremiyete saygı konularına yönelik maddeler de eklenmiştir.

Katılımcılar veri toplama aracındaki ifadeleri 5’li Likert ölçeğine göre cevaplamışlardır. “Kesinlikle katılmıyorum” ifadesi 1 puanı ifade ederken “Kesinlikle katılıyorum” ifadesi 5 puanı ifade etmektedir. Bunlar arasındaki “Katılmıyorum”, “Ne katılıyorum ne katılmıyorum” ve “Katılıyorum” ifadeleri sırasıyla 2, 3 ve 4 puanı temsil etmektedir.

Veri toplama aracının geçerliliğini test etmek için bazı tekniklerden yararlanılmıştır. Geçerlilik, ölçmenin doğruluk derecesi olarak tanımlanabilir. Geçerlilik türlerinden birisi olan içerik geçerliliği uzman bir kişinin geliştirilen ölçekteki ifadelerin amacı kapsayıp kapsamadığını değerlendirdiği bir değerlendirme yöntemidir (Nakip 2013: 209). Veri toplama aracının içerik geçerliliği kapsamında uzmanların görüşlerine başvurulmuştur. Alan uzmanı üç araştırmacının değerlendirmeleri sonucunda veri toplama aracında gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Daha sonra veri toplama aracındaki soruların anlaşılabilirliğini gözden geçirmek amacıyla 25 engelliyle pilot çalışma yapılmıştır. Alınan sonuçlara göre bazı sorular yeniden revize edilmiş ve veri toplama aracına son hali verilmiştir. İçerik geçerliliği değerlendirmesi subjektif bir yöntemdir (Nakip, 2013: 209). Bu nedenle veri toplama aracının geçerliliği bir başka geçerlilik türü olan yapı geçerliliği bakımından da değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliği, veri toplama aracının özelliklere uygun teorik yapıya sahip olup olmadığını ve hangi karakteristiği ölçtüğünü ele almaktadır (Nakip, 2013: 210). Bu kapsamda veri toplama aracının yapısal geçerliliği yapılan faktör analiziyle incelenmiştir.

Güvenilirlik, kullanılan ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı olarak ölçme derecesi olarak tanımlanabilir (Altunışık vd., 2005: 115). Bu kapsamda çalışmada

kullanılan ölçek ifadelerinin güvenilirliğini değerlendirmek için, Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

4.3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Anketlerin uygulanacağı özel ve resmi bakım merkezlerinin belirlenmesi amacıyla, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı sitesi listesinde bulunan ve adı geçen başkanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren özel ve resmi engelli bakım merkezlerinden bedensel engellilere yönelik hizmet veren bakım merkezleri belirlenmiştir. Resmi ve özel engelli bakım merkezlerinin bağlı olduğu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Eğitim ve Yayın İşleri Dairesi Başkanlığı'ndan Mart 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında uygulama yapmak üzere yapılan izin başvurusunda resmi bakım merkezleri için gerekli izin verilirken (Bkz. Ek-1), özel bakım merkezleri için izinlerin ilgili bakım merkezlerinden alınması gerektiği belirtilmiştir (Bkz. Ek-2). Anket uygulamaları resmi bakım merkezlerinde belirlenen süre zarfında Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilirken, özel bakım merkezlerinde anket uygulamaları Mart-Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Katılımcıların dağılımlarını ve genel eğilimlerini belirlemek için ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Katılımcıların hizmet kalitesi algılarının demografik özellikler ile kurum özellikleri ve kuruma yönelik değerlendirmeler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi ve t testinden yararlanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde sonuçların homojen çıkması durumunda Tukey, homojen çıkmaması durumunda Dunnett C post hoc testleri kullanılmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

4.4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmada öncelikle katılımcıların demografik özellikleri bakımından profilleri incelenmiştir. Tablo 18 katılımcıların cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir, eğitim durumu, yaş, çocuk sayısı ve bakım merkezine geldikleri yerleşim birimi dağılımlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların yarısından fazlasının erkek olduğu görülmektedir. Yaş değişkenine göre incelendiğinde, katılımcıların üçte ikisine

yakınının (% 64,7) 36-65 yaş aralığında, % 17,8'inin 18-35 yaş grubunda ve % 17,5'inin ise 65 yaş üstü grupta yer aldığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, genel eğitim seviyesinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Veriler incelendiğinde katılımcıların üçte ikisinden fazlasının (% 69,5) bir eğitim almayanlardan ve ilkokul mezunlarından oluştuğu görülmektedir. Üniversite mezunlarının oranı ise sadece % 2,8'dir. Katılımcıların medeni durumlarına göre yapılan incelemede, katılımcıların büyük çoğunluğu (% 89,1) evli değil iken, evli olarak bakım merkezinde kalan kişilerin oranının ise oldukça düşük (% 11,9) olduğu görülmektedir. Mesleğe göre yapılan değerlendirmede, katılımcıların çok küçük bir bölümünün memur, işçi, esnaf meslek gruplarından olduğu, üçte birine yakınının ev hanımı olduğu ve çoğunluğunun mesleklerini diğer meslek grubu olarak belirttiği görülmektedir. Aylık gelir değişkenine göre yapılan incelemede, katılımcıların üçte ikisine yakınının düşük gelir gruplarında olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 61,9'unun aylık geliri 250 TL'nin altındayken, 1000 TL ve üstü gelir sahibi katılımcıların oranı ise sadece % 16,9'dur. Katılımcıların bakım merkezine gelmeden önce yaşadıkları yerleşim birimi incelendiğinde, katılımcıların % 80'ine yakınının bakım merkezine gelmeden önce büyükşehir, il ve ilçe merkezinde ve kalan kısmının ise köyde ya da beldede yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların çocuk sayılarına ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların yarıdan fazlasının (% 56) çocuk sahibi olmadığı, bir ya da iki çocuğu olan katılımcıların birbirine yakın düzeylerde olduğu, 4 ve üstü çocuk sahibi olanlarının oranının ise çok az (% 8,2) olduğu görülmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		n	%	Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	145	41	Medeni durum	Evli	42	11,9
	Erkek	209	59		Evli değil	312	88,1
	Toplam	354	100,0		Toplam	354	100,0
Eğitim durumu	Bir eğitim almamış	115	32,5	Aylık gelir	250 TL ve altı	219	61,9
	İlkokul	131	37,0		251-500 TL	26	7,3
	Ortaokul / Lise	98	27,7		501-750 TL	21	6
	Üniversite	10	2,8		751-1000 TL	28	7,9
	Toplam	354	100,0		1001-1250 TL	26	7,3
					1251 TL ve üstü	34	9,6
			Toplam	354	100,0		
Meslek	Ev hanımı	101	28,5	Yaş	18-25	25	7,1
	Memur	8	2,3		26-35	38	10,7
	İşçi	24	6,8		36-45	70	19,8
	Çiftçi	25	7,1		46-55	90	25,4
	Esnaf	11	3,1		56-65	69	19,5
	Serbest meslek	48	13,6		66-75	42	11,9
	Yönetici	3	0,08		76-85	15	4,2
	Emekli	22	6,2		86 ve üstü	5	1,4
	Diğer	112	31,6		Toplam	354	100,0
	Toplam	354	100,0				
Çocuk sayısı	1	43	12,1	Gelen yerleşim birimi	Köy / Belde	75	21,2
	2	51	14,4		İlçe	127	35,9
	3	33	9,3		İl	100	28,2
	4	14	4,0		Büyükşehir	52	14,7
	5 ve üstü	15	4,2		Toplam	354	100,0
	Yok	198	56				
	Toplam	354	100,0				

4.4.2. Katılımcıların Kaldıkları Bakım Merkezi İle İlgili Değerlendirmeleri

Araştırmanın birinci alt amacı doğrultusunda katılımcıların kaldıkları bakım merkezi ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Bu kapsamda ilk önce katılımcıların kaldıkları bakım merkezlerine ilişkin bulgular Tablo 19’da sunulmuştur. Bakım merkezlerinin statüsü incelendiğinde, katılımcıların % 57,6 oran ile yarısından fazlasının özel bakım merkezlerinde ve kalan kısmının ise resmi bakım merkezlerinde kaldığı görülmektedir. Katılımcıların bakım ücretlerinin kim tarafından ödendiği incelendiğinde, bakım ücretinin çok büyük oranda devlet tarafından karşılandığı görülmektedir. Katılımcıların sadece % 5,6’sının bakım ücreti kendisi ya da ailesi tarafından ödenmektedir. Katılımcıların kaldıkları oda büyüklüğü incelendiğinde, katılımcıların ağırlıklı oranının 2 ve 3 kişilik odalarda kaldığı görülmektedir. Katılımcıların sadece % 6,2’si 4 kişilik, % 2,3’ü tek kişilik ve % 4,2’si 5 ve üstü yataklı odalarda kalmaktadırlar. Kalınan bakım merkezinde bir kalite yönetim sisteminin uygulanıp uygulanmadığı incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun kalite yönetim sistemi uygulanmayan bakım merkezlerinde kaldığı görülmektedir. Bakım merkezlerinin fiziki şartlarını doğrudan etkileyen bina şartları incelendiğinde, katılımcıların üçte ikisine yakını başka amaçlarla inşa edilmiş ancak sonradan bakım merkezi olmak üzere revize edilen binalarda hizmet veren kurumlarda kalmaktadırlar.

Tablo 19: Katılımcıların Kaldıkları Bakım Merkezlerinin Özellikleri

		n	%
Kalınan bakım merkezinin yasal statüsü	Devlet	150	42,4
	Özel	204	57,6
	Toplam	354	100,0
Bakım ücretini ödeyen taraf	Devlet	334	94,4
	Kendim / Ailem	20	5,6
	Toplam	354	100,0
Kalınan oda yatak sayısı	Tek kişilik	8	2,3
	2 kişilik	160	45,2
	3 kişilik	143	40,4
	4 kişilik	22	6,2
	5 ve üstü	21	5,9
	Toplam	354	100,0
Kalite yönetim sistemi	Var	164	46,3
	Yok	190	53,7
	Toplam	354	100,0
Bakımerkezi binasının mimari yapısı	Tip Proje	68	19,2
	Bakım merkezi için inşa edilmiş yapı	68	19,2
	Farklı amaçla inşa edilmiş yapı	218	61,6
	Toplam	354	100,0

Tablo 20’de katılımcıların kaldıkları bakım merkezine ilişkin görüşleri ile ilgili bilgiler verilmiştir. Tablo incelendiğinde bakım merkezini tercih etmede en önemli neden, katılımcıların bakacak kimsenin olmamasıdır. Katılımcıların yarısı bakacak kimselerinin olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 60,2’si ayrılma arzusunda iken, % 39,8’i ise ayrılmak istememektedir. Bakım merkezinden ayrılma arzusunda olan katılımcıların ayrılmayı istemelerinin en önemli nedeni (% 66,6) ev ortamına ve sosyal çevreye olan özlem iken, % 16’sı kendi memleketinde kalma, özgür yaşama, kendi mesleğini yapma, sıkılma gibi “diğer” nedenlerden, % 10,8’i bakım merkezine alışamadıklarından ve % 6,6’sı ise verilen bakım hizmetinden memnun olmadıklarından dolayı ayrılmak istediklerini belirtmişlerdir. “Bakım merkezinden ayrılmak ister misiniz?” sorusuna “hayır” cevabı veren kurum katılımcıların ayrılmak istememelerinin

en büyük sebebi (% 39,7) ise bakacak kimselerinin olmamasıdır. Katılımcıların üçte birine yakını (% 30,5) ilgi ve alakadan, % 3,5'i ortamın temiz ve sağlıklı olmasından dolayı ayrılmak istemezken, yaklaşık dörtte biri “diğer” cevabını vermiştir.

Tablo 20: Katılımcıların Bakım Merkezinde Kalma Nedenlerine İlişkin Görüşleri

Bakım merkezini tercih etme nedenleri	n	%
Bakacak kimsenin olmaması	179	50,6
Yakınlarına yük olmamak için	63	17,8
Yakınlarının bakım konusunda yeterli kalifikasyonun olmaması	38	10,7
Yakınlarının maddi gücü ve yeterli fiziksel ortamının olmaması	51	14,4
Diğer	23	6,5
Toplam	354	100,0
Bakım merkezinden ayrılma isteme düzeyleri		
Evet	213	60,2
Hayır	141	39,8
Toplam	354	100,0
Bakım merkezinden ayrılma isteme nedenleri		
Ev ortamına özlem	109	51,1
Çocuklara/akrabalara/komşulara özlem	33	15,5
Bakım merkezinin hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik	14	6,6
Bakım merkezine alışamama	23	10,8
Diğer (memleketinde kalma, özgür yaşama, kendi mesleğini yapma, sıkılma)	34	16
Toplam	213	100,0
Bakım merkezinden ayrılmak istememe nedenleri		
Bakacak kimsesinin olmaması	56	39,7
İlgi ve alakayı beğenme	43	30,5
Ortamın temiz sağlıklı olması	5	3,5
Diğer	37	26,3
Toplam	141	100,0

Tablo 21’de katılımcıların bakım merkezinde bir sorun yaşayıp yaşamadıkları ve eğer yaşamışlarsa bu sorunun tatmin edici bir şekilde çözümlenip çözülmediğine ilişkin bulgularla, daha iyi koşullarda başka bir bakım merkezini tercih edip etmeyeceklerine ve bakım merkezini başkalarına tavsiye edip etmeyeceklerine ilişkin bulgular

verilmiştir. Buna göre katılımcıların % 83,1'lik gibi büyük bir çoğunluğunun sorun yaşamadığı ve sorun yaşayanların ise yarısından fazlasının sorunlarının tatmin edici bir şekilde çözüldüğü görülmektedir. Katılımcıların üçte ikiden fazlası başka bir bakım merkezine geçmek istemediklerini belirtirken, % 80,2'lik büyük bir çoğunluğunun bakım merkezini başkalarına tavsiye ettikleri görülmektedir. Bu sonuç, Judith'in (2011) Avusturya'da yaptığı araştırmada ulaştığı sonuç ile oldukça benzerdir.

Tablo 21: Katılımcıların Kaldıkları Bakım Merkezi ve Başka Bir Bakım Merkezine Geçme İle İlgili Görüşleri

		n	%
Bakım merkezinde sorun yaşayıp yaşamama	Evet	60	16,9
	Hayır	294	83,1
	Toplam	354	100,0
Bakım merkezinde yaşadıkları sorunun tatmin edici bir şekilde çözümlenip çözülmemesi	Evet	31	51,7
	Hayır	29	48,3
	Toplam	60	100,0
Başka bir bakım merkezine geçme isteği	Evet	111	31,4
	Hayır	243	68,6
	Toplam	354	100,0
Bakım merkezini başkasına tavsiye etme isteği	Evet	284	80,2
	Hayır	70	19,8
	Toplam	354	100,0

4.4.3. Katılımcıların Algılarına Göre Hizmet Kalitesini Oluşturan Boyutlar

Araştırmanın ikinci alt amacı doğrultusunda yapı geçerliliğinin ve hizmet kalitesini oluşturan boyutların belirlenmesi için ölçek ifadelerine Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi'nde önce verilerin faktör analizine uygun olup olmadığının test edilmesi amacıyla Bartlett küresellik testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmıştır. Tablo 22'de KMO değerinin 0,954 çıktığı (0-1), Bartlett küresellik testinin ve Ki-Kare değerinin ise anlamlı çıktığı ($p < .05$) görülmektedir. Bu bulgular ışığında örnekleme ait veri matrisinin faktör analizi için uygun olduğu görülmektedir.

Tablo 22: KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Değeri	0,954
Bartlett Küresellik Test Sonuçları	Ki-Kare Değeri 7523,984
	Sd 406
	P ,000

Tablo 23'te faktör analizi sonuçları verilmiştir. Analiz sonucunda özdeğeri birin üstünde olan dört faktör olduğu görülmektedir. Bu dört faktörün açıklanan toplam varyans büyüklüğü % 63,56'dır. Analizi yapılan 33 maddeden 4 tanesi faktör yük değerleri arasındaki farkın 0,10'dan az olması nedeniyle analizden çıkartılmıştır. Çıkartılan maddeler 3, 12, 24ve 26. maddelerdir. Kalan 29 madde dört boyut altında toplanırken, maddelerin faktör yük değerleri .821 ve .495 arasında gerçekleşmiştir. Açıklanan toplam varyans büyüklüğünün yeterli olması, binişik madde bulunmaması ve madde faktör yüklerinin yeterli olmasından dolayı ölçeğin sağlıklı bir faktör yapısına sahip olduğu görülmektedir.

Faktörler incelendiğinde birinci faktör kurum çalışanlarının sakinlerin isteklerini, ihtiyaçlarını anlama ve güvence verme ile ilgili ifadeleri içerdiğinden bu faktörün "empati ve güvence" olarak adlandırılmasına karar verilmiştir. İkinci faktör çalışanların sakinlere karşılık verme istekliliği ve kurumda sunulan hizmetlerin güvenilirliği ile ilgili ifadeleri kapsadığından bu faktör "karşılık verme ve güvenilirlik" şeklinde isimlendirilmiştir. Üçüncü faktör kurumun fiziksel yeterlilikleri ile ilgili ifadeleri içerdiğinden "fiziksel özellikler" olarak adlandırılmıştır. Dördüncü faktör ise ortamın atmosferi ile ilgili ifadelerden oluştuğu için "atmosfer" olarak isimlendirilmesi uygun bulunmuştur. Yapı geçerliliği sonuçları ölçeğin, Servperf ölçeğinden farklı yapıda olduğunu göstermektedir. Servperf ölçeğinde ayrı alt boyutlar olarak ele alınan "empati ve güvence", "karşılık verme ve güvenilirlik" boyutları bir boyut altında toplanırken, "fiziksel özellikler" boyutu Servperf ölçeğine benzer şekilde ayrı alt boyut olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda bir çok araştırmadan ve Servperf ölçeğinden farklı olarak ortaya konulan boyut "atmosfer" boyutudur. Diğer yandan ortaya çıkan bu boyut Rantz ve arkadaşlarının (1998 ve 1999) çalışmalarında ileri sürdükleri "çevre" alt boyutuyla benzerlik arz etmektedir.

Tablo 23:Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

		Faktör Yüklü	Özdeğer	Açıklanan Varyans	Açıklanan Toplam Varyans
EMPATİ VE GÜVENÇE	Çalışanlar sakinler için elinden gelenin en iyisini yapar.	,713	14,661	21,960	63,556
	Çalışanlar ile ilişkilerinde kendilerini güvende hisseder.	,688			
	Sakinler bakım merkezi çalışanlarına güvenebilir.	,688			
	Sakinlerin özel ihtiyaçlarını bilir ve anlayış gösterir.	,675			
	Sakinlere uygun bireysel veya grup etkinlikleri düzenlenir.	,672			
	Çalışanlar tüm sakinlere eşit muamele eder.	,667			
	Sakinlere kişisel ilgi gösterebilen personel çalıştırılır.	,661			
	Ruh halini anlar ve gerekli psikolojik destek sağlar.	,653			
	Bakım merkezi her sakiniyle tek tek ilgilenir.	,600			
	Bölmelere ve bahçeye istenildiğinde kolay ulaşılabilir.	,561			
	Bakım Merkezinin yemekleri güzel ve kalitelidir.	,495			
KARŞILIK VERME VE GÜVENİLİRLİK	İsteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul değildir.	,712	1,644	18,967	63,556
	Taahhüt ediyorsa o işi taahhüt ettiği zamanda yapar.	,702			
	Bakım merkezi çalışanları sakinlere süratli hizmet verir.	,682			
	Çalışanlar sorulara cevap verecek bilgiye sahiptirler.	,662			
	Hizmet ilk seferde ve doğru olarak yerine getirilir.	,641			
	Çalışanlar yardım etmek için her zaman isteklidirler.	,605			
	Bakım merkezi sözverdiği zaman yerine getirir.	,554			
	Çalışanlar nazik ve saygılıdır ve seslerini yükseltmezler.	,554			
	Vardiyalarda yeterli sayıda bakım personeli bulunur.	,528			
	Hizmetin tam olarak ne zaman verileceği söylenir.	,519			
FİZİKSEL ÖZELLİKLER	İç mimari modern ve verilen bakım hizmetine uygundur.	,821	1,083	11,782	63,556
	Fiziksel imkanlar ve bahçe görsel ve kullanıma uygundur.	,819			
	Malzemeler modern ve verilen bakım hizmetine uygundur.	,747			
	Kullanım alanları ve odaları sessiz ve gürültüsüzdür.	,525			
ATMOSFER	Kışları yeterince sıcak ve yazları yeterince serindir.	,751	1,044	10,847	63,556
	Oda, tuvalet, yatak ve diğer kullanım alanları temizdir.	,677			
	Kullanım alanları ve odaları aydınlık, ferah ve havadardır.	,676			
	Gerekli kayıtları düzenli ve hatasız olarak tutar.	,506			

Faktörlerin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı hesaplanmıştır. Tablo 24’te görüldüğü gibi tüm faktörler 0,80’nin üzerinde ve oldukça yüksek derecede güvenilirlerdir. Boyutlar bazında yapılan karşılaştırmada ise “empati ve güvence” boyutu 0,932 ile en yüksek güvenilirliğe sahip boyut iken, “atmosfer” boyutu ise 0,808 ile boyutlar içerisinde nispi olarak en düşük güvenilirliğe sahip boyut olarak ortaya çıkmaktadır.

Tablo 24: Boyutlara İlişkin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

Boyutlar	α
Empati ve güvence	0,932
Karşılık verme ve güvenilirlik	0,927
Fiziksel özellikler	0,832
Atmosfer	0,808

Araştırmanın üçüncü alt amacı doğrultusunda Tablo 25’te katılımcıların boyutlar bazında algıları ile ilgili ortalamalar verilmiştir. Katılımcıların algılarının en yüksek olduğu boyut ortamın ısı, temizliği, aydınlık ve ferah olması gibi ifadelerden oluşan “atmosfer” boyutundadır. En düşük hizmet kalitesi algısı ise bakım merkezinin iç mimarisinin, bahçe gibi dış kullanım alanlarının ve kullanılan malzeme gibi fiziksel özelliklerinin verilen bakım hizmetlerine uygunluğuna yönelik ifadeler içeren “fiziksel özellikler” boyutundadır. Daha çok kurum çalışanları ve yönetiminin performansına bağlı olan, kurum sakinlerini anlama, onlar için en iyisini yapma, kişisel ilgi gösterme, eşit muamele etme ve güvene dayalı bir ilişki tesis etme gibi ifadeleri içeren “empati ve güvence” boyutu ile, verilen taahhütü yerine getirme, zamanında ve süratli cevap verebilme, ilk seferde doğru hizmet sunma ve hizmet sunumunda istekli olma gibi ifadeleri içeren “karşılık verme ve güvenilirlik” boyutlarında hizmet kalitesi algı düzeyinin birbirine yakın olduğu görülmektedir. Katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyi tüm boyutlarda “yüksek”tir. Buna göre genel hizmet kalitesi ve tüm boyutlarda algılanan hizmet kalitesi düzeyinin tatmin edici bir seviyede olduğu görülmektedir. Bu sonuç Lapre’nin (2012) çalışmasıyla benzerlik arz etmektedir. Algılanan hizmet kalitesi düzeyi bazı durumlarda verilen hizmetin niteliği yanında hizmet alanların kişisel durumlarına bağlı olarak değişebilmektedir. Araştırmaya katılan bakım merkezi sakinlerinin maddi ve manevi ihtiyaç durumları ve bakacak

kimselerinin bulunmaması gibi nedenlere bağılı olarak minnet hissetmeleri, onların algıladıkları hizmet kalitesine olumlu yansıyabilmektedir. Bu durum hizmet kalitesi algılarının tüm boyutlarda “yüksek” çıkmasının nedenlerinden biri olarak görülebilir.

Tablo 25: Katılımcıların Hizmet Kalitesi Boyutları İle İlgili Algıları

Boyutlar	n	\bar{X}	SS
Empati ve Güvence	354	3,94	0,79
Karşılık verme ve Güvenilirlik	354	3,90	0,78
Fiziksel Özellikler	354	3,68	0,90
Atmosfer	354	4,09	0,71
Genel	354	3,91	0,69

Katılımcıların kaldıkları bakım merkeziyle ilgili genel hizmet kalitesi algılarına ilişkin ortalamalar ise Tablo 26’da verilmiştir. Burada da benzer şekilde algının ağırlıklı olarak “yüksek” ve “çok yüksek” düzeylerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası (% 62,5) genel hizmet kalitesini “yüksek” ve “çok yüksek” olarak değerlendirirken, üçte birine yakın kısmı (% 32,8) “orta” ve çok küçük bir bölümü ise (% 5,7) “düşük” ve “çok düşük” olarak değerlendirmektedir.

Tablo 26: Katılımcıların Genel Hizmet Kalitesi Değerlendirmeleri

	n	%
Çok düşük	7	2,0
Düşük	13	3,7
Orta	116	32,8
Yüksek	149	42,0
Çok yüksek	69	19,5
Toplam	354	100,0

Bu bulgular Kuzu’nun (2010) huzurevlerinde kalan sakinlerin hizmet kalitesi düzeylerindeki beklentilerini ve algılarını ölçtüğü çalışmanın bulguları ile karşılaştırıldığında, Türkiye’de bakım merkezlerinde kalan sakinlerin genel hizmet kalitesi algılarının ortalamalar bazında huzurevlerinde kalan sakinlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Duffy ve arkadaşlarının (1997) ulaştığı sonuçlar incelendiğinde ise, Amerika’daki bakım merkezlerinde algılanan hizmet kalitesi ülkemizle aynı düzeydeyken, İngiltere’deki bakım merkezlerinde ise daha yüksektir. Sonuçlar Judith’in

(2011) ulaştığı sonuçlarla da benzerlik göstermektedir. Katılımcıların tüm maddeler bazında hizmet kalitesi algıları ile ilgili bulgular ise, Tablo 27’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde boyutları oluşturan ifadelerde kalite algısının yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 27: Katılımcıların Hizmet Kalitesi Algılarının İfadeler Bazında İncelenmesi

	\bar{X}	SS
Oda, tuvalet, yatak ve diğer kullanım alanları temizdir.	4,27	0,82
Kullanım alanları ve odaları aydınlık, ferah ve havadardır.	4,11	0,92
Çalışanlar ile ilişkilerinde kendilerini güvende hissederek.	4,09	0,98
Sakinler bakım merkezi çalışanlarına güvenebilir.	4,08	0,99
Çalışanlar sakınler için elinden gelenin en iyisini yapar.	4,04	0,95
Kışları yeterince sıcak ve yazları yeterince serindir.	4,00	0,97
Gerekli kayıtları düzenli ve hatasız olarak tutar.	3,99	0,85
Ruh halini anlar ve gerekli psikolojik destek sağlar.	3,97	1,04
Çalışanlar yardım etmek için her zaman isteklidirler.	3,97	0,99
Sakinlerin özel ihtiyaçlarını bilir ve anlayış gösterir.	3,96	0,98
Sakinlere kişisel ilgi gösterebilen personel çalıştırılır.	3,96	0,95
Bakım merkezi çalışanları sakınlere süratli hizmet verir.	3,96	0,94
Çalışanlar tüm sakınlere eşit muamele eder.	3,94	1,07
Çalışanlar nazik ve saygılıdır ve seslerini yükseltmezler.	3,94	1,05
Bölmelere ve bahçeye istenildiğinde kolay ulaşılabilir.	3,93	1,02
Hizmetin tam olarak ne zaman verileceği söylenir.	3,92	0,94
Bakım merkezi sözverdiği zaman yerine getirir.	3,93	1,01
Taahhüt ediyorsa o işi taahhüt ettiği zamanda yapar.	3,90	1,01
Çalışanlar sorulara cevap verecek bilgiye sahiptirler.	3,89	0,96
Hizmet ilk seferde ve doğru olarak yerine getirilir.	3,87	1,01
Vardiyalarda yeterli sayıda bakım personeli bulunur.	3,86	1,12
İsteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul değildir.	3,79	1,00
Malzemeler modern ve verilen bakım hizmetine uygundur.	3,74	1,10
Bakım Merkezinin yemekleri güzel ve kalitelidir.	3,72	1,14
Sakinlere uygun bireysel veya grup etkinlikleri düzenlenir.	3,69	1,17
Kullanım alanları ve odaları sessiz ve gürültüsüzdür.	3,68	1,15
İç mimari modern ve verilen bakım hizmetine uygundur.	3,67	1,08
Fiziksel imkanlar ve bahçe görsel ve kullanıma uygundur.	3,65	1,10

Hizmet kalitesi algısının en yüksek olduğu ifade “Bakım merkezinin odaları, tuvaletleri, yatak-yorgan-nevresimleri ve diğer kullanım alanları temizdir” iken, en düşük olduğu ifade “Bakım merkezinin dış fiziksel imkânları ve bahçesi; görsel açıdan çekici ve sakinlerin kullanımına uygundur” ifadesidir.

4.4.4. Katılımcıların Hizmet Kalitesi Algılarının Demografik Özelliklerle İlişkisi

Araştırmanın dördüncü alt amacı doğrultusunda öncelikle katılımcıların demografik özellikleri bakımından hizmet kalitesi algılarının farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre yaş, cinsiyet, gelir ve sahip olunan çocuk sayısı açısından katılımcıların hizmet kalitesi algılarının farklılaşmadığını göstermektedir. Yaş değişkeni ile ilgili analiz sonuçları Tablo 28’de, cinsiyet değişkeni ile ilgili sonuçlar Tablo 29’da, gelir değişkeni ile ilgili sonuçlar Tablo 30’da ve sahip olunan çocuk sayısı ile ilgili sonuçlar Tablo 31’de yer almaktadır.

Tablo 28 incelendiğinde yaş değişkenine göre tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 28: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Empati ve güvence	Gruplar Arası	5,009	7	0,716	1,136	0,340
	Gruplar İçi	217,892	346	0,630		
	Toplam	22,157	353			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	4,085	7	0,584	0,961	0,460
	Gruplar İçi	210,072	346	0,607		
	Toplam	214,157	353			
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	4,941	7	0,706	0,862	0,537
	Gruplar İçi	283,314	346	0,819		
	Toplam	288,256	353			
Atmosfer	Gruplar Arası	3,391	7	0,484	0,962	0,459
	Gruplar İçi	174,314	346	0,504		
	Toplam	177,705	353			

Tablo 29 incelendiğinde kadın ve erkek katılımcıların hizmet kalitesi algıları arasında empati ve güvence, karşılık verme ve güvenilirlik, fiziksel özellikler ve

atmosfer boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 29: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Kadın	145	4,02	0,76	1,602	352	0,110
	Erkek	209	3,88	0,81			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Kadın	145	3,96	0,78	1,095	352	0,274
	Erkek	209	3,86	0,78			
Fiziksel özellikler	Kadın	145	3,63	0,98	-0,906	352	0,365
	Erkek	209	3,72	0,85			
Atmosfer	Kadın	145	4,03	0,75	-1,407	352	0,160
	Erkek	209	4,14	0,67			

Tablo 30’da ise katılımcıların aylık gelirlerine göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Tablodaki sonuçlar farklı gelir gruplarındaki katılımcıların hizmet kalitesi boyutları açısından algılarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Tablo 30: Katılımcıların Aylık Gelirlerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Empati ve güvence	Gruplar Arası	3,954	5	0,791		
	Gruplar İçi	218,946	348	0,629	1,257	0,282
	Toplam	222,901	353			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	3,836	5	0,767		
	Gruplar İçi	210,321	348	0,604	1,270	0,277
	Toplam	214,157	353			
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	5,916	5	1,183		
	Gruplar İçi	282,340	348	0,811	1,458	0,203
	Toplam	288,256	353			
Atmosfer	Gruplar Arası	4,089	5	0,818		
	Gruplar İçi	173,616	348	0,499	1,639	0,149
	Toplam	177,705	353			

Tablo 31'deki sonuçlar çocuğu olmayan ya da farklı sayılarda çocuğa sahip katılımcılar arasında da algıladıkları hizmet kalitesi algıları bakımından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Tablo 31: Katılımcıların Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Empati ve güvence	Gruplar Arası	0,580	3	0,193	0,304	0,822
	Gruplar İçi	222,321	350	0,635		
	Toplam	222,901	353			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	1,659	3	0,553	0,911	0,436
	Gruplar İçi	212,498	350	0,607		
	Toplam	214,157	353			
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	3,154	3	1,051	1,290	0,277
	Gruplar İçi	285,102	350	0,815		
	Toplam	288,256	353			
Atmosfer	Gruplar Arası	2,877	3	0,959	1,920	0,126
	Gruplar İçi	174,828	350	0,500		
	Toplam	177,705	353			

Tablo 32’de medeni durum değişkenine göre kalite algısının değişip değişmediğine ilişkin sonuçlar incelendiğinde evli ve evli olmayan katılımcılar arasında hizmet kalitesi algıları bakımından “karşılık verme ve güvenilirlik” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 32: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Evli	42	4,07	0,63	1,164	352	0,245
	Evli değil	312	3,92	0,81			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Evli	42	4,17	0,52	2,417	352	0,001
	Evli değil	312	3,86	0,80			
Fiziksel özellikler	Evli	42	3,93	0,72	1,867	352	0,063
	Evli değil	312	3,65	0,92			
Atmosfer	Evli	42	4,20	0,53	1,048	352	0,295
	Evli değil	312	4,08	0,72			

Katılımcıların hizmet kalitesi algılarının eğitim değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 33’te verilmiştir. Tablo 33 incelendiğinde eğitim durum değişkenine göre “empati ve güvence” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). “Empati ve güvence” boyutunda ortaya çıkan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan post hoc testi sonuçları, farklılığın herhangi bir eğitim almayan ile üniversite mezunu katılımcılar arasında olduğu görülmektedir. Aynı zamanda ilkökul mezunu katılımcıların empati ve güvence konusundaki algıları ile üniversite mezunu katılımcıların algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe çalışanlardan empati kurma ve güvence sağlama konularında beklentilerinin arttığı söylenebilir.

Tablo 33: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Empati ve güvence	Gruplar Arası	5,861	3	1,954	3,151	0,025	Bir Eğitimi Olmayan /Üniversite İlkokul/Üniversite
	Gruplar İçi	217,040	350	0,620			
	Toplam	222,901	353				
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	3,623	3	1,208	2,008	0,113	
	Gruplar İçi	210,534	350	0,602			
	Toplam	214,157	353				
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	2,698	3	0,899	1,102	0,348	
	Gruplar İçi	285,557	350	0,816			
	Toplam	288,256	353				
Atmosfer	Gruplar Arası	0,323	3	0,108	0,213	0,888	
	Gruplar İçi	177,381	350	0,507			
	Toplam	177,705	353				

Tablo 34'te katılımcıların eğitim durumlarına göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin ortalamalar verilmiştir. Tablo incelendiğinde empati ve güvence boyutunda eğitim düzeyi arttıkça hizmet kalitesi algısının düştüğü görülmektedir. Diğer boyutlar incelendiğinde ise farklı eğitim düzeyindeki katılımcıların kalite algıları birbirine oldukça yakındır.

Tablo 34: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Eğitim Durumu	n	\bar{X}	SS
Empati ve güvence	Mezun değil	115	4,03	0,75
	İlkokul	131	3,97	0,70
	Ortaokul / Lise	98	3,86	0,90
	Üniversite	10	3,28	1,00
Karşılık verme ve güvenilirlik	Mezun değil	115	3,99	0,75
	İlkokul	131	3,90	0,72
	Ortaokul / Lise	98	3,84	0,84
	Üniversite	10	3,41	1,09
Fiziksel özellikler	Mezun değil	115	3,76	0,91
	İlkokul	131	3,66	0,89
	Ortaokul / Lise	98	3,67	0,87
	Üniversite	10	3,25	1,27
Atmosfer	Mezun değil	115	4,10	0,73
	İlkokul	131	4,11	0,71
	Ortaokul / Lise	98	4,09	0,67
	Üniversite	10	3,92	0,97

Tablo 35’te katılımcıların meslek durumlarına göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin analiz sonuçları yer almaktadır. Tablo 35 incelendiğinde meslek durumu değişkenine göre “empati ve güvence” ve “karşılık verme ve güvenilirlik” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). “Empati ve güvence” ve “karşılık verme ve güvenilirlik” boyutlarında ortaya çıkan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, her iki boyutta da ev kadını katılımcılar ile emeklilerin hizmet kalitesi algıları istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmaktadır. Nitekim Tablo 36’da yer alan ortalamalar incelendiğinde ev kadınları, çalışanların empati yapma ve güvence sağlama düzeylerini yüksek düzeyde kaliteli bulurken, emekliler orta düzeyde kaliteli bulmaktadır. Bu durum çalışma ortamında bulunmayan, bu nedenle iş ortamı ve çalışma şartları hakkında daha az bilgiye sahip olan ev kadınlarının bakım merkezi yönetimi ve çalışanlarının tutum ve davranışlarına daha az eleştirel bakımlarından kaynaklanabilir. Bir diğer ifadeyle ev kadınları bakım merkezinde memnun olmadıkları durumları daha çok insani ilişkiler kapsamında değerlendirirken, iş yaşamında pek çok sorunla

karşılaşmış ve tecrübe etmiş emekli ve yönetici katılımcılar bu gibi durumları daha çok mesleki açıdan değerlendirebilirler.

Tablo 35: Katılımcıların Mesleklerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Empati ve güvence	Gruplar Arası	11,285	8	1,411	2,300	0,021	Ev Kadını- Emekli
	Gruplar İçi	211,616	345	0,613			
	Toplam	222,901	353				
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	9,706	8	1,213	2,047	0,040	Ev Kadını- Emekli Ev Kadını-Yönetici
	Gruplar İçi	204,451	345	0,593			
	Toplam	214,157	353				
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	7,599	8	0,950	1,168	0,318	
	Gruplar İçi	280,657	345	0,813			
	Toplam	288,256	353				
Atmosfer	Gruplar Arası	3,734	8	0,467	0,926	0,495	
	Gruplar İçi	173,971	345	0,504			
	Toplam	177,705	353				

Benzer şekilde “karşılık verme ve güvenilirlik” boyutunda kalite algısının ev kadınları ile emekli ya da yöneticiler arasında farklılaştığı görülmektedir. Bu durum yönetici düzeyinde çalışmış olan katılımcıların iş hayatında isteklerinin ve taleplerinin olumlu karşılık bulmasından ve bu nedenle beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Tablo 36: Katılımcıların Meslek Değişkenine Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Meslek	n	\bar{X}	SS
Empati ve güvence	Ev hanımı	101	4,11	0,67
	Memur	8	3,98	0,87
	İşçi	24	3,94	0,84
	Çiftçi	25	3,71	0,79
	Esnaf	11	3,63	0,77
	Serbest meslek	48	4,05	0,66
	Yönetici	3	3,21	1,03
	Emekli	22	3,52	1,00
	Diğer	112	3,92	0,85
	Karşılık verme ve güvenilirlik	Ev hanımı	101	4,00
Memur		8	3,99	0,73
İşçi		24	3,92	0,76
Çiftçi		25	3,84	0,77
Esnaf		11	3,67	0,70
Serbest meslek		48	4,02	0,61
Yönetici		3	2,85	1,86
Emekli		22	3,48	0,97
Diğer		112	3,90	0,78
Fiziksel özellikler		Ev hanımı	101	3,62
	Memur	8	4,16	0,63
	İşçi	24	3,82	0,78
	Çiftçi	25	3,58	0,89
	Esnaf	11	3,61	0,84
	Serbest meslek	48	3,96	0,54
	Yönetici	3	3,67	1,38
	Emekli	22	3,51	1,03
	Diğer	112	3,63	0,91
	Atmosfer	Ev hanımı	101	4,05
Memur		8	4,13	0,64
İşçi		24	4,24	0,63
Çiftçi		25	3,99	0,70
Esnaf		11	3,80	0,46
Serbest meslek		48	4,27	0,56
Yönetici		3	4,08	0,58
Emekli		22	3,97	0,83
Diğer		112	4,10	0,80

Tablo 37’de katılımcıların geldikleri yerleşim birimine göre ortalama hizmet kalitesi algılarına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Tablo 37 incelendiğinde gelinen yerleşim birimi değişkenine göre “fiziksel özellikler” ve “atmosfer” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). “Fiziksel özellikler” ve “atmosfer” boyutlarında ortaya çıkan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak

amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, “fiziksel özellikler” boyutunda köyden/beldeden gelen katılımcıların, ilçe merkezinden gelen katılımcılara göre hizmet kalitesi algılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Nitekim Tablo 38’deki ortalamalar incelendiğinde köyden gelen katılımcıların fiziksel özellikler ile ilgili kalite algıları yüksek düzeyde iken, ilçeden gelen katılımcıların algıları orta düzeydedir. Bu durum bakım merkezlerinde sunulan modern yaşam alanlarının, bunlardan mahrum olarak köy ortamında yaşayan bakıma muhtaç bireyin hizmet kalitesi algısını olumlu olarak etkilemesinden kaynaklanabilir. Bir başka deyişle bu farklılığın köyden gelen katılımcıların yaşadıkları ev ortamı ve fiziksel şartların, ilçeden gelen katılımcılara göre daha kötü olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tablo 37: Geline Yerleşim Yerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Empati ve güvence	Gruplar Arası	4,506	3	1,502			
	Gruplar İçi	218,395	350	0,624	2,407	0,067	
	Toplam	222,901	353				
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	2,937	3	0,979			
	Gruplar İçi	211,220	350	0,603	1,622	0,184	
	Toplam	214,157	353				
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	11,232	3	3,744			
	Gruplar İçi	277,023	350	0,791	4,730	0,003	Köy/Belde-İlçe
	Toplam	288,256	353				
Atmosfer	Gruplar Arası	5,482	3	1,827			
	Gruplar İçi	172,222	350	0,492	3,714	0,012	İl-İlçe
	Toplam	177,705	353				

Tablo 37 ve 38 incelendiğinde atmosfer boyutunda ilden gelen katılımcıların, ilçe merkezinden gelen katılımcılara göre hizmet kalitesi algılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum ilçe merkezinden gelen katılımcıların ilden gelen katılımcılara göre nispeten daha geniş bir sosyal çevreye sahip olmalarından, bu nedenle de ortamın atmosferini çok fazla önemsemek istememelerinden kaynaklanabilir.

Tablo 38: Gelinen Yerleşim Yerine Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Gelinen Yerleşim Birimi	n	\bar{X}	SS
Empati ve güvence	Köy / Belde	63	4,71	0,70
	İlçe	127	3,87	0,82
	İl	100	4,03	0,75
	Büyükşehir	52	3,76	0,90
Karşılık verme ve güvenilirlik	Köy / Belde	63	4,05	0,67
	İlçe	127	3,82	0,83
	İl	100	3,93	0,77
	Büyükşehir	52	3,84	0,80
Fiziksel özellikler	Köy / Belde	63	3,91	0,71
	İlçe	127	3,46	0,97
	İl	100	3,77	0,87
	Büyükşehir	52	3,76	0,95
Atmosfer	Köy / Belde	63	4,18	0,66
	İlçe	127	3,93	0,75
	İl	100	4,18	0,58
	Büyükşehir	52	4,22	0,82

4.4.5. Katılımcıların Hizmet Kalitesi Algılarının Bakım Merkezi Özellikleri ve Değerlendirmeleriyle İlişkisi

Araştırmanın dördüncü alt sorusu doğrultusunda katılımcıların hizmet kalitesi algılarının kaldıkları bakım merkezinin özelliklerine ve bakım merkeziyle ilgili değerlendirmelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir.

Tablo 39’da katılımcıların kaldıkları bakım merkezinin yasal statüsüne göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre kalınan bakım merkezinin yasal statüsüne göre “empati ve güvence” boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Bu boyutta özel bakım merkezlerinde kalan katılımcıların hizmet kalitesi algılarının, resmi bakım merkezinde kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Daha çok kurum yönetimi ve personelinin performansına bağlı olan “empati ve güvence” boyutunda ortaya çıkan bu farklılığın özel bakım merkezlerinde personelin resmi bakım merkezlerine göre daha etkin yönetilmesinden kaynaklanabilir. Bunun yanı sıra özel sektörde devlet kurumlarındaki gibi iş güvencesi olmayan çalışanların, işini

kaybetmemek adına sakinlerle olan ilişkilerinde daha hassas davranmaları bu durum üzerinde etkili olabilir. Maryland Health Care Commission (2016) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde kurum statüsüne göre farklılık olduğu görülmüştür.

Tablo 39: Hizmet Alınan Kurum Statüsüne Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları

	Kurum Statüsü	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Özel	150	4,09	0,66	3,247	351,332	0,001
	Devlet	204	3,83	0,86			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Özel	150	3,99	0,69	1,957	347,237	0,051
	Devlet	204	3,83	0,83			
Fiziksel özellikler	Özel	150	3,66	0,97	0,536	352	0,593
	Devlet	204	3,71	0,85			
Atmosfer	Özel	150	4,14	0,62	1,027	349,228	0,305
	Devlet	204	4,06	0,77			

Tablo 40’ta bakım hizmeti ücreti devlet ya da kendisi tarafından ödenen katılımcıların hizmet kalitesi algılarına ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Buna göre bakım ücretini kendisi ya da ailesi ödeyen katılımcıların hizmet kalitesi algıları “atmosfer” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu boyutta bakım ücretleri kendisi ya da ailesi tarafından ödenen katılımcıların hizmet kalitesi algılarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bakım merkezlerinde “özel” olarak adlandırılan bu sakinlerin, ödedikleri ücretin karşılığını alma hususunda daha fazla beklenti içerisine girmeleri, bakım hizmeti sunucu ve uygulayıcıları tarafından yabancı olunmayan bir durumdur. Bu nedenlerden ötürü bakım ücretini ödeyen tarafın kim olduğunun, algılanan hizmet kalitesi düzeyini etkileyen bir faktör olarak nitelendirilmesi hususu yanlış olmayacaktır.

Tablo 40: Bakım Ücretini Ödeyen Tarafa Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin t Testi Sonuçları

	Bakım Ücretini Ödeyen Taraf	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Devlet	334	3,95	0,80	1,337	352	0,182
	Kendisi/ailesi	20	3,71	0,64			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Devlet	334	3,92	0,78	1,520	352	0,129
	Kendisi/ailesi	20	3,64	0,75			
Fiziksel özellikler	Devlet	334	3,70	0,90	1,326	352	0,186
	Kendisi/ailesi	20	3,43	0,89			
Atmosfer	Devlet	334	4,11	0,71	2,084	352	0,038
	Kendisi/ailesi	20	3,78	0,57			

Tablo 41’de katılımcıların kaldıkları oda türüne göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Tablo 41 incelendiğinde kalınan oda türü değişkenine göre “fiziksel özellikler” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). “Fiziksel özellikler” boyutunda ortaya çıkan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, 5 ve üstü yatak bulunan odada kalan katılımcıların, yatak sayısı daha az olan odada kalan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük hizmet kalitesi algısına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 41: Katılımcıların Kaldıkları Oda Türüne Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark	
Empati ve güvence	Gruplar Arası	3,931	4	0,983	1,567	0,183		
	Gruplar İçi	218,969	349	0,627				
	Toplam	222,901	353					
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	1,818	4	0,454	0,747	0,561		
	Gruplar İçi	22,339	349	0,608				
	Toplam	214,157	353					
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	9,250	4	2,312	2,893	0,022	Tek Kişilik	5 ve Üstü
	Gruplar İçi	279,006	349	0,799			İki Kişilik	5 ve Üstü
	Toplam	288,256	353				Üç Kişilik	5 ve Üstü
Atmosfer	Gruplar Arası	2,373	4	0,593	1,181	0,319	Dört Kişilik	5 ve Üstü
	Gruplar İçi	175,331	349	0,502				
	Toplam	177,705	353					

Nitekim Tablo 42'deki ortalamalar incelendiğinde katılımcılar kaldıkları odadaki yatak sayısı arttığında fiziksel özelliklerinin kalitesini daha düşük düzeyde değerlendirmektedirler. Katılımcıların gün içerisinde farklı saatlerde ve gece boyunca vakit geçirdikleri odalarında daha az sayıda kişinin kalması yaşam konforunu olumlu etkileyebilmektedir. Bu durum kalite algılamasını da olumlu yönde etkileyebilir.

Tablo 42: Katılımcıların Kaldıkları Oda Türüne Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Kalınan Oda Yatak Sayısı	n	\bar{X}	SS
Empati ve güvence	Tek Kişilik	8	4,23	0,60
	2 Kişilik	160	3,97	0,83
	3 Kişilik	143	3,84	0,83
	4 Kişilik	22	4,07	0,47
	5 ve Üstü	21	4,19	0,45
Karşılık verme ve güvenilirlik	Tek Kişilik	8	4,18	0,58
	2 Kişilik	160	3,89	0,82
	3 Kişilik	143	3,86	0,81
	4 Kişilik	22	3,95	0,54
	5 ve Üstü	21	4,10	0,42
Fiziksel özellikler	Tek Kişilik	8	4,03	0,80
	2 Kişilik	160	3,73	0,88
	3 Kişilik	143	3,63	0,92
	4 Kişilik	22	3,92	0,55
	5 ve Üstü	21	3,33	1,18
Atmosfer	Tek Kişilik	8	4,28	0,63
	2 Kişilik	160	4,15	0,70
	3 Kişilik	143	4,00	0,75
	4 Kişilik	22	4,11	0,68
	5 ve Üstü	21	4,24	0,45

Bunun yanısıra istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına karşın diğer alt boyutlarda da en yüksek hizmet kalitesi algısının tek kişilik odada kalan katılımcılarda olduğu görülmektedir.

Tablo 43 katılımcıların bakım merkezine gelme nedenine göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin sonuçları göstermektedir. Tablo 43 incelendiğinde bakım merkezine gelme nedenine göre tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 43: Katılımcıların Bakım Merkezine Gelme Nedenlerine Göre Hizmet Kalitesi Algularına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Empati ve güvence	Gruplar Arası	3,843	4	0,961	1,531	0,193
	Gruplar İçi	219,058	349	0,628		
	Toplam	222,901	353			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	3,306	4	0,827	1,368	0,245
	Gruplar İçi	210,851	349	0,604		
	Toplam	214,157	353			
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	3,114	4	0,778	0,953	0,434
	Gruplar İçi	285,142	349	0,817		
	Toplam	288,256	353			
Atmosfer	Gruplar Arası	4,101	4	1,025	2,061	0,086
	Gruplar İçi	173,604	349	0,497		
	Toplam	177,705	353			

Tablo 44’te katılımcıların bakım merkezinden ayrılma isteğine göre hizmet kalitesi algularına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Tablo 44 incelendiğinde bakım merkezinden ayrılmak istemeyen katılımcılar ile ayrılmak isteyen katılımcılar arasında “empati ve güvence”, “karşılık verme ve güvenilirlik” ve “atmosfer” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$).

Tablo 44: Katılımcıların Bakım Merkezinden Ayrılma İsteğine Göre Hizmet Kalitesi Algularına İlişkin t Testi Sonuçları

	Ayrılma İsteği	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Evet	213	3,86	0,86	-2,487	341,559	0,013
	Hayır	141	4,06	0,67			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Evet	213	3,82	0,83	-2,608	336,886	0,010
	Hayır	141	4,03	0,68	-		
Fiziksel özellikler	Evet	213	3,62	0,94	-1,615	352	0,107
	Hayır	141	3,78	0,84			
Atmosfer	Evet	213	4,01	0,77	-2,924	352	0,004
	Hayır	141	4,23	0,58			

Nitekim katılımcıların hizmet kalitesi algıları incelendiğinde, bakım merkezinden ayrılmak istemeyen katılımcıların ayrılmak isteyen katılımcılarla karşılaştırıldığında hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların hizmet kalitesi algılarının bakım merkezinden ayrılma isteği nedenine göre farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin analiz sonuçları ise Tablo 45’te verilmiştir. Tablo 46’da ise katılımcıların bakım merkezinden ayrılma isteği nedenine göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin ortalamalar yer almaktadır. Tablo 45 incelendiğinde bakım merkezinden ayrılma nedenine göre tüm boyutlarda anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 45: Bakım Merkezinden Ayrılma İsteği Nedenine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı Fark		
Empati ve güvence	Gruplar Arası	14,085	4	3,521	5,171	0,001	Ev Ortamına Özlem Sosyal Çevreye Özlem	Hizmet kalitesinden memnun olmama
	Gruplar İçi	141,639	208	0,681				
	Toplam	155,724	212					
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	16,804	4	4,201	6,755	0,000	Ev Ortamına Özlem Sosyal Çevreye Özlem Merkeze Alışamama Diğer Nedenler	Hizmet kalitesinden memnun olmama
	Gruplar İçi	129,355	208	0,622				
	Toplam	146,159	212					
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	29,975	4	7,494	9,906	0,000	Ev Ortamına Özlem Sosyal Çevreye Özlem Sosyal Çevreye Özlem	Hizmet kalitesinden memnun olmama Merkeze Alışamama
	Gruplar İçi	157,351	208	0,756				
	Toplam	187,326	212					
Atmosfer	Gruplar Arası	12,736	4	3,184	5,799	0,000	Sosyal Çevreye Özlem	Hizmet kalitesinden memnun olmama
	Gruplar İçi	144,194	208	0,549				
	Toplam	126,930	212					

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan posthoc testi sonuçlarına göre “empati ve güvence” boyutunda ev ortamına özlem ve sosyal çevreye özlem nedenlerinden ayrılmak isteyen katılımcıların hizmet kalitesi algılarının, ayrılma

nedeni olarak bakım merkezi hizmet kalitesinden memnun olmamayı gösteren katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

“Karşılık verme ve güvenilirlik” boyutunda, ayrılma nedeni bakım merkezi hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik olan katılımcıların hizmet kalitesi algılarının diğer dört nedenle ayrılmak isteyen katılımcılardan anlamlı olarak daha düşüktür.

“Fiziksel özellikler” boyutunda da, ev ortamına özlem ve sosyal çevreye özlem nedenleriyle ayrılmak isteyen katılımcıların hizmet kalitesi algılarının, ayrılma nedeni olarak bakım merkezi hizmet kalitesinden memnun olmamayı gösteren katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu boyutta ayrıca sosyal çevresini özleyen katılımcıların hizmet kalitesi algıları bakım merkezine alışamayan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir.

“Atmosfer” boyutunda ise, sosyal çevreye özlem nedeniyle ayrılmak isteyen katılımcıların hizmet kalitesi algılarının bakım merkezi hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik nedeniyle ayrılmak isteyenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 46: Bakım Merkezinden Ayrılma İsteği Nedenine Göre Hizmet Kalitesi Algıları

Ayrılma İsteği Nedeni		n	\bar{X}	SS
Empati ve güvence	Ev ortamını özlüyorum	109	3,93	0,80
	Çocuklarımı/akrabalarımı/komşularımı özlüyorum	33	4,12	0,58
	Bakım merkezinin hizmet kalitesinden memnun değilim	14	2,96	1,05
	Bakım merkezine alışamadım	23	3,79	0,93
	Diğer	34	3,80	0,93
Karşılık verme ve güvenilirlik	Ev ortamını özlüyorum	109	3,88	0,78
	Çocuklarımı/akrabalarımı/komşularımı özlüyorum	33	4,15	0,64
	Bakım merkezinin hizmet kalitesinden memnun değilim	14	2,87	0,98
	Bakım merkezine alışamadım	23	3,72	0,79
	Diğer	34	3,76	0,86
Fiziksel özellikler	Ev ortamını özlüyorum	109	3,75	0,77
	Çocuklarımı/akrabalarımı/komşularımı özlüyorum	33	4,08	0,59
	Bakım merkezinin hizmet kalitesinden memnun değilim	14	2,66	1,17
	Bakım merkezine alışamadım	23	3,02	1,17
	Diğer	34	3,57	1,01
Atmosfer	Ev ortamını özlüyorum	109	4,01	0,75
	Çocuklarımı/akrabalarımı/komşularımı özlüyorum	33	4,23	0,51
	Bakım merkezinin hizmet kalitesinden memnun değilim	14	3,17	1,10
	Bakım merkezine alışamadım	23	3,88	0,71
	Diğer	34	4,19	0,75

Tablo 45 ve 46'daki bulgular ışığında hizmet kalitesi düzeyinde ortaya çıkan farklılığın ağırlıklı olarak bakım merkezinin hizmet kalitesinden memnun olmayan katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir. Bu bulgular bakım merkezlerindeki hizmet kalitesinin daha üst seviyeye çıkarılması için, bakım hizmetinden daha az memnun olan sakinlerin memnuniyetsizliklerini etkileyen unsurları belirlemenin gerekliliğini göstermektedir. Benzer şekilde kuruma alışamama da algılanan hizmet kalitesi düzeyini düşüren başka bir unsur olarak görülebilir.

Tablo 47'de katılımcıların bakım merkezinde kalma nedenine göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Tablo incelendiğinde bakım merkezinde

kalma nedenine göre “fiziksel özellikler” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan posthoc testi sonuçlarına göre, “fiziksel özellikler” boyutunda kalma nedeni ilgi ve alakadan hoşnut olan katılımcılar ile bakım merkezine ve çalışanlarına alışma gibi “diğer” nedenleri gösteren katılımcılar arasında olduğu görülmektedir.

Tablo 47: Bakım Merkezinde Kalma İsteğine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark	
Empati ve güvence	Gruplar Arası	1,395	3	0,465				
	Gruplar İçi	62,279	137	0,455	1,023	0,385		
	Toplam	63,675	140					
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	1,585	3	0,528				
	Gruplar İçi	62,666	137	0,457	1,155	0,329		
	Toplam	64,251	140					
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	7,048	3	2,349			İlgi ve alakadan hoşnut olma	Diğer Nedenler
	Gruplar İçi	91,762	137	0,670	3,507	0,017		
	Toplam	98,809	140					
Atmosfer	Gruplar Arası	2,035	3	0,678				
	Gruplar İçi	44,526	137	0,325	2,087	0,105		
	Toplam	46,561	140					

Nitekim Tablo 48'deki ortalamalar incelendiğinde bakım merkezindeki ilgi ve alakadan hoşnut olan katılımcıların kuruma alışmış katılımcılara göre fiziksel açıdan bakım merkezini daha kaliteli buldukları görülmektedir. Bu bulgular ışığında bakım merkezine gelen engelli bireylere gösterilecek ilgi ve alaka ile onların kendilerini evlerinde ve yakınlarının yanındaymış gibi hissetmelerinin sağlanması, ortamı bir ev gibi algılamalarına olumlu katkı sağladığı söylenebilir.

Tablo 48: Bakım Merkezinde Kalma İsteğine Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Kalma Nedeni	n	\bar{X}	SS
Empati ve güvence	Bakacak kimsenin olmaması	56	4,10	0,67
	İlgi ve alakayı beğenme	43	4,13	0,68
	Ortamın temiz sağlıklı olması	5	3,62	0,60
	Diğer	37	4,00	0,67
Karşılık verme ve güvenilirlik	Bakacak kimsenin olmaması	56	3,98	0,77
	İlgi ve alakayı beğenme	43	4,18	0,65
	Ortamın temiz sağlıklı olması	5	3,93	0,60
	Diğer	37	3,92	0,55
Fiziksel özellikler	Bakacak kimsenin olmaması	56	3,81	0,80
	İlgi ve alakayı beğenme	43	4,04	0,76
	Ortamın temiz sağlıklı olması	5	3,55	0,80
	Diğer	37	3,46	0,92
Atmosfer	Bakacak kimsenin olmaması	56	4,16	0,62
	İlgi ve alakayı beğenme	43	4,41	0,53
	Ortamın temiz sağlıklı olması	5	4,25	0,85
	Diğer	37	4,13	0,51

Tablo 49 bakım merkezinde sorun yaşayan veya yaşamayan katılımcıların hizmet kalitesi algılarının farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin t testi sonuçlarını göstermektedir. Tablo 49 incelendiğinde tüm boyutlar açısından sorun yaşayan ve yaşamayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Bakım merkezinde sorun yaşamayan katılımcıların, sorun yaşayan katılımcılara göre tüm boyutlarda daha yüksek hizmet kalitesi algısına sahip oldukları görülmektedir. Kaldığı kurumda herhangi bir sorun yaşamama doğal olarak katılımcıların algılarını olumlu yönde etkilemektedir.

Tablo 49: Bakım Merkezinde Sorun Yaşama Duruma Göre Hizmet Kalitesi Algıları

Bakım Merkezinde Sorun Yaşama		n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Evet	60	3,55	1,00	-3,495	72,044	0,001
	Hayır	294	4,02	0,72			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Evet	60	3,49	0,94	-3,890	73,364	0,000
	Hayır	294	3,99	0,71			
Fiziksel özellikler	Evet	60	3,30	0,96	-3,686	352	0,000
	Hayır	294	3,76	0,87			
Atmosfer	Evet	60	3,80	0,89	-2,942	72,632	0,004
	Hayır	294	4,15	0,65			

Tablo 50’de bakım merkezinde yaşanan sorunun tatmin edici bir şekilde çözümlenip çözümlenmediğine göre hizmet kalitesi algılarının farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo 50 incelendiğinde yaşadığı sorun tatmin edici bir şekilde çözümlenen katılımcılar ile sorunları çözümlenmeyen katılımcılar arasında “empati ve güvence”, “karşılık verme ve güvenilirlik” ve “fiziksel özellikler” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar mevcuttur ($p < 0,05$).

Tablo 50: Yaşanılan Sorunun Çözülme Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları

Sorunun Çözülmesi		n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Evet	31	3,83	0,86	2,365	58	0,021
	Hayır	29	3,24	1,06			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Evet	31	3,78	0,86	2,602	58	0,012
	Hayır	29	3,17	0,94			
Fiziksel özellikler	Evet	31	3,59	0,76	2,491	50,283	0,016
	Hayır	29	2,99	1,06			
Atmosfer	Evet	31	4,00	0,79	1,843	58	0,070
	Hayır	29	3,59	0,95			

Sorun yaşayan kurum sakinlerinin sorunlarının tatmin edici bir şekilde çözülmesi, algılanan hizmet kalitesi düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Bu sebeple bakım hizmeti alanların sorun yaşamalarının engellenmesi ya da yaşanan sorunun

çözülmesi hizmet kalitesi algısı bakımından önemli bir husus olarak değerlendirilebilir. Tablo 51’de katılımcıların başka bir bakım merkezine nakil isteyip istemediklerine göre hizmet kalitesi algılarını gösteren t testi sonuçları verilmiştir. Tablo 51 incelendiğinde nakil istemeyen katılımcıların, nakil isteyenlere göre “empati ve güvence”, “karşılık verme ve güvenilirlik” ve “atmosfer” boyutlarında anlamlı olarak daha yüksek hizmet kalitesi algısına sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 51: Başka Merkeze Nakil İsteme Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Başka Merkeze Nakil İsteği	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Evet	111	3,69	0,88	-3,773	180,120	0,000
	Hayır	243	4,05	0,72			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Evet	111	3,70	0,85	-3,07	186,400	0,002
	Hayır	243	3,99	0,73			
Fiziksel özellikler	Evet	111	3,56	0,90	-1,721	352	0,086
	Hayır	243	3,74	0,90			
Atmosfer	Evet	111	3,95	0,74	-2,647	352	0,008
	Hayır	243	4,16	0,68			

Tablo 52’de katılımcıların bakım merkezini başkalarına tavsiye edip etmemesine göre hizmet kalitesi algılarını gösteren t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo 52 incelendiğinde bakım merkezini başkalarına tavsiye edeceğini belirten katılımcıların, tavsiye etmeyeceğini belirtenlere göre tüm boyutlarda anlamlı olarak daha yüksek hizmet kalitesi algısına sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 52: Bakım Merkezini Başkasına Tavsiye Etme Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Bakım Merkezini Başkasına Tavsiye	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Evet	284	4,03	0,72	3,909	88,764	0,000
	Hayır	70	3,55	0,96			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Evet	284	4,00	0,72	4,266	93,612	0,000
	Hayır	70	3,51	0,87			
Fiziksel özellikler	Evet	284	3,75	0,88	2,674	352	0,008
	Hayır	70	3,43	0,95			
Atmosfer	Evet	284	4,17	0,66	4,059	352	0,000
	Hayır	70	3,79	0,81			

Tablo 53'te kurumda bir kalite yönetim sistemi uygulanıp uygulanmadığına göre hizmet kalitesi algıları verilmiştir. Tablo 53 incelendiğinde bir kalite yönetim sistemi uygulayan bakım merkezlerinde kalan katılımcıların hizmet kalitesi algılarının, kalite yönetim sistemi uygulamayan merkezlerde kalan katılımcılara göre “empati ve güvence” boyutunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 53: Bakım Merkezinde Kalite Sistemi Uygulanma Durumuna Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Kalite Yönetim Sistemi Uygulanması	n	\bar{X}	SS	t	sd	p
Empati ve güvence	Evet	164	4,04	0,79	2,218	352	0,027
	Hayır	190	3,85	0,79			
Karşılık verme ve güvenilirlik	Evet	164	3,94	0,80	0,896	352	0,371
	Hayır	190	3,87	0,76			
Fiziksel özellikler	Evet	164	3,65	0,99	-0,630	352	0,529
	Hayır	190	3,71	0,82			
Atmosfer	Evet	164	4,09	0,73	-0,115	352	0,908
	Hayır	190	4,10	0,69			

Çalışmanın “Türkiye’de Engelli Bakım Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları” başlığı altında ele alındığı üzere Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2016 yılı sonunda teşvik uygulamasıyla TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi’ni özel bakım

merkezlerine özendirici hale getirmiştir. Ayrıca bakanlık bir proje kapsamında bu kalite yönetim sisteminin resmi bakım merkezlerinde de uygulanmasını sağlamış durumdadır. Bu durumun çalışanların davranış biçimlerine olumlu olarak yansıtıldığı söylenebilir.

Tablo 54’te katılımcıların kaldıkları bakım merkezinin hizmet binasına göre hizmet kalitesi algılarını gösteren sonuçlar verilmiştir. Tablo 54 incelendiğinde bakım merkezinin hizmet binasına göre “fiziksel özellikler” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tek yönlü varyans analizi sonucunda ortaya çıkan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan post hoc testi sonuçlarına göre, tip proje binalarda hizmet veren bakım merkezlerinde kalan katılımcıların hizmet kalitesi algıları ile başka amaçla inşa edilmiş ve sonradan bakım merkezi olarak kullanılmış binalarda faaliyet gösteren bakım merkezlerinde kalan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 54: Hizmet Binası Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Algılarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Empati ve güvence	Gruplar Arası	0,625	2	0,313			
	Gruplar İçi	222,276	351	0,633	0,494	0,611	
	Toplam	222,901	353				
Karşılık verme ve güvenilirlik	Gruplar Arası	0,416	2	0,208			
	Gruplar İçi	213,740	351	0,609	0,342	0,711	
	Toplam	214,157	353				
Fiziksel özellikler	Gruplar Arası	6,099	2	3,050			
	Gruplar İçi	282,157	351	0,804	3,794	0,023	Tip Proje Revize edilmiş yapı
	Toplam	288,256	353				
Atmosfer	Gruplar Arası	0,346	2	0,173			
	Gruplar İçi	177,359	351	0,505	0,343	0,710	
	Toplam	177,705	353				

Tablo 55’te katılımcıların bakım merkezi bina özelliklerine göre hizmet kalitesi algılarına ilişkin ortalamalar yer almaktadır. Fiziksel özellikler ile ilgili ortalamalar incelendiğinde bakım merkezi olarak inşa edilen binalar bakım merkezinin taşıması gereken özelliklere sahip olduğundan, bu tip bakım merkezlerinde kalan katılımcılar

binanın fiziksel özelliklerini daha kaliteli buldukları görülmektedir. Bakım merkezinde sonradan yapılan revizyonlar, katılımcıların fiziksel kalite algılarının daha düşük olmasına neden olmaktadır. Anlamlı fark bulunmayan diğer boyutlarda ise ortalamaların birbirine çok yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 55: Katılımcıların Bakım Merkezinin Hizmet Binası Özelliklerine Göre Hizmet Kalitesi Algıları

	Bakım Merkezi Bina Özelliği	n	\bar{X}	SS
Empati ve güvence	Tip Proje	68	4,00	0,85
	Bakım merkez için inşa edilmiş yapı	68	3,99	0,75
	Bakım merkezi için inşa edilmemiş sonradan revize edilmiş yapı	218	3,91	0,79
Karşılık verme ve güvenilirlik	Tip Proje	68	3,90	0,88
	Bakım merkez için inşa edilmiş yapı	68	3,97	0,73
	Bakım merkezi için inşa edilmemiş sonradan revize edilmiş yapı	218	3,88	0,76
Fiziksel özellikler	Tip Proje	68	3,91	0,88
	Bakım merkez için inşa edilmiş yapı	68	3,77	0,74
	Bakım merkezi için inşa edilmemiş sonradan revize edilmiş yapı	218	3,59	0,94
Atmosfer	Tip Proje	68	4,06	0,88
	Bakım merkez için inşa edilmiş yapı	68	4,05	0,67
	Bakım merkezi için inşa edilmemiş sonradan revize edilmiş yapı	218	4,12	0,66

Bakım merkezi hizmet binasının bahçesinin, iç ve dış mimarisinin modern ve verilen hizmete uygun olması, bakım hizmetlerinde kalitenin artırılması için önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Tip proje binalarda faaliyet gösteren bakım merkezlerinde kalan katılımcıların “fiziksel özellikler” boyutunda daha yüksek hizmet kalitesi algısına sahip olmaları bu duruma işaret etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de yatılı engelli bakım merkezlerinde algılanan hizmet kalitesinin belirlenmesi bu araştırmanın konusunu teşkil etmektedir. Bu amaçla katılımcıların hizmet aldıkları kurum ile ilgili genel değerlendirmelerinin nasıl olduğu, yatılı engelli bakım merkezlerinde sunulan hizmet kalitesinin hangi boyutlardan oluştuğu, katılımcıların hizmet kalitesi boyutlarıyla ilgili eğilimlerinin neler olduğu ve onların algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarının kişiye ve kuruma özgü özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı sorularına cevap aranmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların demografik özellikleri, kalınan bakım merkezinin bazı özelliklerini ve katılımcıların kaldıkları bakım merkezi ile ilgili değerlendirmelerini belirlemeye yönelik toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Veri toplama aracının ikinci bölümünde ise, yatılı engelli bakım merkezlerinde hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla "*Servperf Hizmet Kalitesi Ölçeği*" kullanılmıştır. Ölçeğin orjinalinde bulunan 22 ifadenin bazılarında asıllarına bağlı kalınarak bakım merkezleri özelinde değişiklikler yapılmıştır. Bu 22 ifadeye ilaveten engelli bakımı alanındaki şartlar dikkate alınarak 11 ifade eklenmiştir. Katılımcılar veri toplama aracındaki ifadeleri 5’li Likert ölçeğine göre cevaplamışlardır. Çalışmada ihtimalsiz örnekleme yöntemlerinden olan kolayda örnekleme tekniği kullanılmıştır. Soruların zorluğu, katılımcıların engel ve yaş durumları göz önüne alınarak veri elde etmede başarı düzeyinin artırılması amacıyla anketler belirlenen bakım merkezlerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışmaya Ankara, Ardahan, Aydın, Bayburt, Çanakkale, Erzurum, Hatay, Isparta, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Kırıkkale, Kırşehir, Kocaeli, Kütahya, Malatya, Niğde, Ordu, Rize, Samsun, Siirt, Tokat, Van, Yozgat ve Zonguldak illerinde faaliyet gösteren bakım merkezinde kalan 374 engelli katılmıştır ve bu anketlerden 354 tanesi analize uygun görülerek SPSS paket programı ile analiz edilmiştir.

Ölçeği oluşturan 33 ifadeye uygulanan faktör analizi sonucunda ölçeğin 29 ifadesinin dört faktör altında toplandığı görülmektedir. Bu dört faktör toplam varyansın % 63,5’ini açıklamaktadır. Hizmet kalitesinin boyutları “empati ve güvence”, “karşılık verme ve güvenilirlik”, “fiziksel özellikler” ve “atmosfer” boyutlarından oluşmaktadır. Katılımcıların hizmet kalitesi algıları boyutlar açısından ve ifadeler açısından

incelendiğinde yüksek bir kalite algısının varlığı dikkat çekmektedir. Benzer şekilde genel hizmet kalitesi algısının da yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğunun bakacak kimsesinin olmaması, bakım ücretinin devlet tarafından ödenmesi, vb. durumlar göz önünde bulundurulduğunda içinde buldukları minnet duygusunun ve çaresizliğin bu durum üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların yarısı bakım merkezini bakacak kimselerinin olmaması nedeniyle tercih etmiştir, bununla birlikte ev ortamına özlem duymaktadırlar. Bir çoğu fırsatları olsa başka bir bakım merkezine geçmeyi ya da bakım merkezinden ayrılmayı düşünmektedir. Çok büyük bir bölümü bakım merkeziyle ilgili bir sorun yaşamamıştır ve bakım merkezini başkalarına tavsiye etmeyi düşünmektedir. Sorun yaşanması durumunda ise sorunlar tatmin edici bir şekilde çözülmeyebilmektedir. Katılımcıların kaldıkları bakım merkezlerinin önemli bir çoğunluğunun farklı bir amaçla inşa edilmiş binalardan oluştuğu görülmektedir. Yarısından fazlasında kalite yönetim sistemi uygulanmamaktadır.

Hizmet kalitesi algılarının demografik özellikler açısından farklılaşmış farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan analizlerde, yaş, cinsiyet, gelir ve sahip olunan çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Buna karşılık medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelinen yerleşim birimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Katılımcıların kalite algıları arasında bakım merkezinin statüsü, ücreti ödeyen taraf, kalınan oda türü, ayrılma isteği ve bunun nedeni, kalma isteği, sorun yaşama, sorunun çözülmesi, başka merkeze nakil isteme, bakım merkezini başkalarına tavsiye etme, kalite sistemine sahip olma, bina türü değişkenleri açısından da bazı boyutlar açısından anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Bu sonuçlar ve bakım hizmetleri ile ilgili mevcut mevzuat göz önünde bulundurulduğunda uygulamaya dönük öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Yatak sayısının az olduğu odalar sakinlerin yaşam konforunu olumlu yönde desteklediğinden, bakım merkezi hizmet binası tasarlanırken bu durumun göz önünde bulundurulması önemlidir.

- Diğer yandan bakım merkezi hizmet binasının “tip proje” olarak inşa edilmesi algılanan hizmet kalitesini daha üst seviyeye taşıyacak başka bir husustur. Mevzuat gereği Türkiye’de bakım merkezleri ruhsal, zihinsel ve bedensel olarak üç ayrı katogoride ruhsatlandırılmakta ve her bir engel grubu için ayrı bina ve bahçede hizmet verilebilmektedir. Bu kapsamda her bir engel grubu için kabul edilmiş uluslararası standartlara uygun tip projenin belirlenmesi ve yeni ruhsatlandırılacak bakım merkezlerine şart koşulması uygun olacaktır. Mevcut bakım merkezlerinin kazanılmış haklar çerçevesinde mevcut binalarının değiştirilmesi hukuki olarak istenememektedir. Ancak bakım sektöründe hizmet kalitesinin sektörel ve tek vücut olarak daha iyi bir düzeye getirilebilmesi için, bu tür stratejilerin topyekün ve birlikte hayata geçirilmesi önem arz etmektedir. Bu noktada yeni açılacak bakım merkezlerinin yanında mevcut bakım merkezlerinin de gerekli dönüşümü sağlaması için ek teşvik ödemesinin hayata geçirilmesi bir öneri olabilir. Belirlenecek tip projeyi uygulayan mevcut bakım merkezlerine verilecek ek teşvik ödemesi istenen dönüşümün gerçekleşmesinde yararlı olacaktır. Çok büyük yatırımları gerektiren bu tür bir dönüşüm için arazi tahsisi, çeşitli vergi ve harç indirimlerinin hayata geçirilmesi de uygun bir yol olabilir. Diğer yandan bakım merkezlerinin hizmet binası şartlarının kesin olarak belirlenmesi, sürekli olarak yeni yönetmelikler ile yeni bina şartları getirilmesi sorununu da ortadan kaldıracaktır. Zira araştırma kapsamında incelenen ilgili yönetmelikler vasıtasıyla bakım merkezlerinde kişi başı düşen metrekare büyüklüklerinin ve bina bölümleriyle ilgili şartların sürekli değiştirilmesi yatırım yapacak müteşebbisler için büyük bir belirsizliğe neden olmaktadır.
- Yaşanmışlıklarını, sevdiklerini, arkadaşları, maddi ve manevi bir çok varlığını arkasında bırakarak yeni bir ortama gelmek zorunda kalan bakıma muhtaç bireylerin bakım merkezine alışma süreci sancılı olabilmektedir. Bu noktada bakım merkezleri kuruma yeni gelen sakinleri bu alışma sürecinde aktif ve etkin olarak desteklemeli, gerekli psiko-sosyal destek yöntemlerini uygulamalıdır.

- Katılımcıların sorun yaşama durumları ve yaşanan sorunların çözülmesi ile ilgili sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda bu merkezlerde “Müşteri Şikayetleri Yönetim Sistemi”nin oluşturulmasının önemli bir adım olduğu düşünülmektedir. Bu sistem aracılığıyla bakım merkezlerinde yaşanan müşteri sorunlarının sistematik olarak araştırılması, anlaşılması ve çözümlenmesi için tedbirlerin alınması mümkün olabilir.
- Bakım merkezinde yaşanan sorunların çözümünde çalışanlar büyük rol oynamaktadır. Bu noktada bakıcı personelin hizmet veren ve sorun çözen taraf olarak rolleri, görevleri ve sorumluluklarının farkında olmaları için sürekli olarak hizmet içi eğitime tabi tutulmalarının önemli olduğu söylenebilir. Bu eğitimlerin içerikleri bakım merkezlerinin insiyatifine bırakılmış durumdadır. Bunun yerine bakanlık, ilgili sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerin ilgili bölümlerinin katılımıyla bakım merkezi çalışanlarının mesleki yeterliliklerinin artırılması ve işin niteliğinden kaynaklanan tükenmişlik sendromu gibi personelin zamanla duyarsızlaşmasına ve duygusal olarak yıpranmasına neden olan rahatsızlıkların önüne geçecek bir hizmet içi eğitim programının geliştirilmesi önem arz etmektedir.
- Türkiye’de üzere resmi ve özel bakım merkezleri çok büyük oranda TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi’ni uygulamaya başlamışlardır. Bu noktada bir sonraki amaç TS EN ISO 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemi ve TS EN ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi gibi sektörle ilgili diğer yönetim sistemlerinin entegre olarak uygulanması olabilir. Diğer yandan farklı ülkelerde bakım merkezlerinin kalite standartlarının alana özel geliştirilmiş standartlar olduğu görülmektedir. Buradan hareketle TS EN ISO 9001:2015 kalite yönetim standardı yerine ülkemizdeki yasal mevzuata uygun, hantal olmayan bir yapıda ve ölçülebilir kalite kriterleri ile geliştirilecek bakım hizmetleri kalite standartlarının uygulanması hizmet kalitesi seviyesini daha üst düzeye taşımak adına yararlı olabilir.

- Sakinlerin eski yaşantısına ve çevresine duydukları özlemin olumsuz etkisini azaltmak adına engelli bireyin ailesi ve mümkünse yakın çevresi bakım sürecine dahil edilmelidir. Engelli bireyin yakınlarıyla daha iyi ve yoğun iletişim kurarak kurum ziyaretleri arttırılmalı, engelli bireyin sık sık evini ve komşularını ziyareti sağlanmalıdır. Bakım merkezi bina tasarımlarında engelli bireyin ailesi ve yakınlarıyla vakit geçirebilecekleri gerekli alanların sağlanması da değerlendirilmesi gereken bir husustur. Bireyin arzu ettiği ortamda bakım hizmeti alabilmesi amacıyla gündüzlü bakım evlerinin ve evde bakım hizmeti veren kuruluşların sayısının arttırılması da önem arz etmektedir. Bir başka çözüm önerisi ise, fiziksel ortam iyileştirilmesi için farklı maddi desteklerin ve bakım için kalifikasyonun sağlanması için eğitim desteklerinin sağlanması olabilir.
- Kaldıkları bakım merkezinden ayrılmak isteyen katılımcıların bir kısmı da memleketlerinde bakım hizmeti almak istediklerinden dolayı ayrılmak istediklerini belirtmişlerdir. Gelişmiş batı ülkelerine göre Türkiye’de henüz emekleme aşamasında olduğu söylenebilecek kurumda bakım hizmeti ülkemizin bütün şehirlerinde verilememektedir. Bazı illerde hiç bakım merkezi bulunmazken, bazı illerde her engel grubu için bakım merkezi yoktur. Bazı durumlarda ise şehirde bakım merkezi bulunsa dahi boş kontenjan bulunmamaktadır. Bu durumda engelli birey çevre illerdeki bakım merkezlerine yollanmaktadır. Bu durum kurum sakininin daha az ziyaret edilmesine ve kendisinin izinli olarak evine daha seyrek gidebilmesine neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı iller bazında kurumsal bakım ihtiyacı bakanlık tarafından iyi analiz edilmelidir ve her engel grubuna göre kapasite belirlenmelidir. Her bireye kendi memleketinde bakım hizmeti verilebilmesi adına bakım merkezlerinin tüm illerde dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- Resmi bakım merkezlerinde çalışan personelin sakinlerle ilişkilerinin daha üst seviyeye çıkartılmasına katkı sağlaması açısından resmi bakım merkezlerinde performansa dayalı ödül sistemleri uygulanabilir.

- Çalışma kapsamında yapılan mevzuat incelemesinde 2016 yılında yapılan değişikliğiyle yeni açılacak bakım merkezlerine bir binada sadece bir engel türüne hizmet verme izni verildiği görülmektedir. Değişiklik öncesi açılan bakım merkezleri ise bedensel, zihinsel ve ruhsal engel gruplarına aynı binada bakım hizmeti vermeye devam etmektedirler. Ancak yeni düzenlemeyle tek binada faaliyet göstermeleri durumunda bu kurumlara da bir engel grubu seçme zorunluluğu getirilmiştir. Bu bakım merkezleri seçilen engel grubu dışında engelli kabulü yapamazken, seçilen engel grubunda olmayan ve hali hazırda kurumda kalan engelliler kurumdan kendi istekleriyle ayrılan ya da vefat edene kadar bakım merkezinde kalmaya devam etmektedirler. Kurumlar arası engelli değişimi ile karma bakım hizmetine son verilmesi ya da mümkünse bahsi geçen bakım merkezlerinde farklı engel gruplarının farklı alanlarda yaşayabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Ülkemizde bakım hizmeti ücretlerinde özel ve resmi bakım merkezleri arasında oldukça yüksek bir ücret farkının bulunduğu görülmektedir. Buna göre yaklaşık 6000 engelliye bakım hizmeti sunan resmi bakım merkezlerinde kişi başı yapılan harcama tutarı, 10000'den fazla engelliye hizmet veren özel bakım merkezlerine ödenen kişi başı bakım ücretinin iki katından fazladır. Hizmet sunanın hizmet alanla çok yüksek bir düzeyde etkileşim halinde olduğu, hizmet sunanın fiziki ve psikolojik açıdan ağır yük altında çalıştığı böylesine önemli bir hizmet branşında çalışanların daha iyi maddi koşullarda hizmet sunması, hizmet kalitesini daha da yükseltici bir etken olarak değerlendirilebilir.
- Bakım hizmeti kavramının tanımlanmasına önemli derecede yön veren kavram “bakıma muhtaçlık” kavramıdır. Bakıma muhtaçlık kavramı bireyin engellilik ya da hastalık gibi nedenlere bağlı olarak yaşamını sürdürebilmesi için zaruri olan günlük ihtiyaçlarını başkasının yardımı olmadan karşılayamaması durumudur. Bakım hizmeti kavramının ise genel olarak bireyin bu ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için desteklenmesi

olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu tanımlamalar ışığında bakım hizmetlerinin kapsamı da tartışılması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşamın devamı için desteklenmesi gereken günlük yaşamın temel ihtiyaçlarının ne olduğu ile ilgili gerek literatürde ele alınan bakım modellerinde, gerek ülke mevzuatlarında farklı tanımlamalar olduğu görülmektedir. Bu noktada verilecek desteklerin beslenme, giyinme, banyo yapma, tuvalet ihtiyacının giderilmesi gibi günlük yaşam aktiviteleri ile yemek hazırlama, para yönetimi, basit ev işlerinde yardım gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri yanında, bireyin yaşam arzusunun ve sosyal yaşamının devamını sağlamaya yönelik psiko-sosyal destekleri de kapsamı gerekmektedir. Türkiye’de yasal mevzuatta tanımlanan bakıma muhtaçlık tanımı ele alındığında, mevcut kriterler dahilinde istatistiklere girenden çok daha fazla bakıma muhtaç birey olduğu aşikardır. Türkiye’de bireylerin bakım ihtiyacı, sağlık kurulu raporu ve ekonomik muhtaçlık gibi farklı kriterler ile belirlenmektedir. Belirlenen kriterler dışında kalan ancak yine de değişik düzeylerde bakım ihtiyacı olan engellilerin bakım sistemine dahil edilmeleri için gelişmiş ülke örneklerinden de yararlanılarak yeni kriterlerin getirilmesi, bakım hizmetlerinin daha geniş toplum kesimlerine sunulabilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Böyle bir uygulamanın bakım hizmeti alan birey sayısında bir patlamaya neden olacağı ve sonuç olarak sosyal yardım kapsamında yapılan bakım finansmanının sürdürülebilir halden çıkmasına sebebiyet verebileceği düşünülebilir. Bu noktada bazı ülke örneklerinde olduğu gibi bakım sigortası benzeri araçlarla bakım finansmanı sağlanabilir. Bu gibi finansal çözümler bakım hizmetlerinin toplum kesimlerinde daha yaygın verilebilmesi için kolaylaştırıcı bir unsur olarak değerlendirilebilir. Arz-talep dengesi içerisinde böyle bir genişleme bakım hizmeti veren kuruluşların artması ve bakım sektörünün büyümesi anlamına da gelmektedir.

- Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bakım hizmetlerinin sivil toplum örgütlerine bağlı, kar amacı gütmeyen kuruluşlar vasıtasıyla verilmesi,

sektörde rekabetin artırarak verilen bakım hizmetinin niteliğini ve kalitesini daha da yükseltebilir. Bu kapsamda engelli bakım hizmeti sunumunda sivil toplum örgütlerinin teşvik edilmesi amacıyla çeşitli muafiyetler, vergi indirimleri, yatırım teşvikleri gündeme getirilebilir.

- Türkiye’de genelde bakım hizmetleri özelde ise yatılı bakım hizmetleri alanında yapılmış çok az akademik çalışma bulunmaktadır. Hızlı büyüyen ve önemi gün geçtikçe artan böylesine hassas ve önemli bir alanda yapılacak akademik çalışmalar, konferans ve kongreler bu alandaki farkındalığı arttıracak, sektördeki kalite çabalarını destekleyecek ve politika belirleyicilere yol gösterici olacaktır. Bu nedenlerden dolayı Aile ve Sosyal Politikanlığı, ilgili sivil toplum örgütleri ve üniversitelerin ilgili bölümlerinin ortak çalışmalarıyla bakım hizmetleri ile ilgili konferans ve kongreler düzenlenmesi ve bu alanda yapılacak çalışmalara platform olmak üzere akademik dergilerin yayınlanması bakım hizmeti alanının bilimsel ayağını güçlendirecek faaliyetler olarak görülebilir.

Araştırmada ulaşılan sonuçlar ışığında gelecekte yapılacak araştırmalar için ise şu öneriler sıralanabilir:

- Yapılan literatür taraması sonucunda yatılı bakım hizmetlerinde hizmet kalitesini ölçmek amacıyla farklı ülkelerde farklı ölçekler kullanıldığı görülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda mevcut ölçeklerle birlikte Türkiye’de yatılı bakım hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmek amacıyla gerekli mevzuat hükümlerini de göz önüne alarak ölçek geliştirme çalışmalarının yapılması literatüre katkı sağlayacaktır. Bu çalışmaların yanı sıra gelecekte yapılacak nicel araştırmalarda sakinlerin kişisel özelliklerinin ya da kurum çalışanlarının kişisel özelliklerinin hizmet kalitesi üzerindeki etkisi incelenebilir.
- Gelecekte yapılacak araştırmalarda bakım hizmetlerinde hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve müşteri bağlılığı ile ilişkisini

irdeleyen araştırmaların yapılması bakım hizmetleri literatürüne katkı sağlayacaktır.

- Gelecekte yapılacak araştırmalarda yatılı bakım hizmetlerinde hizmet kalitesi, kritik olaylar tekniği gibi farklı kalite ölçüm teknikleri yoluyla da ele alınabilir. Nitel araştırma tasarımının kullanılacağı bu araştırmalarda hizmet kalitesi algısını olumlu ya da olumsuz etkileyen kritik olaylar üzerinden kalite konusu daha bütüncül ve derinlikli bir şekilde incelenebilir. Bu tür araştırmalarda bağlama özgü farklı değişkenlerin hizmet kalitesi ile ilişkisi daha ayrıntılı bir şekilde ortaya konulabilir.
- Görüşme ve gözlem tekniklerinin bir arada kullanılacağı nitel araştırmalar, sakinlerin gerçekte algıladıkları hizmet kalitesi düzeyi ile beyan ettikleri hizmet kalitesi düzeyi arasındaki olası farklılıkların ortaya çıkartılması adına da yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Adamer, C. (2005). *Ansätze zu Qualitäts- und Prozessmanagement am Beispiel der Bibliothek der thesesianischen Militarakademie*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Ahlert, D. ve Evanschitzky, H. (2003). *Dienstleistungsnetzwerke-Management, Erfolgsfaktoren und Benchmarks im Internationalen Vergleich*. Berlin: Springer Verlag.
- Akcan, A. F. (2009). *Hizmet Pazarlamasında Kalite ve Ordu Yardımlaşma Kurumu (OYAK) Üzerine Bir Uygulama*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aksu, M. (2012). *Hizmet Kalitesinin Bir Unsuru Olarak Atmosferin Müşteri Sadakati Üzerine Etkisi: Bozcaada'daki Otellerde Konaklayan Yerli Turistler Üzerinde Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Almaçık, Ü. ve Özbek, V. (2009). Otobüs İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü- Kandıra Gürkan Turizm Örneği. *International Journal of Economic and Administrative Studies*. 1(3): 125-138.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri-SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Kitapevi.
- , R., Özdemir, Ş. ve Torlak, Ö. (2012). *Modern Pazarlama* (5. Baskı). Sakarya: Değişim Yayınları.
- , R., Özdemir, Ş. ve Torlak, Ö. (2014). *Pazarlama İlkeleri ve Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Arpacı, T., Ayhan, D. Y., Böge, E ve Üner, M. M. (1994). *Pazarlama* (2. Baskı). Ankara: Gazi Yayınları.

- Auer, C. (2004). *Performance Measurement für das Customer Relationship Manager - Controlling des IKT-basierten Kundenbeziehungsmanagements*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Babakus, E. ve Boller, G. W. (1992). An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Business Research*. 24(3): 253-268.
- , E. ve Mangold, W. G. (1992). Adapting the Servqual Scale to hospital services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*. 26(6): 767-786.
- Bauer, G. (2010). *Die 24-Stunden-Betreuung in Österreich, Motive und Beschäftigungsverhältnisse von osteuropäischen Pflege- und Betreuungspersonen*. (Diplomarbeit). Wirtschaftsuniversität Wien.
- , R. ve Maiwald, A. (2008). *Onkologische Pflege*. Stuttgart: George Thieme Verlag.
- , J. M. (2003). *Qualitätssicherung und die Erstellung von Qualitätssicherungssystemen an Organisationen für die Universitäre Ausbildung von IngenieurInnen*. (Dissertation). Wien: Technische Universität Wien.
- Behrendt, H. (2008). *Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern*. Göttinger: Cuvillier Verlag.
- Bitner, M. J., Booms, B. H. ve Tetreault, M. S. (1990). The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. *Journal of Marketing*. 54: 71-84.
- Böcker, P. (2007). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren*. Norderstedt: Grin Verlag.
- Bröckermann, R., Vorbrüggen, M. M. ve Witten, E. (2007). *Qualitätskonzepte im Personalmanagement-Grundlagen und Fallbeispiele*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

- Bruhn, M. (2013). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen-Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement- Grundlagen-Konzepten-Methoden* (9. Auflage). Berlin: Gabler Verlag.
- , M. ve Stauss, B. (2002). *Electronic Services-Dienstleistungsmanagement*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- , M. ve Stauss, B. (1991). *Dienstleistungsqualität-Konzepte-Methoden-Erfahrungen*. Wiesbaden: Springer- Gabler Verlag.
- Bruns, A. (2006). *Simultat hybride Qualitätsstrategie im Privatkundengeschäft von Kreditinstituten. Erfolgreiche Syntese von Kosten- und Qualitätsvorteilen*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Bülbül, H. ve Demirer, Ö. (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri SERVQUAL ve SERPERF'in Karşılaştırmalı Analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 20: 181–198.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perception of Service Quality: An Assessment of Servqual Dimensions. *Journal of Retailing*. 66(1): 33-55.
- Chang, S. C., Shiu, M. N., Chen, H. T., Ng, Y. Y., Lin, L. C. ve Wu, S. C. (2015). Evaluation of Care Quality for Disabled Older Patients at Home and in Institutions. *Journal of Clinical Nursing*. 24: 3469-3480.
- Chao, S. Y. ve Roth, P. (2005). Dimensions of Quality in Long-Term Care Facilities in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 52(6): 609–619.
- Charlier, S., Meyer, N., Müller, H., Rappenhöner, B., Heuser, S. S. ve Schmitt, U. (2013). *ABC der Pflegedienstleistung, Das Nachschlagewerk fürs Management*, Hannover: Schlütersche Verlag.
- Clow, K.F. ve Vorhies, D.W. (1993). Building a Competitive Advantage for Service Firms. *Journal of Services Marketing*. 7(1):22-32.

- Crijns, R. ve Janich, N. (2009). *Interne Kommunikation von Unternehmen-Psychologische, kommunikationswissenschaftliche und kulturvergleichende Studien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cronin, J. J. ve Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*. 56: 55-68.
- Cronin, J. J. ve Taylor, S. A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*. 58: 125-131.
- Curry, A ve Sinclair, E. (2002). Assessing the Quality of Physiotherapy Services Using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 15(5): 197 – 205.
- Çınar, E. (2010). *Hava Trafik Kontrol Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çiftçi, C. (2006). Müşteri Memnuniyeti, Kalite ve Osmanlı Esnafı. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 7: 17-34.
- Çimen, M., Soydan, F. ve Çetin, M. (2010). Bir Özel Bakım Merkezinde Kalanların Verilen Hizmetlerden Memnuniyet Durumlarının Araştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 52: 104-111.
- Çelen, Ö., Abuhanoğlu, H. ve Teke, A. (2016). Memnuniyet, Bağlılık ve Yalnızlık İlişkisi TSK Ankara Özel Bakım Merkezinde Bir Araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15(1): 19-26.
- Danış, M. Z. ve Genç, Y. (2011). Kurumsal Bakım Elemanlarının Genel Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 2: 170-183.
- Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010: 74-82.

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Millbank Memorial Fund Quarterly*. 44(3): 166-203
- , A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed. *JAMA*. 260(12): 1743-1748
- Duffy, J. A., Duffy, M. ve Kilbourne, W. (1997). Cross National Study of Perceived Service Quality in Long-Term Care Facilities. *Journal of Aging Studies*. 11(4): 327-336.
- Dursun, T. (2011). *Uzaktan Eğitimde Hizmet Kalitesinin Ölçümlenmesi ve Eğitim Sektöründe Bir Uygulama*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dürk, M. (2011). *Das Gap-Model zur Identifikation von Ursachen für Qualitätsmangel*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Efil, İ. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi* (7. Baskı). Bursa: Dora Yayınları.
- Engel, K. (2007). *Qualität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege, Eine Interventionsstudie mit dem Resident Assessment Instrument RAI 2,0*. (Dissertation). Berlin: Technische Universität Berlin.
- Er, İ. (2014). *Üretim Yönetimi. İçinde Pazarlama*. (Editör: B. Z. Erdoğan). Bursa: Ekin Yayınevi. 195-239.
- Eser, Z. (2007). *Hizmetlerde Pazarlama İletişimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Evers, A. ve Heinze, R. G. (2008). *Sozialpolitik, Ökonomisierung und Entgrenzung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Falk, T. (2007). *Elektronische Dienstleistungsqualität-Konzeption, Messung, Identifikation asymmetrischer Effekte auf die Kundenzufriedenheit*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Felgner, L. (2008). *Psychiatrische Pflege, Unterrichts- und Arbeitsmaterialien für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- Fiechter, V. ve Meier, M. (1981). *Pflegeplanung. Eine Anleitung für den Praxis*. Basel: Recom Verlag.
- Frost, F. A. ve Kumar, M. (2000). INTSERVQUAL- an Internal Adaptation of the GAP Modelin a Large Service Organisation. *Journal of Service Marketing*, 14(5): 358-377.
- Gallas, D. S. (2003). *Strategische Produktgestaltung-Ansatz zur marktorientierten Gestaltung profitabler Produkte*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Garvin, D. A. (1984). What does “Product Quality” Really Mean. *Sloan Management Review*. 26(1): 25-44.
- Gassmann, M., Marschall, W. ve Utschakowski, J. (2006). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege-Mental Health Care*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Getty, J. M. ve Thomson, K. N. (1994). A Procedure for Scaling Perceptions of Lodging Quality. *Hospitality Research Journal*. 18(2): 75–96.
- Ghotbabadi, A. R., Feiz, S. ve Baharun, R. (2015). Service Quality Measurements: A Review. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 5(2): 267-286.
- Glass, A. (1991). Nursing Home Quality: A Framework for Analysis. *The Journal of Applied Gerontology*. 10(1): 5-18.
- Gottschalk, B., Kalmbach R. ve Dannenberg J. (2005). *Markenmanagement in der Automobilindustrie. Der Erfolgsstrategien internationaler Top-Manager* (2. Überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Gabler/GWV Fachverlage.
- Greiling, D. (2009). *Performance Measurement in Nonprofit-Organisationen*. Wiesbaden: Gabler GWV Fachverlage.
- Grond, E. (2006). *Kompendium der Alters-Psychiatrie und Alters-Neurologie für Altenpfleger/innen* (4., aktualisierte Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag

Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing. A Customer Relationship Management Approach* (2nd Edition). Chichester: John Wiley & Sons.

———, C. (1990). *Service Management and Marketing. Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington: Free Press/Lexington Books.

———, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*. 18(4): 36-44.

Gustafson, D. H., Sainfort, F. C., Konigsveld, R. V. ve Zimmerman, D. R. (1990). The Quality Assessment Index (QAI) for Measuring Nursing Home Quality. *Health Service Research*. 25(1): 97-127.

Gümüőođlu, Ő., Pırnar, İ., Akan, P. ve Akbaba A. (2007). *Hizmet Kalitesi-Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Gülmez, M. ve Dörtıyol, İ. T. (2009). *Açıklamalı Pazarlama Sözlüğü*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Haller, S. (1995). *Beurteilung von Dienstleistungsqualität, Dynamische betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Herold, E. E. (2001). *Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker Menschen: Ambulante Pflege, Band 1: Grundlage - Pflegeanleitung, Pflegeberatung, Pflegeprozess, Kommunikative Methoden - Ganzheitliche, integrative Pflege* (2., überarbeitete und ergänzte Auflage). İçinde *Theoretische und Methodische Grundlagen für die ambulante Pflege* (Editör: E. E. Herold). Hannover: Schlütersche Verlag. 58-205.

Hoehl, M. ve Kullick, P. (2012). *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* (4. Auflage). Stuttgart: George Thieme Verlag.

Horn, C. (2009). *Qualitätsmessung im Private Banking-Eine Analyse der Dienstleistungsqualität und deren Auswirkungen*. Köln: Josef Eul Verlag.

- İslamoğlu, A. H. (2013). *Pazarlama Yönetimi-Stratejik Yaklaşım* (6. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- , A. H. (2011). *Pazarlama Yönetimi* (5. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- , A. H., Aydın, K., Candan, B. ve Hacıfendioğlu, Ş. (2011). *Hizmet Pazarlaması* (2. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Judith, H. (2011). *Zufriedenheitsanalyse im Alten- und Pflegeheim, Evaluierung der Betreuungsqualität und der Angehörigenarbeit aus der Perspektive von Angehörigen der Bewohner*. (Diplomarbeit). Linz: FH Oberösterreich.
- Kaiser, M. O. (2005). *Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit, Dimensionen und Messmöglichkeiten* (2. Auflage). Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Kammer, K. (1998). *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation* (3.Auflage). Hannover: Schlattersche Verlag.
- Karafakıoğlu, M. (2006). *Pazarlama İlkeleri* (2. Baskı). İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Karahan, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması* (2. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Karakuş, B. (2015). *Yaşlı Bakımında İyi Uygulamalar. İçinde Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri*. Sistem ve Jenerasyon Derneği Avrupa Birliği Proje Kitapçığı. 28-39.
- Kayral, İ. H. (2012). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara’da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kirchner, A., Kaufmann, H. ve Schmid, D. (2007). *Qualitätsmanagement - Arbeitsschutz und Umweltmanagement* (1. Auflage). Haan-Grüten: Europa Lehrmittel Verlag.
- Koçoğlu, C. M. ve Aksoy, R. (2012). Hizmet Kalitesinin Servperf Yöntemi ile Ölçülmesi: Otobüs İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. *Akademik Bakış Dergisi*. 29: 1-20.

- Konieczny, G. (2001). *Die Messung Und Steigerung Der Qualität Von Dienstleistungen In Der Flugzeugkabine – Ein Beitrag Zur Kundenorientierten Flugzeugentwicklung*. (Dissertation). Berlin: Technische Universität Berlin.
- Kordowich, P. (2010). *Betriebliche Kommunikationsprozesse bei Dienstleistern*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Korecic, J. (1996). *Pflegestandarts Altenpflege*. Berlin: Springer Verlag.
- Korkmaz, S., Eser, Z., Öztürk, S. A. ve Işın, F. B. (2009). *Pazarlama-Kavramlar-İlkeler-Kararlar*. Ankara: Siyasal Yayın-Dağıtım.
- Kotler, P., Armstrong, G., Wong, V. ve Saunders, J. (2011). *Grundlagen des Marketing* (5. Auflage). München: Pearson Studium.
- , P. (2000). *Pazarlama Yönetimi* (Millennium Baskı). Çev. Nejat Muallimoğlu. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Kruse, M. (2002). *Marketing ambulanter Pflegedienst*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Kunz, C., Kunz, W. ve Seel, M. (2003). *Kompaktwissen Krankenpflege: Die rationelle Vorbereitung auf das mündliche und schriftliche Staatsexamen* (2. Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Kuzu, A. (2010). *Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: Servqual Uygulaması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Lapre, F. A. L. (2012). *Service Quality in Nursing Homes, A Construct, Measurement And Performance Model To Increase Client Focus*. Bradford: Universty of Bradford.
- Lay, R. (2012). *Ethik in der Pflege, Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung* (2., aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlag.

- Lee, R. I. ve Jones, L. W. (1933). *The fundamentals of good medical care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Liebetruth, T. (2016). *Prozessmanagement im Einkauf und Logistik-Instrumente und Methoden für das Supply Chain Process Management*. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Lovelock, C. ve Wirtz, J. (2007). *Services Marketing: People, Technology, Strategy* (6th Edition). New Jersey: Prentice Hall.
- , C. H. (1983). Classifying Service to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*. 47: 9-20.
- Mattiasson, A. C. ve Anderson, L. (1997). Quality of Nursing Home Care Assessed by Competent Nursing Home Patients. *Journal of Advanced Nursing*. 26: 1117-1124.
- Meffert, H., Bruhn M. ve Hadwich, K. (2015). *Dienstleistungsmarketing: Grundlagen - Konzepte –Methoden* (8. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Menche, N. (2008). *Repetitorium Pflege Heute* (2. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.
- Messer, B. (2008). *Tagliche Pflegeplanung in der Stationären Altenpflege, Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung* (3. aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlag.
- Mucuk, İ. (2004). *Pazarlama İlkeleri ve Örnek Olaylar* (14. Baskı). İstanbul: Türkmen Kitapevi.
- Mühlenkamp, H. ve Simonji, M. (2004). *Zur Ermittlung der Qualität von Bibliotheksdienstleistungen Konzept und Ergebnisse Einer 2003 durchgeführten Benutzerfrage* (Band 8). Wiesbaden: Dinges und Frick Verlag.

- Müller, H. (2015). *Arbeitsorganisation in der Altenpflege, Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und- sicherung* (5. Aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlag.
- Münch, J. (1996). *Qualitätsbegriff und Qualitätsmodelle. İçinde Ökonomie betrieblicher Bildungsarbei- Qualität-Kosten-Evaluierung-Finanzierung.* (Editör: J. Münch). Berlin: Erich-Schmidt Verlag. 30-51.
- Najda, L. (2001). *Informations- und Kommunikationstechnologie in der Unternehmensberatung-Möglichkeiten, Wirkungen und Gestaltung des Einsatzes.* Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Nakip, M. (2013). *Pazarlamada Araştırma Teknikleri ve SPSS Uygulamaları* (3 Baskı). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- , M., Varinli, İ. ve Gülmez, M. (2012). *Güncel Pazarlama Yönetimi.* Ankara: Detay Yayıncılık.
- Odabaşı, Y. (2006). *Satıştave Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi* (6. Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Oğlak, S. (2008). *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye).* İskenderun: İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları.
- Okumuş, A ve Yasin, B. (2007). Yapı Market Müşterilerinin Hizmet Kalitesi Değerlendirmelerine Göre Pazar Bölümlerinin İncelenmesi. *Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi.* 28: 87-106.
- Olandt, H. (1998). *Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern: Operationalisierung und Messun der Patientenwahrnehmung.* Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Opitz, M. (2009). *Organisation integrierter Dienstleistungssysteme- Ein rollenbasiertes Rahmenkonzept.* Wiesbaden: Gabler/GWV Fachverlag.
- Osanna, P.H., Durakbaşı, M.N. ve Afjehi-Sadat, A. (2002). *Qualitätsicherung und Qualitätsmanagement.* Wien: Grafisches Zentrum der Tu-Wien.

- Özkan, Y. (2005). *Toplam Kalite*. Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Öztürk, S. A. (2016). *Hizmet Pazarlaması* (15. Baskı). İstanbul: Ekin Yayınevi.
- , S. A. (2003). *Hizmet Pazarlaması* (4. Baskı). İstanbul: Ekin Kitabevi.
- , S. A. (1998). *Hizmet Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49: 41-50.
- , A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 64(1): 12-40.
- , A., Berry, L. L. ve Zeithaml, V. A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scala. *Journal of Retailing*. 67(4): 420-450.
- Perreault, W. D., Cannon, J. ve McCarthy, E. J. (2012). *Pazarlamanın Temelleri-Bir Pazarlama Stratejisi Planlama Yaklaşımı* (13. Baskı). Çev. Asım Günel Önce. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Pride, W. M. ve Ferrell, O. C. (2010). *Marketing* (15th Edition). Australia: South-Western Cengage Learning.
- Rantz, M. J., Mehr, D. R., Popejoy, L., Stauffacher, M. Z., Hicks, L. L., Grando, V. T., Conn, V. S., Porter, R., Scott, J. ve Maas, M. (1998). Nursing Home Care Quality: A Multidimensional Theoretical Model. *Journal of Nursing Care Quality* 12(3): 30-46.
- , M. J., Stauffacher, M. Z., Popejoy, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., Conn, V. S., Tevis, D. W., Porter, R., Bostick, J. ve Maas, M. (1999). Nursing Home Care Quality: A Multidimensional Theoretical Model Integrating The Views of Consumers and Providers. *Journal of Nursing Care Quality*. 14(1): 16-37.

- Rapp, R. (1995). *Kundenzufriedenheit durch Servicequalität-Konzeption-Messung-Umsetzung*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Saat, M. (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*. 1(3): 107-118.
- Sadowski, K. (2003). *Altenpflege im Dialog, Ein Werkheft*. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Sarıyer, N. (2011). *Müşteri Hizmeti* (2. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Saydan, R. ve Nart, S. (2011). *Hizmet Pazarlaması. İçinde Pazarlama İlkeleri*. (Editör: C. Ay ve T. Ural). İstanbul: Lord Matbaacılık. 263-293.
- Schaal, T., Klewer, J. ve Kugler, J. (2015). Quality of Care in German Nursing Homes. *Heilberufe Science*. 6: 3-9.
- Schoolmann, S. (2004). *Pflege, Professionalität Erleben* (10. völlig neu bearbeitete Auflage). Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Schulz, E ve Geyer, J. (2014). Pflegebedarfe und Pflegesettings –Ein Vergleich formelle und informelle Pflege in ausgewählten europäischen Ländern. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*. 83(4): 137-157.
- Schwarze, J. (2003). *Kundenorientiertes Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Seel, M. ve Hurling, E. (2005). *Die Pflege des Menschen im Alter, Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL*. (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Seyyar, A. (2015). *Hasta, Engelli ve Yaşlı Hizmetlerinde Bakım Terimleri-Ansiklopedik Sözlük* (Genişletilmiş 2.Baskı). İstanbul: Rağbet Yayınları.
- Skinner, S. J. (1990). *Marketing*. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Smith, A. M. (1995). Measuring Service Quality: is SERVQUAL Now Redundant? *Journal of Marketing Management*. 11(1-3): 257-276.
- Sönmez, A. ve Özgöbek, R. (2014). BHKS Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalışmaları. *Bakım Hizmetlerive Kalite Standartları Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalıştayı*. 3: 9-14.
- Sözer, A. N., Tütüncü, Ö., Doğan, Ö. İ., Gencel, U., Gül, H., Tenikler, G., Tarlan, D., Aksaraylı, M., Eser, D., Seçer, B., Yağcı, K., Topoyan, M. ve Devebakan, N. (2002). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Lisansüstü Eğitim Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Bir Alan Araştırması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4(2): 41-65.
- Stekolschik, A. (2007). *Ein Beitrag zum ganzheitlichen Qualitätsmanagement von CAD-Modellen in der Produktentstehung*. (Dissertation). Bochum: Universitat Bochum.
- Şimşek, M. (2004). *ToplamKalite Yönetimi* (4. Baskı). İstanbul: Alfa Basım Yayın.
- Tavasli, S. (2007). *Six Sigma Performance Measurement System, Prozesscontrolling als Instrumentarium der modernen Unternehmensführung*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Teas, R. K. (1994). Expecatations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment. *Journal of Marketing*. 58: 132-139.
- Tek, Ö. B. (1999). *Pazarlama İlkeleri. Türkiye Uygulamaları - Global Yönetmel Yaklaşımlar* (8. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Thomas, D. R. E. (1978). Strategy Is Different in Service Bussinesses. *Harvard Bussiness Review*. 56: 158-165.
- Tok, M. (2015). *Lisansüstü Programlarda Program Tercih Nedenlerinin Grup Uyumuna Etkisinde Algılanan Hizmet Kalitesi Açıklayıcılığı*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Tufan, İ. (2016). *Bakıma Muhtaç, Türkiye’de Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- , İ. (2012). *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yaşlı ve Özürlü Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Hazırladığı Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı, Takdir, Eleştiri, Öneri*. Antalya: GeroYay.
- Üner, M. (1994). Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi? *Pazarlama Dünyası Dergisi*. 8(43): 2-11.
- Varinli, İ. ve Çatı, K. (2010). *Güncel Pazarlama Yaklaşımından Seçmeler* (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Vitt, G. (2002). *Pflege ist messbar- Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Webersdorfer, B. (2003). *Die Möglichkeit einer einheitlichen und kontinuierlichen Gästezufriedenheitsmessung im Land Salzburg*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Westerbarkey, P. (1996). *Methoden zur Messung un Beeinflussung der Dienstleistungsqualität. Feedback- und Anreizsysteme in Beherbergungsunternehmen*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Williamson, J. W. (1982). *Teaching Quality Assurance-Cost in Health Care*. London: Jossey Bass.
- Wilson, M. (1999). *Pazarlama Yönetimi*. Çev. Ayça Haykır. Ankara: Öteki Ajans.
- Wipp, M. ve Wagner, W. (2005). *Der Regelkreis der Einsatzplanung, Personalbedarfsermittlung, Mitarbeiterereinsatzplanung und Dienstplangestaltung in der stationer Altenhilfe*. Hannover: Vincentz Network.
- Yamak, O. (1998). *Kalite Odaklı Yönetim*. İstanbul: Panel Matbaacılık.
- Yıldırım, A. E. (2014). *Hizmet Pazarlamasında Kalite Algılaması, Malatya AVM Örneği*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Yılmaz, İ. (2007). *Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Müşteriler ve Yöneticiler Açısından Ölçülmesi: İzmir Örneği*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yüksel, Ü. ve Mermod, A. Y. (2004). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Yükselen, C. (2014). *Pazarlama, İlkeler-Yönetim-Örnek Olaylar* (11. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Zapp, W. ve Haubroch, M. (2008). *Qualitätskostenrechnung für die Statinoere Altenhilfe-Controlling und Management in Gesundheitseinrichtungen*. Köln: Josef Eul Verlag.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. ve Gremler, D. D. (2009), *Service Marketing- Integrating Customer Focus Across the Firm* (5th Edition). New York: Mc Graw Hill.
- , V. A., Berry, L L. ve Parasuraman, A. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Serice Quality. *Journal of Marketing*. 52: 35-48.
- Zengin, E. ve Erdal, A. (2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Journal of Qafqaz University*. 3(1): 43-56.
- Zielke, K. (2004). *Qualitat Komplexer Dienstleistungsbündel*. Wiesbaden: Deutscher Universitatsverlag.
- Zollondz, H. D. (2006). *Grundlagen Qualitätsmanagement-Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte* (2. Auflage). München-Wien: R. Oldenbourg Verlag.

Kanun,Yönetmelik ve Genelgeler

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2014), Sayı: 6518, T. C. Resmi Gazete, 28918, 19.02.2014

Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği (2016), T.C. Resmi Gazete, 29878, 04.11.2016

Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluş Bakım Merkezleri Yönetmeliği (2006), T.C. Resmi Gazete, 26244, 30.07.2006

Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik (2006), T. C. Resmi Gazete, 26244, 30.07.2006

Engelliler Hakkında Kanun (2005), Sayı: 5378, T. C. Resmi Gazete, 25868, 07.07.2005

Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik (2010), T.C. Resmi Gazete, 27691, 03.09.2010

Geçici ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti konulu Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Genelgesi (2010), Sayı: 2010/12

Sozialgesetzbuch (SGB). Elftes Buch (XI)

Sosyal Hizmetler Kanunu (1983), Sayı: 2828, T. C. Resmi Gazete, 18059, 27.05.1983

Elektronik Kaynaklar

Cappel, E. ve Meyer, J. A. (1996). *Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflege*, www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0196cappell_meyer.pdf, (12.10.2016)

DP. (2004). Deutsche Pflegerat Rahmenberufsordnung, www.deutscherpflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf, (11.10.2016)

Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Yıldırım, H. A., **Engelli Bakım Hizmetlerine İlişkin İstatistikî Veriler**, harmagany@hotmail.com (04.08.2016), fatihelibol@hotmail.com, (05.08.2016)

EYHGM, 2016. Engelli Birelere İlişkin İstatistikî Bilgiler Bülteni, www.eyh.aile.gov.tr/data/56179f30369dc5726c063e73/B%C3%BClten_Temmuz2016.pdf, (03.09.2016)

- KLIV (1995). Krankenpflege-Leistungsverordnung, www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html#a7, (16.01.2017)
- Maryland Health Care Commission (2016). *2016 Maryland Nursing Facility Family Survey, Statewide Report*, www.mhcc.maryland.gov/consumerinfo/longtermcare/nhfamilysatisfactionreports/statewidereport.pdf, (20.04.2017)
- Pocket Guide to the Accreditation Standards, 2014, www.aacqa.gov.au/providers/residential-aged-care/resources/pocket-guide-accessible-version, (24.03.2017)
- Statistisches Bundesamt, (2013). Pflegestatistik, www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile, (23.08.2016)
- Seyyar, A. (2014). *Dünya'da ve Türkiye'de Manevi Bakım*, www.manevibakim.com/bilim_alanlari/manevi_bakim/makale_17.pdf, (29.08.2016)
- Technical Users' Guide, (2017). *Design for Nursing Home Compare Five-Star Quality Rating System: Technical UserS' Guide*, www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/usersguide.pdf, (17.03.2017)
- TÜİK, (2015). 18618 Sayılı Haber Bülteni, www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18618, (03.08.2016)
- TÜİK, (2011). Nüfus ve Konut Araştırması, www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=276, (04.08.2016)
- WHO, (2000). World Health Organization and the Milbank Memorial Fund, *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing*, S:6 www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/04/000712oms.pdf, (20.08.2016)
- www.agedcare.health.gov.au/programs/commonwealth-home-support-programme, (20.02.2017)

- www.agedcare.health.gov.au/programs-services/residential-care/about-residential-care, (02.03.2017)
- www.agedcare.health.gov.au/programs/flexible-care, (28.02.2017)
- www.agedcare.health.gov.au/programs/younger-people-in-aged-care#_Residential_aged_care_1, (10.03.2019)
- www.agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/09_2016/op_providers_by_service_type.pdf, (08.03.2019)
- www.aihw.gov.au/aged-care/residential-and-home-care-2014-15/aged-care-in-australia, (02.03.2017)
- www.ama.org/resources/Pages/Dictionary.aspx?dLetter=S, (28.05.2016)
- www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_038.pdf, (13.03.2017)
- www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=18486281&nummer=834&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=94462826, (23.08.2016)
- www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/transparenzvereinbarungen/pvts_neu_ab_2014_01_01stationaer/2014_Pflege_Pruefgrundlagen_stationaer.pdf (06.02.2017)
- www.longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/medicaideligibility/index.html, (15.03.2017)
- www.longtermcare.gov/the-basics/what-is-long-term-care, (11.10.2016)
- www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/Intermediate_And_Long-Term_Care_Services.html, (06.02.2017)
- www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/subsidies_for_government_funded_ILTC_services.html, (06.02.2017)

www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Parliamentary_QA/2017/nursing-home-capacity-and-referrals.html, (06.02.2017)

[www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/guidelines/enhanced-nursing-home-standards/_jcr_content/entryContent/download/file.res/ENHANCED%20NURSING%20HOME%20STANDARDS%20\(2014\).pdf](http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/guidelines/enhanced-nursing-home-standards/_jcr_content/entryContent/download/file.res/ENHANCED%20NURSING%20HOME%20STANDARDS%20(2014).pdf), (06.02.2017)

www.myagedcare.gov.au/costs/aged-care-homes-costs-explained, (10.03.2017)

www.myagedcare.gov.au/help-home/home-care-packages, (20.02.2017)

www.myagedcare.gov.au/help-home/commonwealth-home-support-programme, (25.01.2017)

www.myagedcare.gov.au/help-home/end-life-care-home, (28.02.2017)

www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitikaktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI12.pdf [Datensammlung/ PDF-Dateien/abbVI12.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitikaktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI12.pdf), (30.07.2017)

www.thescanfoundation.org/sites/default/files/who_pays_for_ltc_us_jan_2013_fs.pdf, (15.03.2017)

www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=945, (04.08.2016)

EKLER Ek 1: Veri toplama aracı

TÜRKİYE’DE YATILI ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

Bu ankette, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü’nde Yrd. Doç. Dr. Tuğba KILIÇER danışmanlığında Fatih ELİBOL tarafından yapılan Doktora Tez çalışması kapsamında resmi ve özel yatılı engelli bakım merkezlerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Verilen bilgiler başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır. İlginiz ve göstereceğiniz hassasiyetten dolayı teşekkür ederiz.

1) Yaşınız:

- 18-25 26-35 36-45 46-55
- 56-65 66-75 76-85 85 ve üstü

2) Cinsiyetiniz:

- Kadın Erkek

3) Eğitim durumunuz:

- Bir eğitim almamış İlkokul Ortaokul /Lise Üniversite

4) Medeni haliniz:

- Evli Evli değil

5) Mesleğiniz:

- Ev hanımı Memur İşçi Çiftçi
- Esnaf Serbest meslek Yönetici Emekli
- Diğer.....

6) Aylık geliriniz:

- 250 TL ve altı 251 - 500 TL 501 - 750 TL 751 – 1000 TL
- 1001 - 1250 TL 1251 TL ve üstü

7) Bakım merkezine gelmeden önce hangi yerleşim biriminde ikamet ediyordunuz?

- Köy/Belde İlçe İl Büyükşehir

8) Sahip olduğunuz çocuk sayısı (kişi):

- 1 2 3 4 5 ve üstü Yok

9) Kaldığınız bakım merkezinin yasal statüsü nedir?

- Özel (Şirket) Devlet Diğer.....

10) Kaldığınız bakım merkezinin ücretini kim karşılıyor?

- Devlet Kendim/Ailem Diğer.....

11) Kaç kişilik odada kalıyorsunuz?

- Tek kişilik 2 kişilik 3 kişilik 4 kişilik 5 ve üstü

12) Bakım merkezinde bir kalite yönetim sistemi uygulanıyor mu?

- Evet Hayır

13) Bakım merkezini hizmet binasının mimari yapısı nasıldır?

- Tip proje Bakım merkezi amacıyla inşa edilmiş yapı
 Başka amaçla inşa edilmiş yapı

14) Neden bakım merkezini tercih ettiniz?

- Bakacak kimsem olmamasından
 Yakınlarıma yük olmamak için
 Yakınlarımla bakım ihtiyacımı giderecek kalifikasyonlarının / becerilerinin olmamasından
 Yakınlarımla bakım ihtiyacımı giderecek maddi ve fiziksel ortamlarının ve imkânlarının olmamasından
 Diğer.....

15) İmkânınız olsa bakım merkezinden ayrılmak ister misiniz?

- Evet Hayır

16) Cevabınız EVET ise; bakım merkezinden ayrılmak istemenizin en önemli sebebi nedir?

- Ev ortamını özleyorum
 Çocuklarımı / akrabalarımı / komşularımı özleyorum
 Bakım merkezinin hizmet kalitesinden memnun değilim
 Bakım merkezine alışamadım
 Diğer.....

17) Cevabınız HAYIR ise; bakım merkezinden ayrılmak istememenizin en önemli sebebi nedir?

- Bakacak kimsenin olmaması Buradaki ilgi-alakayı beğenme
 Ortamın temiz-sağlıklı olması Diğer.....

18) Bakım merkezinde bir sorun yaşadınız mı?

- Evet Hayır

19) Cevabınız EVET ise, yaşadığınız bu sorun sizi tatmin edecek şekilde çözüldü mü?

- Evet Hayır

20) Başka bir bakım merkezine geçmek ister misiniz?

- Evet Hayır

21) Bakım merkezini başkalarına tavsiye eder misiniz?

- Evet Hayır


22) Bakım merkezinin genel hizmet kalitesini nasıl buluyorsunuz?

- Çok düşük Düşük Orta Yüksek Çok yüksek

ENGELLİ ALGI ÖLÇEĞİ		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum, ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Bakım merkezinin hizmet sunumunda kullandığı malzemeler modern ve verilen bakım hizmetine uygundur.					
2	Bakım merkezinin dış fiziksel imkânları ve bahçesi; görsel açıdan çekici ve sakinlerin kullanımına uygundur.					
3	Bakım merkezinin çalışanları düzgün ve temiz görünüşlüdür.					
4	Bakım merkezinin iç dizaynı ve mimarisi modern ve verilen bakım hizmetine uygundur.					
5	Bakım merkezinin yemekleri güzel ve kalitelidir.					
6	Bakım merkezinin kullanım alanları ve odaları; kışları yeterince sıcak ve yazları yeterince serindir.					
7	Bakım merkezinin kullanım alanları ve odaları; sessiz ve gürültüsüzdür.					
8	Bakım merkezinin kullanım alanları ve odaları; aydınlık, ferah ve havadardır.					
9	Bakım merkezinin odaları, tuvaletleri, yatak-yorgan-nevresimleri ve diğer kullanım alanları temizdir.					
10	Bakım merkezinde her vardiyada yeterli sayıda bakım personeli bulunur.					
11	Bakım merkezi bir işi belli bir zamanda yapmayı taahhüt ediyorsa o işi taahhüt ettikleri zamanda yapar.					
12	Bakım merkezi, sakinlerinin bir sorunu olduğu zaman sorunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.					
13	Bakım merkezi hizmeti ilk seferde ve doğru olarak yerine getirir.					
14	Bakım merkezi bir hizmeti söz verdiği zamanda yerine getirir.					
15	Bakım merkezi, sakinleri ile ilgili gerekli kayıtları düzenli ve hatasız olarak tutar.					
16	Bakım merkezi çalışanları, sakinlere hizmetin tam olarak ne zaman verileceğini söyler.					
17	Bakım merkezi çalışanları, sakinlere süratli hizmet verir.					
18	Bakım merkezi çalışanları, sakinlere yardım etmek için her zaman isteklidirler.					
19	Bakım merkezi çalışanları, hiç bir zaman sakinlerin isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul değildir.					
20	Bakım merkezi sakinleri, bakım merkezi çalışanlarına güvenebilir.					
21	Bakım merkezi sakinleri, çalışanları ile ilişkilerinde kendilerini güvende hisseder.					
22	Bakım merkezi çalışanları, sakinlere karşı nazik ve saygılıdır ve hiç bir koşulda seslerini yükseltmezler.					
23	Bakım merkezi çalışanları, sakinlerin sorularına cevap verecek bilgiye sahiptirler.					
24	Bakım merkezi çalışanları, sakinlerin tıbbi ve kişisel mahremiyetine özen gösterirler.					
25	Bakım merkezi, her sakiniyle tek tek ilgilenir.					
26	Bakım merkezinin çalışma saatleri tüm sakinlere uygun şekilde düzenlenmiştir.					
27	Bakım merkezi, sakinlerine kişisel ilgi gösterebilen personel çalıştırır.					
28	Bakım merkezi, sakinleri için elinden gelenin en iyisini yapar.					
29	Bakım merkezi çalışanları, sakinlerin özel ihtiyaçlarını bilir ve anlayış gösterir.					
30	Bakım merkezi çalışanları hizmet sunumunda tüm sakinlere eşit muamele eder.					
31	Bakım merkezi, sakinlerin ruh halini anlar ve ihtiyaç duyduklarında psikolojik destek sağlar.					
32	Bakım merkezinin diğer tüm kullanım bölümlerine ve bahçesine istenildiğinde kolay ulaşılabilir.					
33	Bakım merkezinde sakinlerin can sıkıntısına karşı güzel vakit geçirmeleri için her sakin için uygun bireysel veya grup etkinlikleri düzenlenir.					

EK 2: Resmi bakım merkezlerinde uygulama yapmak için bakanlık izni.

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü



Sayı : 65097260-605.01-24176
Konu : Veri Toplama (Fatih ELİBOL) 07/03/2016

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİNE
(Sosyal Bilimler Enstitüsü)

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı doktora öğrencisi Fatih ELİBOL, "Türkiye'de Yatılı Engelli Bakım Merkezlerinde Hizmet Kalitesi ve Ölçülmesi Yönelik Bir Araştırma" konulu çalışmasını Müdürlüğünüzde gerçekleştirilebilmesi ayrıca Yenimahalle Görme Engelliler Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde Görev Yapan Yöneticilere uygulanabilmesi 26/02/2016 tarih ve 73595336-605.01-31850 sayılı Müsteşarlık Onayı ile Uygun Görülmüştür.

Şube konusu amacının temel elemanları zafakende, gönüllülük esas çerçevesinde, özel hayatını gizliliğine riayet edilerek, Müdürlüğünüz desteğinde uygun görülecek bir mekan da ve sergilenmiş kayıtlı alınmaksızın, onları psikolojik olarak olumsuz etkileyecek, şahsi deneyimlerine ilişkin bilgi talebi içeren soruları yer vermemesi, araştırma sonuçlarını herhangi bir yerde yayımlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin İl Müdürlüğümüze gönderilmesi koşulları hususunda gereğini rica ederim.

Kâriyat ANTEPLİOĞLU
İl Müdürü
İl Müdür Yardımcısı V.

EK :
Müsteşarlık Onayı

DAĞITIM :
Gereği:
Yenimahalle Görme Engelliler Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
Sarıy Engeliz Yaşam Bakım Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
Şereflikoçhisar Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
Gaziosmanpaşa Üniversitesi (Sosyal Bilimler Enstitüsü)

Bilgi:
Engelli Ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Şube Müdürü
İşbirce

Güvenli Elektronik İmza ile Ayrılmıştır.
04.03.2016
Dante ÖZCAN
Evrak Memuru

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmza ile suretinin adını görmek için <https://ysy.ank.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (Ncb.09E-1.9804p-X60F9D-9K042L-39804NKR) kodlara yanınız.

Bilgi için: Hayri BAŞER
Telefon No: Faks No: 0312 418 46 62 - 1152 - Bilgisayar İşletme
e-Posta: İnternet Adresi: www.ank.gov.tr



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-31850
Konu : Fatih ELİBOL

26/02/2016

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 11/02/2016 tarih ve 24609 sayılı yazısı ile Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı doktora öğrencisi Fatih ELİBOL'un "Türkiye'de Yatılı Engelli Bakım Merkezlerinde Hizmet Kalitesi ve Ölçmesine Yönelik Bir Araştırma" konulu doktora tezini Ankara, Ardahan, Aydın, Erzurum, Isparta, İstanbul, Kırşehir, Kocaeli, Niğde, Ordu, Samsun, Siirt, Van, Yozgat, Bayburt illerinde bulunan Engelli Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde ve ayrıca Ankara Yenimahalle Görme Engelliler Rehabilitasyon Merkezi ve İstanbul Emirgan Altı Nokta Körler Rehabilitasyon Merkezlerinden hizmet alan engelli bireylere ve Türkiye'deki tüm Engelli Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde görev yapan yöneticilere uygulayabilme talebi bildirilmiştir.

Uygun görüldüğü takdirde ilgili Genel Müdürlük tarafından da olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın 31 Ağustos 2016 tarihine kadar, İl Müdürlüğü'nün koordinasyonunda kuruluş müdürlükleri denetiminde gönüllülük esası çerçevesinde, yazılı olarak rızalarının alınarak, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, mesai saatleri içerisinde araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayımlanmadan önce kurum izni alınması ve araştırma bölümünde bir örneğinin Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda;

Olurumuzu arz ederim.

Mustafa DURMUŞ
Daire Başkanı

O L U R
26/02/2016

İbubekir ŞAHİN
Müsteşar

*Bu belge elektronik ortamda. İmzalı suretine ultra görmek için [1](http://byy.zile.gov.tr/ovraklogruslarsiz adresine girerek 1/011CP-ab266K-2987P3-H47eJX-R0td08CukU1 kodunu yazarak.</p>
</div>
<div data-bbox=)

EK 3:Özel bakım merkezlerinde uygulama yapmak izni ile ilgili bakanlık yazısı.



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73395336-000-35325
Kona : Fatih ELİBOL

09/03/2016

TOKAT ÖZEL SAĞLIK BAKIM MERKEZİ

İlgili : 05.03.2016 tarihli ve 0 sayılı yazınız

İlgili dilekçe ile "Türkiye'de Yatılı Engelli Bakım Merkezlerinde Hizmet Kalitesi ve Ölçmesine Yönelik Bir Araştırma" konulu doktora tezi kapsamında, özel rehabilitasyon merkezi yöneticilerine ve özel bakım merkezlerinde kalan yaşı 18 den büyük olup, anket uygulamaya engel zihinsel engeli bulunmayanlara anket uygulayabilme talebi iletilmiştir.

Özel rehabilitasyon merkezlerinde araştırma ya da anket uygulama talepleri ile ilgili izin verme yada vermeme Bakanlığımızın yetki alanında değildir.

Hizmetler ve süreçler ücretsizdir.

MUSTAFA DURMUŞ
Bakan
Daire Başkanı

Yatılı Engelli Bakım
Merkezleri Aymadır
Tarih : 09/03/2016
Fatih ELİBOL

*Bu belge elektronik ortamda İmza ile onaylanabilir. İmza onayını onaylamak için <https://www.ayk.gov.tr/OnlineDogrulama> adresine giriniz.
[8100027-6e7772-c0c0d8-781803-8011+03] koduna yazınız.

Teknik Yayıncılık İşleri 2017, Sayı: 82-A, Sayı: 27, Posta Kodu: 06100 Çankaya, Ankara

Tel: 0312 298 37 20 Faks No: 0312 298 37 37

www.ayk.gov.tr E-posta Adresi: ayk@ayk.gov.tr

Bakanlık Hizmetleri 549329

09/03/2016

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Fatih ELİBOL

Doğum Yılı ve Yeri : 1977 / İstanbul

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Trakya Üniversitesi

Yüksek Lisans Öğrenimi : Sakarya Üniversitesi

Yabancı Dili : Almanca (KPDS: 90)

İletişim

E-Posta Adresi : fatihelibol@hotmail.com