

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜMÜ
(EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
ÖRNEĞİ)
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

Tezi Hazırlayan: **Burcu Aylin BAYHAN**

İSTANBUL, 2014

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜMÜ
(EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
ÖRNEĞİ)
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

Tezi Hazırlayan:

Burcu Aylin BAYHAN

Öğrenci No:

1207460130

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

İSTANBUL, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “ Hemodiyaliz Ünitesinde Hizmet Kalitesi Ölçümü (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği) ” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Burcu Aylin BAYHAN

Adı Soyadı : Burcu Aylin BAYHAN

Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/2014

Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

Anahtar kelimeler : Sağlık İşletmeleri, Hizmet Kalitesi, Hemodiyaliz, SERVQUAL.

ÖZ

HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜMÜ (EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ)

Çok yönlü ve büyük değişimlerin yaşandığı ve rekabetin gittikçe arttığı günümüzde, işletmelerin de bu değişim ve gelişmelere ayak uydurmaları gerekmektedir. Bu rekabet ortamında; sağlık işletmeleri, varlıklarını devam ettirebilmek amacıyla verdikleri hizmetin kalitesini de sürekli olarak geliştirmek zorundadırlar. Sağlık işletmeleri, gerek kalite iyileştirme çalışmalarına başlamadan önce mevcut düzeyi tespit etmek ve gerekse bir takım iyileştirmeler sonucundaki değişiklikleri öngörebilmek amacıyla, müşteri beklenti ve algıları üzerine çalışmalar yapmak zorundadırlar.

Bu çalışmada hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nde hizmet alan hastaların, sunulan hizmetleri değerlendirmesiyle algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmüş daha sonra söz konusu hizmet kalitesinin bağımsız değişkenler açısından nasıl algılandığı istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Bağımsız değişkenler; hastanenin kalitesi ile ilgili hizmet alanların genel değerlendirmesi, problem yaşama durumu açısından, hastalığın akut veya kronik olma durumu, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastalık süresine göre yapılan istatistiksel analizlerden oluşmaktadır.

Name and Surname : Burcu Aylin BAYHAN

Supervisör : Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

Degree and Date : Master / 2014

Major : Department of Hospital and Health Care Management

Key Words : Healt Care Organizations, Service Quality,
Hemodiyalasis SERVQUAL.

ABSTRACT

MEASUREMENT OF SERVICE QUALITY IN HEMODIALYSIS UNIT : AN EXAMPLE IN EGE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY HOSPITAL

Versatile and is experiencing great change and an increasingly competitive today, businesses also need to adapt to these changes and developments. In this competitive environment; health enterprises, the quality of the services they provide in order to survive they must constantly improve. Health businesses, need to determine the current level before starting work and quality improvement in order to anticipate the changes in the results as well as a number of improvements, they have been working on customer expectations and perceptions.

This study using hospital services to the adapted SERVQUAL scale, Ege University Medical Faculty Hospital Hemodialysis Unit 'in the service area of the patient, the service evaluation with perceived service quality levels are measured, then how it is perceived in terms of the arguments of the said service quality were analyzed statistically. Independent covariates; overall assessment of the relevant service areas with the hospital's quality, in terms of problems living condition, acute or state of being chronic diseases, sex, marital status, education level, carried out according to age and disease duration and consists of statistical analysis.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
YEMİN METNİ.....	I
ÖZ.....	II
ABSTRACT.....	III
TABLOLAR LİSTESİ.....	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XII
KISALTMALAR.....	XII
GİRİŞ.....	10

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK KURUMLARI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. SAĞLIK KAVRAMI.....	10
2. HİZMET KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖZELLİKLERİ.....	12
2.1. Hizmet Kavramı.....	12
2.1.1. Soyutluk.....	13
2.1.2. Heterojenlik ve Değişkenlik.....	14
2.1.3. Dayanıksızlık.....	15
2.1.4. Ayrılmazlık.....	15

2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri.....	16
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	20
3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	22
3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	22
3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	24
3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	24
4. SAĞLIK KURUMLARININ SINIFLANDIRILMASI.....	25

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTEYE İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE

1. KALİTE KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ.....	27
1.1. Kalite Kavramı.....	27
1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	29
1.2.1. Kalite Muayene Aşaması.....	30
1.2.2. Kalite Kontrol.....	32
1.2.3. Kalite Güvence.....	32
1.3. Kalitenin Boyutları.....	33
2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE İLKELERİ.....	35
2.1. Müşteri Odaklılık.....	37

2.2. Toplam Katılım.....	38
2.3. Sürekli Gelişme.....	39
2.4. Toplumsal Sorumluluk.....	40
3. HİZMET KALİTESİ, BOYUTLARI VE ÖLÇÜLMESİ.....	42
3.1. Hizmet Kalitesi Kavramı.....	42
3.2. Hizmet Kalitesi Boyutları.....	44
3.3. Hizmet Kalitesi Kavramsal Modeli.....	50
3.4. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi-SERVQUAL Ölçeği.....	56
4. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE.....	58
4.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tatmini.....	59
4.2. Sağlık Hizmet Kalitesi.....	66
4.3. Sağlık İşletmelerinde Teknik Kalite.....	70
4.4. Sağlık İşletmelerinde Fonksiyonel Kalite	71

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ HEMODİYALİZ BİRİMİ HİZMET KALİTESİ

1. ARAŞTIRMA BULGULARI.....	73
1.1. Sosyo-Demografik Değişkenlere Ait Bulgular.....	73
1.1.1. Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı.....	74
1.1.2. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	74

1.1.3. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	75
1.1.4. Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	75
1.1.5. Hastalık Süresine Göre Dağılımı.....	75
1.1.6. EÜTFHHB' nde Hizmet Alma Yılına Göre Dağılımı...	76
1.1.7. Akut- Kronik Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	77
1.2. Hemodiyaliz Birimi Hastalarının Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmesi.....	77
1.3. Gelecekte EÜTFHHB)' nde Hizmet Almayı İsteyip İstemedikleri İle İlgili Bulgular.....	78
1.4. Araştırmaya Katılan EÜTFHHB Hastalarının Hizmet Alım Süreçlerinde Herhangi Bir Problem İle Karşılaşıp Karşılaşmadığı İle İlgili Bulgular.....	79
1.5. EÜTFHHB' nde Hizmet Alım Süreçlerinde Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların Problemlerinin Çözülüp Çözülemediği İle İlgili Bulgular.....	79
1.6. Araştırmaya Katılan EÜTHHB Hastaları Gelecekte Sağlık Sorunu Yaşamaları Durumunda Hizmet Aldıkları Hastaneyi Tercih Edip Etmemeleri İle İlgili Bulgular.....	80
1.7. Araştırmaya Katılan EÜTFHHB Hastalarının Beklenti ve Algıları İle İlgili Bulgular.....	80
1.8. Araştırmaya Katılanların En Önemli ve En Az Önemli Buldukları Hizmet Kalitesi Boyutları İle İlgili Bulgular.....	83
1.9. Hastaların Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanlar İle İlgili Bulgular.....	85

2. SERVQUAL SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. EÜTFHHB' nin SERVQUAL skorları.....	87
2.2. Problem Yaşama Durumu Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	88
2.3. Akut ve Kronik Olma Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	89
2.4. Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	90
2.5. Medeni Hal Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının.....	91
2.6. Eğitim Düzeyleri Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	92
2.7. Yaş Grupları Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	93
2.8. Hastalık Süresine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	95
SONUÇ	97
KAYNAKÇA.....	105
ÖZGEÇMİŞ.....	110
EKLER	
EK-1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	111
EK-2: SERVQUAL Güvenilirlik Analizleri.....	115

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	46
Tablo 2. SERVQUAL Boyutları ve Hizmet Kalitesini Ölçmek İçin Orjinal 10 Boyut Arasındaki Uygunluk.....	57
Tablo 3 . Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	74
Tablo 4 . Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	74
Tablo 5 . Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	75
Tablo 6 . Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	75
Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Kaç Yıldır Diyaliz Hastası Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	76
Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Kaç Yıldır Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemodiyaliz Birimi Hizmet Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	76
Tablo 9. Araştırmaya Katılanların Akut-Kronik Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	77
Tablo 10. Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirme İle İlgili Dağılım.....	78
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hastaların Başka Seçenekleri Olsa Bile Gelecekte Hizmet Aldıkları Hastanede Tekrar Hizmet Almayı İsteyip İstemediklerine Yönelik Dağılım.....	78
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Hizmet Alım Süreçlerinde Problem Yaşayıp Yaşamadığı İle İlgili Dağılım.....	79

Tablo 13. Hizmet Alım Süreçlerinde Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların, Problemlerinin Çözülüp Çözülemediği İle İlgili Dağılım.....	80
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hastaların Gelecekte Sağlık Sorunu Yaşamaları Durumunda Hizmet Aldıkları Hastaneyi Tercih Edip Etmemesine Yönelik Bulgular.....	80
Tablo 15. Beklentiler İle İlgili Dağılım.....	82
Tablo 16. Algılar İle İlgili Dağılım.....	83
Tablo 17. Araştırmaya Katılanların En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım.....	84
Tablo 18. Araştırmaya Katılanların En Az Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım.....	85
Tablo 19. Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı.....	85
Tablo 20. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi SERVQUAL Skorları	87
Tablo 21. Hizmet Alım Sürecinde Problem Yaşayan ve Yaşamayan Hastalar Açısından SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin Yapılan T-Testi.....	88
Tablo 22. Akut veya Kronik Olma Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin Yapılan t-Testi....	90
Tablo 23. Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin Yapılan t-Testi.....	91
Tablo 24. Medeni Hal Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin Yapılan t-Testi.....	92

Tablo 25. Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans	
Analizi.....	93
Tablo 26. Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans	
Analizi.....	94
Tablo 27. Hastalık Süresine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans	
Analizi.....	96

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri.....	21
Şekil 2. Kalitenin Gelişim Süreci.....	30
Şekil 3. Deming Çevrimi.....	40
Şekil 4. Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi.....	51
Şekil 5. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli.....	52
Şekil 6. Hizmet Kalitesinin Sürekli Ölçülmesi ve Geliştirilmesi İçin Süreç Modeli	55
Şekil 7. ACSI Tatmin Modeli.....	63
Şekil 8. Hasta Tatminin Ölçülmesi.....	64
Şekil 9. Algılanan Kalite, Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığı Arasındaki İlişki.....	65
Şekil 10: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	69

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
C.	: Cilt
Çev.	: Çeviren
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
Ed.	: Editör
EÜ	: Ege Üniversitesi
EÜTFH	: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
EÜTFHHB	: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi
İKK	: İstatistiksel kalite kontrol
İÜİF	: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
MÜ	: Muğla Üniversitesi
s.	: Sayfa
S.	: Sayı
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SQ₁	: Fiziksel özellikler boyutu bazında SERVQUAL skoru
SQ₂	: Güvenirlilik boyutu bazında SERVQUAL skoru
SQ₃	: Heveslilik boyutu bazında SERVQUAL skoru

SQ₄	: Güven boyutu bazında SERVQUAL skoru
SQ₅	: Empati boyutu bazında SERVQUAL skoru
SQE	: Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skoru
SQA	: Ağırlıklandırılmış SERVQUAL Skoru
TKK	: Toplam Kalite Kontrol
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
vb.	: ve benzeri
YDT	: Yayımlanmamış Doktora Tezi
YYLT	: Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tez

GİRİŞ

Çalışma Konusunun Seçimi: Sağlık hizmeti üretimi ve sunumunu yapan sağlık işletmelerinde üretilen hizmetlerin insan yaşamıyla ilgili olması, sağlık hizmetleri kalitesine verilen önemi arttırmaktadır. Bununla birlikte her geçen gün ilerleyen teknolojik gelişmeler, tanı ve tedavide kullanılan hızlı gelişmeler sonucunda dünyada ve ülkemizde sağlık işletmeleri, varlıklarını devam ettirebilmek amacıyla verdikleri hizmetin kalitesini de sürekli olarak iyileştirmek zorundadırlar.

Günümüz koşullarında sağlık sistemlerinin temel amacı, yüksek kalitedeki sağlık hizmetini daha yüksek seviyelerde ve daha düşük maliyetlerle sunmaktır. Bunun gerçekleştirilmesi için sağlık yönetiminde değişiklik yapılmaya ihtiyaç duyulmuştur. Son yıllarda kamuya bağlı veya özel birçok sağlık işletmesi kalite iyileştirme çalışmalarına büyük önem vermekte ve yaptıkları iyileştirmeleri uluslararası standartlar seviyesine taşıyarak belgelendirme yoluna gitmektedir. Sağlık işletmeleri sahip oldukları bu belgeleri hizmet sunum kalitesinin bir göstergesi olarak tüketiciye sunmakta ve bu yolla rekabet avantajı sağlamaya çalışmaktadır. Ancak, bir sağlık işletmesinin sunduğu hizmet kalitesinin iyi olması, farklı müşteri gruplarının önem verdiği kalite boyutlarını ve beklentisini anlamakla doğrudan ilişkili bir durumdur. Bu nedenle sağlık işletmeleri, gerek kalite iyileştirme çalışmalarına başlamadan önce mevcut düzeyi tespit etmek, gerekse bir takım iyileştirmeler sonucundaki değişiklikleri saptamak amacıyla, sundukları hizmetin kalitesini ölçmek ve bu süreçleri bütünsel bir yaklaşımla ele almaları gerekmektedir.

Hizmet kalitesi ile ilgili araştırmalar ve yazın incelendiğinde, hizmet kalitesini tanımlama, boyutlarını belirleme ve ölçülmesine yönelik birçok kuramsal çalışma ve modelin geliştirildiği görülmektedir. Hastaların beklenti ve algılamaları üzerine kurulu olan SERVQUAL ölçeği, geçerliliği birçok bilim adamınca kabul edilmiş ve hizmet kalite düzeyinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan bir yöntem olarak öne çıkmıştır. Bu sebeple çalışmada SERVQUAL ölçeği kullanılarak hizmet kalitesi ölçülmesi uygun görülmüştür.

Çalışmanın Amacı: Bu araştırmanın ana amacı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi (EÜTFHKB)'nde böbrek yetmezliği teşhisi konulmuş hemodiyaliz hizmeti alan hastalar tarafından beklenen ve algılanan kalite düzeyini ölçmeye yönelik olarak yapılmış ve sunulan hizmetin kalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni uygulanan SERVQUAL ölçeğinden elde edilen veriler üzerinden hesaplanan algılanan hizmet kalitesi skorlarıdır (SERVQUAL skoru). Ayrıca hizmet kalitesi skorlarının bağımsız değişkenler (hastanenin kalitesi ile ilgili hizmet alanların genel değerlendirmesi, problem yaşama durumu açısından değerlendirilmesi, hastalığın akut veya kronik olma durumuna göre değerlendirilmesi, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastalık süresi) açısından değişip değişmediğinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Böylelikle hemodiyaliz birimindeki eksikliklerin fark edilip yönetim tarafından, kaliteyi arttıran modernizasyon stratejileri geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın Önemi: Günümüzde her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabet yalnızca özel hemodiyaliz birimlerinde değil, kamuya ait hemodiyaliz birimlerinde de dikkate alınmak durumundadır. Hastane yöneticilerinin tüm kaynaklarını verimli kullanabilmeleri, hastaların kalite algılarını ve rekabet anlayışını inceleyerek geliştirmeleri bakımından oldukça önemlidir. Hemodiyaliz işletmelerinin sundukları hizmetin kalitesinin hastalar tarafından nasıl algılandığını bilmesi, hizmet sunum süreçlerinde bu doğrultuda düzenlemeler yapmalarına olanak sağlayacaktır. Bu bağlamda, SERVQUAL ölçeği, hastane ve hemodiyaliz işletmeleri için bir öz değerlendirme aracıdır. Bu analizlerle elde edilen verileri doğru yorumlayarak yapılacak düzenlemeler, hastanenin hizmet kalitesini artırmada yönetime bir fırsat sağlayacaktır. Analizlerin tekrarlanması, kuruma yıllar arasında karşılaştırma sağlayacaktır. Bunun yanında, SERVQUAL ölçeği hakkında bilgi sahibi olunması ve bu ölçüm yönteminin daha fazla sağlık kuruluşuna uygulanması benzer yapıdaki sağlık kuruluşlarının birbirleri ile kıyaslanmasına imkân tanıyacak ve yapılacak iyileştirmeler toplumun tüm kesimlerine daha iyi sağlık hizmeti sunumu olarak yansıtacaktır.

Çalışmanın Planı: Araştırma, diyaliz hastalarının hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiğinin ölçülmesi olduğundan, araştırma tanımlayıcı araştırma yöntemine uygun olarak dizayn edilmiştir. Araştırma üç başlık altında oluşturulmuştur. Birinci bölümde, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili temel kavramlar üzerinde durulmaktadır. Bu kapsamda alt başlıklar olarak sağlık kavramı, hizmet kavramı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık kurumlarının sınıflandırılması incelenmiştir. İkinci bölümde kaliteye ilişkin kavramlar çerçeve ve sağlık işletmelerinde kalite üzerinde durulmakta, bu bağlamda alt başlıklarda önce kalite kavramı ve tarihsel gelişimi, toplam kalite yönetimi ve ilkeleri, hizmet kavramı ve özellikleri, hizmet kalitesi boyutları ve ölçülmesini takiben sağlık işletmelerinde kalite incelenmiştir. Üçüncü ve son bölümde ise, EÜTFHHB' nde hizmet kalitesi incelenerek araştırmanın bulguları ve SERVQUAL skorlarının değerlendirilmesi yer almaktadır. Uygulama bölümünde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi (EÜTFHHB)'nde hizmet alım süreçlerinde yer alan hastaların hizmet kalitesi kapsamında kalite algıları değerlendirilmiştir.

Çalışmada Kullanılan Yöntemler : Araştırmada Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş, Devedakan tarafından Türkçeye çevrilen SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. SERVQUAL ölçeği dört kısımdan meydana gelmektedir: İlk bölümde hizmet sunanların hastanelerle ilgili beklentilerine ilişkin 15 adet özelliği, mükemmel hastanelerin bu özelliklere ne derece sahip olmaları gerektiğini düşünerek 5’li Likert ölçeği (“1” Kesinlikle Katılmıyorum, “5” Kesinlikle Katılıyorum) yardımıyla değerlendirmeleri istenmektedir. İkinci bölümde, isimlendirmeden sadece tanımlarına yer verilmiş olan 5 hizmet kalitesi boyutunu toplamı 100 olacak şekilde önem derecelerine göre puanlandırmaları istenmektedir. Üçüncü bölümde, söz konusu hastanenin verdiği hizmet düşünülerek 15 adet özelliğe 5’li Likert ölçeği üzerinden cevap vermeleri istenmektedir. Dördüncü bölümde de ; hizmet alan hastaların hastanenin hizmet kalitesi ile ilgili genel değerlendirmesi, gelecekte ihtiyaç olması durumunda hizmet aldıkları hastaneyi tercih edip etmemesi, hizmet alım süreçlerinde problem yaşayıp yaşanmaması ile ilgili ve bazı demografik sorulara yer verilmiştir.

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin 5 boyutu ve her bir boyut altında yer alan beklenti ve algı maddelerinin (soru önermesi) dağılımı aşağıdaki şekildedir:

Ölçeğin Beklentiler ile ilgili bölümü

Fiziksel Özellikler

E1. Hastaneler modern araç- gereç ve donanımına sahip olmalıdır.

E2. Hastanelerin fiziksel imkanları görsel açıdan çekici olmalıdır.

E3. Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.

Güvenilirlik

E4. Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir

E5. Hastane çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.

E6. Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.

Heveslilik

E7. Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.

E8. Hastane çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara vermelidir.

E9. Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.

Güven

E10. Hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.

E11. Hastane çalışanları bilgili olmalıdır.

E12. Hastane çalışanları kibar olmalıdır

E13. Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır

Empati

E14. Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir.

E15. Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.

Ölçeğin Algılar ile ilgili Bölümü

Fiziksel Özellikler

- P1. XYZ hastanesi modern araç- gereç ve donanımına sahiptir.
- P2. XYZ hastanesinin fiziksel imkanları görsel açıdan çekicidir.
- P3. XYZ hastanesinin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.

Güvenilirlik

- P4. XYZ hastanesi hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.
- P5. XYZ hastanesinin çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.
- P6. XYZ hastanesi hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapar.

Heveslilik

- P7. XYZ hastanesinin çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söyler.
- P8. XYZ hastanesinin çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara verir.
- P9. XYZ hastanesinin çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.

Güven

- P10. XYZ hastanesinin çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hisseder.
- P11. XYZ hastanesinin çalışanları bilgilidir.
- P12. XYZ hastanesinin çalışanları kibardır
- P13. XYZ hastanesinin çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır.

Empati

- P14. XYZ hastanesinin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir.
- P15. XYZ hastanesi hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar.

Araştırmada Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin Güvenilirlik Analizleri : Bir ölçme aracında (testte) bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan bir kavramdır. Güvenilirlik analizi, toplam puanlar üzerine kurulu ölçeklere (Likert ölçeği, Q-Tipi ölçek) dayalı araçların güvenilirliğini ortaya koymaya yarayan Cronbach Alfa katsayıları hesaplar. Cronbach alfa katsayısı

ise, ölçekte yer alan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriteri ise aşağıda belirtilmiştir.

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

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

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

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

SERVQUAL skoru = algılama skoru - beklenti skoru olarak belirlendiğinden, SERVQUAL skoru -4 ile +4 arasında değişecektir. SERVQUAL skorunun pozitif bulunması, hizmet sunanların beklentilerinin aşıldığı anlamına gelmekte, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu yorumu yapılabilmektedir. SERVQUAL skorunun negatif olması durumunda, hizmet sunanların beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelecektir. SERVQUAL skorunun sıfır olması durumunda ise, hizmet sunanların beklentilerinin en azından karşılandığı, dolayısıyla hastanenin algılanan hizmet kalitesinin “tatminkar” olduğu sonucu çıkartılabilecektir. Diğer taraftan hastanelerin algılanan hizmet kalitesini değerlendirmede hesaplanan negatif ve pozitif skorların derecesi de önem taşımaktadır. Örneğin SERVQUAL skorunun + 4’ e yaklaşması hizmet sunanların beklentilerinin yüksek düzeyde karşılandığı anlamına gelirken, skorun - 4’ e yaklaşması durumunda ise hizmet sunanların beklentilerinin hiç karşılanmadığı sonucu çıkartılabilmektedir.

- **Boyutlar Bazında SERVQUAL Skorlarının Hesaplanması:** Her katılımcı için ölçeğin algı (P) ve beklenti maddelerinin (E) karşılıklı olarak farkları alınarak, fark toplamaları her bir hizmet kalitesi boyutunu oluşturan madde sayısına bölünür. Böylece her bir katılımcı için boyut bazında kalite skoru bulunur. Daha sonra her bir hizmet kalitesi boyutunun toplam SERVQUAL skorunun hesaplanması için, her bir katılımcı için hesaplanan skorlar toplanarak N katılımcı sayısına bölünür. Bulunan ortalamalar boyut bazında SERVQUAL skorudur.

SQ_1 = Fiziksel özellikler boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_2 = Güvenirlilik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_3 = Heveslilik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_4 =Güven boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_5 = Empati boyutuna yönelik SERVQUAL skoru olmak üzere, hizmet kalitesi boyutlarına yönelik SERVQUAL skorlarının hesaplanma şekli aşağıda gösterilmiştir:

$$SQ_1 = [(P_1 - E_1) + (P_2 - E_2) + (P_3 - E_3)] / 3$$

$$SQ_2 = [(P_4 - E_4) + (P_5 - E_5) + (P_6 - E_6)] / 3$$

$$SQ_3 = [(P_7 - E_7) + (P_8 - E_8) + (P_9 - E_9)] / 3$$

$$SQ_4 = [(P_{10} - E_{10}) + (P_{11} - E_{11}) + (P_{12} - E_{12}) + (P_{13} - E_{13})] / 4$$

$$SQ_5 = [(P_{14} - E_{14}) + (P_{15} - E_{15})] / 2$$

- Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun Hesaplanması: Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru, daha önce hesaplanan kalite boyutları skorlarının toplanıp 5' e bölünmesiyle elde edilir. Elde edilen skor eşit ağırlıklı SERVQUAL skorudur (Unweighted SERVQUAL Score). Bu skorun hesaplanmasında hastaların 100 puan üzerinden, önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanlar göz önünde bulundurulmamıştır. Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır :

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

- Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun Hesaplanması: Ağırlıklı SERVQUAL skorunun (Weighted SERVQUAL Score) hesaplanması için aşağıdaki sıra takip edilir: Öncelikle SERVQUAL ölçeğinin ikinci kısmında, hastaların her bir kalite boyutuna verdikleri puanların 100' e oranlanması ile bir katsayı elde edilir. Bu işlem her bir katılımcı için tek tek yapılır. Daha sonra elde edilen katsayı, ilgili kalite boyutunun SERVQUAL skoru ile çarpılıp, toplam alınır. Ağırlıklı SERVQUAL skorunun hesaplanmasının matematiksel ifadesi aşağıda gösterilmiştir:

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

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

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algı maddelerine %95 güven düzeyinde SPSS for Windows 19.0 (Statistical Program for social Science) programı kullanılarak güvenilirlik analizi uygulanmıştır. SERVQUAL ölçeğinin beklenti soru önermeleri için yapılan güvenilirlik analizinde Alfa kat sayısı 0.93 bulunmuştur. Algı maddeleri için yapılan güvenilirlik analizinde Alfa kat sayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi, ortalamalar arası farklılıkların anlamlılığı için t-testi ve gruplu olan değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA-Oneway) testleri kullanılmıştır.

Evrenin tamamına ulaşılacak suretiyle EÜTFHHB' nde akut ve kronik salonlarda tedavi gören toplam 200 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Kronik salonlarda diyalize giren hasta sayıları sabit iken, akut salonda diyaliz olan hasta sayıları her gün değişmektedir. Bu sebeple araştırmanın yapıldığı tarihler arasında tüm evren örneklem olarak alınmıştır.

Çalışmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları : Araştırma EÜTFHHB' nde 01 Eylül - 30 Kasım 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma EÜTFHHB' nde hizmet alan akut ve kronik hastalar üzerinde uygulanmıştır. Kronik salonda diyaliz seansına giren hasta sayısı daha önceden bilinmekte iken, akut salonda diyalize giren hasta sayısı her gün değiştiği için kesin olarak bilinmemektedir. Evreni oluşturan hasta sayısı üzerine kesin bir bilgi olmadığından tüm evren örneklem olarak alınmıştır. Zaman, maliyet ve evrene ulaşmanın zorlukları nedeni ile araştırma sadece İzmir ilinde bir kamu sağlık kurumu EÜTFHHB' nde yapılmıştır. Araştırma öncesi öncelikle ilgili hastanelerin yönetiminden gerekli izin alınmıştır. Çalışma süresince, hastanede hizmet alanlara müsait oldukları hemodiyaliz seanslarının uzun olduğu zamanlarda ulaşılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile SERVQUAL Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmanın Varsayımları: Hemodiyaliz Birimlerinde hizmet kalitesi kapsamında hastaların algı ve beklentilerinin boyutlar bazında, ağırlıklı ve eşit ağırlıklı SERVQUAL skorlarının hesaplanması ve bunların demografik özellikler doğrultusunda karşılaştırılması düşünülmüş ve oluşturulmuştur. Bu süreçte aşağıdaki varsayımlar oluşturulmuştur:

Varsayım 1: Hastaların hizmet süreçlerinde sorun yaşamaları hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.

Varsayım 2: Hastaların akut ya da kronik diyaliz hastası olması hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.

Varsayım 3: Cinsiyet değişkeninin hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.

Varsayım 4: Hastaların evli ya da bekar olması hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.

Varsayım 5: Eğitim değişkeni algılanan hizmet kalitesi düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.

Varsayım 6: Hastaların yaşı hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.

Varsayım 7: Hastalık süresi hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK KURUMLARI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık ve hastalık kavramları, çağlar boyunca insanların yaşam kalitesi üzerine etkili olmuştur. Sağlık hizmetleri ise bu yaşam kalitesinin artırılması ve korunmasında insan yaşamının önemini bir kez daha vurgulamış, sağlık statüsünün yükseltilmesine katkıda bulunmuştur.

Geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir.¹ Bu bağlamda içinde bulunduğu dönemin özellikleri, sağlığa yönelik bakış açılarındaki değişim, sağlığın çeşitli tanımlarının yapılmasına neden olmuştur.

Günümüzde sağlık kavramı farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte günümüzde en çok kabul görmüş ve evrensel olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre “Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”² Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi sağlık çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte birbiri ile ilişkili birçok faktörü de bünyesinde bulundurmaktadır. Sağlık, kavramını tanımlamaktan öte iyi anlayabilmek için sağlığı olumlu ve olumsuz yönde etkileyen çeşitli etkenleri tanımak gerekir. Sağlığın belirleyicileri olarak çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetlerinin sağlık ve iyilik halini psiko

¹ R. Akdur, “Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara etki eden dinamikler”, Halk Sağlığı Dergisi, C.2, S.10, Ankara, 1998, ss.5-14.

² O.Hayran- H.Sur, "Sağlık ve Sağlık Kavramları", (Ed.O.Hayran-H.Sur), Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s.3.

sosyal ve bedensel sağlığı etkilediği düşünölmektedir. Öte yandan sağlığın “hal” olarak görölmesi, kişinin görev ve sorumluluğunu azaltarak statik bir duruma indirgemektedir. Bunlara rağmen tanıtımda yer alan 'sosyal' iyilik kavramı önemli bir gelişme olarak görölmelidir.³

Henrick L. Blum'e göre sağlık dört temel faktörden etkilenmektedir. İlk olarak çevre daha sonra sırasıyla yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetlerinin izlediğini ifade etmiştir. Sağlığı etkileyen bu dört temel faktör de; nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır. Örneğin; sağlıklı beslenme tarzı, spor yapma, sigara-alkol kullanma alışkanlığı kültürel sistemden etkilenmekte ve bu durum bireyin sağlık durumunda farklılıklar yaşanmasına neden olmaktadır.⁴

Tıp alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni ölüm nedenleri çıkmakta ve dünyanın pek çok gelişmiş ölkesinde artık insanlar bulaşıcı hastalıklardan değil de, örneğin, kalp-damar hastalıklarından, kanserlerden, yaşam biçimlerine bağlı sorunlardan, çevre kirliliğinden, kronik böbrek yetmezliği gibi ağır kronik hastalıklardan ya da yoksulluğa bağlı hastalıklardan ölmektedir. Bu durum karşısında pek çok ölkede sağlık hizmetleri kavramını gözden geçirmektedir. Sağlık hizmetlerinin ve politikalarının yeni bir şekle kavuşturulması gereği sonucu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2000 yılında herkesin sağlıklı yaşaması için gerekli olan hedefleri stratejileri tanımlamıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü, sağlığın geliştirilmesi anlamında pozitif mesajlara yer verilmiş olmasıdır.⁵ Sağlık hizmetleri, bireyin mutluluğunu ve toplumun refah düzeyini arttırmayı amaçlayan hizmetlerden olup, iyi beslenme, temiz içme suyu, erken tanıdan başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tedavi hizmetlerine, endüstri hijyenine kadar oldukça geniş ve yaygın alanları kapsayan görünümündedir.⁶ Göröldüğü üzere sağlık hizmetlerince sağlığın korunması ve geliştirilmesi, bireylerin bununla birlikte toplumun sağlığını da olumlu etkilediği düşünölmektedir.

³ Hayran-Sur, s.5.

⁴ Ş.Kavuncubaşı-S.Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.19.

⁵ Hayran-Sur, ss.3-4.

⁶ E.Y.Yeğinboğ, Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, İzmir, 1993, s.18.

2. HİZMET KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri tanımı ve özelliklerini incelenmeden önce hizmet kavramını incelemek, çeşitli araştırmacılar tarafından yapılan tanımlarına göz gezdirmek gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörleri arasındaki benzerlikleri ve ayrıcalıkları daha net anlaşılmaktadır.

2.1. Hizmet Kavramı

Günümüzde, teknolojik gelişmeler ve insanların refah düzeyinin artmasına paralel olarak tüketici bilincinde meydana gelen değişimler doğal olarak hizmet sektörünün önemini her geçen gün daha çok ön plana çıkartmaktadır. Müşteriler bir bedel ödedikleri mal veya hizmetin sadece satın alma maliyetini değil, işletme maliyetini de düşünmekte, dolayısı ile o mal veya hizmetten elde edeceği toplam faydayı hesap etmektedirler. Hizmeti fiziksel mallardan ayıran en önemli özellik saklanamaması ve fiziksel varlıklarının olmamasıdır. Hizmet sektörünün içeriğinde danışmanlık, mühendislik, ulaştırma, yazılım, sağlık ve eğitim gibi alanlar yer almaktadır. Bununla birlikte bazı araştırmacılar genel kabul görmüş bir hizmet tanımının bulunmadığını, diğer bir görüş ise hizmet tanımının geliştirilemeyeceğini öne sürmektedir.⁷ Sözü edilen güçlükler rağmen hizmet kavramının birçok yazar tarafından tanımlandığı görülmektedir.

Karahan'a göre hizmetin tanımı; hizmet, insan ve makinalar tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünlerdir .⁸ Collier, hizmeti; üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba olarak tanımlamaktadır. ⁹ Goetsch ve Davis, hizmeti; hizmet başka birisi için iş icra etmektir şeklinde tanımlamıştır. Parasuraman-Zeitahml ve Berry' e göre de hizmetler, zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından

⁷ N.Uyguç, Hizmet Kalitesi Olgusunun Analitik Bir Yaklaşımla İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayımlanmamış Doktora Tezi (YDT), İzmir, 1992, s.12.

⁸ K.Karahan, Hizmet Pazarlaması, İstanbul, 2000, s.21.

⁹ N.Uyguç, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi:Stratejik Bir Yaklaşım, İzmir, 1998, s.12.

fayda sağlayan ekonomik faaliyetlerdir.¹⁰ Soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda ya da tatmin olarak algılanan hizmet bir kişi veya kuruluşun bir diğer kişi veya kuruluşa sunduğu elle tutulamaz bir faaliyet veya yarar olarak tanımlanmaktadır.¹¹ Dolayısıyla hizmet insanların yada insan gruplarının, gereksinimlerini gidermek amacıyla, belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen, yarar ve doyum oluşturan, soyut faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilir.

Hizmet kavramının çeşitli yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanması, hizmet kavramının çeşitli özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte ayırt edici bazı özellikler ortaya çıktığı görölmektedir. Hizmet sektöründe belirli bir üretim süreci dâhilinde planlanmış fiziksel ve standart nitelikte bir ürün bulunmamakta, ortaya konulan ürün yani hizmet, hizmet sağlayıcıların nitelikleri ve hatta içinde bulunulan ortamın koşullarına göre farklılaşmaktadır. Bu durum ise ilgili hizmetten faydalanan müşterileri bir anlamda hizmet üretiminin içine dâhil etmektedir. Değişen koşullara bağlı olarak müşteri tatmini ve hizmet kalitesinin artırılmasını sağlayacak geribildirimlerle hizmetin sunumu ve niteliği de sürekli olarak değişmektedir.

2.1.1. Soyutluk

Hizmetlerin soyut olma özelliği; fiziksel varlığının olmaması, elle tutulamayan, koklanamayan, tatma, işitme gibi duyular ile müşterinin hakkında fikir edinemeyeceği türden olmalarıdır. Hizmetler paketlenemez, sergilenemez, bir ölçü birimiyle ifade edilemez ve taşınamazlar. Bu nedenle hizmetler önceden çok sayıda üretilemez ve saklanamazlar. Bu da hizmetleri soyut bir kavram haline getirir. Bir konserde ya da bir uçakta boş kalan koltukların saklanıp ertesi gün satılması mümkün değildir. Böylelikle hizmet sunulduktan sonra tüketilmemesi durumunda mali kayıplar giderilemez. Müşteri hizmetin değerini ve niteliğini ancak satın aldıktan sonra ya da hizmetin tüketilmesi veya satın alınması süresince değerlendirebilir. Müşteriler bir hizmeti satın alırken daha çok geğmişteki

¹⁰ N.Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2005, s.7.

¹¹ M.Karafakıoğlu, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul, 1998, s.100.

deneyimlerinden yararlanmaktadır.¹² Hizmetlerin fiziksel bir varlığa sahip olmaması bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir. Örneğin; Hizmetlerin depolanma olanağı yoktur. Patent ile korunamamakta, mallar gibi teşhir edilip tanıtılamamakta ve fiyatlandırma konusunda zorlanılmakta bu da bazı pazarlama sorunlarına neden olmaktadır.¹³

2.1.2. Heterojenlik ve Değişkenlik

Hizmet kalitesi, hizmeti sunan kişiden, hizmet alan müşteriye ve zamana göre farklılıklar göstermektedir. Böylelikle sunulan hizmetin kalitesi, hizmeti sunan kişilerin tavır ve davranışlarıyla, kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir. Hizmetin niteliği, hizmet üreten insanın beceri ve kapasitesinden ayrılamaz. Çoğu zaman aynı kişiden alınan hizmet dahi, zamana, hizmet sunan kişinin yorgunluğuna, tükenmişliğine, moral durumuna, iş yüküne, müşterinin hizmeti alırken ki işbirliği yapma derecesine ve kişilik özelliklerine bağlı olarak heterojenlik göstermektedir. Örnek olarak yemek yemek için gidilen bir restaurant da alınan hizmet, restorandan restorana farklılık gösterdiği gibi, gün içerisinde restoranın iş yoğunluğuna, çalışanların yorgunluklarına ve müşteriden müşteriye farklılık gösterebilmektedir. Aynı şekilde hastanelerde çalışan hemşirelerin yaptıkları hizmetler, hemşirelerin iş yoğunluğuna, tükenmişliklerine, zamana, hastaların ağrı eşiklerine, hemşirelerin el becerilerine bağlı olarak değişkenlik ve heterojenlik göstermektedir.¹⁴

Hizmetlerde oluşan bu heterojenliği en aza indirmek ve standart oluşturabilmek için çalışanların titizlikle seçilmesi, kaliteli hizmet sunumu için motivasyonlarının sağlanması, hizmet içi eğitim programlarının uygulanması, iyi bir denetim ve kontrol mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir.¹⁵

¹² D.Taşçı, E.Eroğlu, S.N.Çabuk, G.Duman, O.Ağlargoş, E.Erdemir, E.A.Özsoy, " Hizmet Sektöründe Kalitenin Önemi", Kalite Yönetim Sistemleri, (Ed.D.Taşçı-S.N.Çabuk), Eskişehir, 2013, s.184.

¹³ S.Sevimli, Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi ölçümü Üzerine Bir Uygulama, DEÜ, SBE, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), İzmir, 2006, s.36.

¹⁴ M.Yazgan, Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, DEÜ, SBE,YYLT, İzmir, 2009, s.11.

¹⁵ Deveci, 2005, s.8.

2.1.3. Dayanıksızlık

Hizmetlerin dayanıksızlığı, hemen kullanılmadıkları durumlarda depolanamamalarından, saklanamamalarından, iade edilememeleri ve yeniden satılamamasından kaynaklanmaktadır.¹⁶ Kısacası hizmet sunulduktan sonra tüketilmemesi durumunda ortaya çıkan maddi kayıplar sonradan giderilemez. Örnek olarak bir turdaki koltuklar, bir oteldeki boş odalar, boş kalan konser koltuğu, hastanın gelmemesiyle kullanılmayan bir doktor randevusu kaybedilmiş kapasite anlamına gelir. Belirli bir zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak veya satılmak için tutulamaz.

Aynı zamanda hizmetlerin dayanıksızlığını arttıran bir diğer unsur talebin fazla değişken ve dalgalı olmasıdır. Kimi zaman talep günden güne, yıldan yıla hatta saatten saate farklılık gösterirken, talebin artması durumunda hizmet arzı yetersiz kalırken, talebin az olması durumunda hizmet arzı fazla gelmekte bu da ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Dalgalanan talep nedeniyle hizmet üretim kapasitesini belirlemek zor olmakta, verimlilik ve performansın ölçülmesinde güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu da işletmelerin kalite standardı oluşturmada, müşteri memnuniyeti ve güveninin oluşması bakımından zorlanmasına sebep olmaktadır.¹⁷

2.1.4. Ayrılmazlık

Üretilip, depolanan, saklanan ve daha sonra satışı yapılan fiziksel mallar hizmetlerden farklı olarak, üretim ve tüketim sürecinin birbirinden ayrı olması nedeniyle işletme ile müşteri ancak malın satın alınması sırasında karşı karşıya gelirler. Hizmetler ise üretildiği anda tüketilirler, hizmetin üretimi ile satışı eş zamanlı olarak oluşmaktadır. Bu nedenle işletme ile müşteri üretim ve sunum süreci boyunca etkileşim halindedir ve müşteri üretim sürecine katılır. Bu nedenle üretim, satın alma, kullanılma ve değerlendirilme kısa aralıkta gerçekleşmektedir.¹⁸ Bununla birlikte iki önemli sonuçtan bahsetmek mümkündür. Öncelikle, çoğu kez üretici ile satıcının aynı kişi olması ve hizmeti sunan kişinin, hizmetin bir parçası olmasıdır. Kısacası hizmet, hizmeti üretenden ayırt edilemez. Hizmette ayrılmazlığın bir diğer

¹⁶ A.S.Öztürk, Hizmet Pazarlaması, İstanbul, 2003, s.22.

¹⁷ Ö.Dinçer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, 1998, s.436.

¹⁸ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoğlu-Erdemir-Özsoy, s.184.

önemli sonucu da müşterinin hizmet üretim sürecinde yer almasıdır.¹⁹ Bir hastanın doktor randevusuna giderek sağlık hizmeti alması, kuaförlük hizmeti almak için kişinin kuaför ile bizzat görüşmesi ya da ulaşım hizmeti almak için müşterinin bizzat bulunması gibi birçok hizmet türünde müşterinin bizzat bulunması, üretim sürecine katılması gerekmektedir.

2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür.²⁰ Kısacası insanların mutluluğunu ve refah düzeylerini arttırmak için amaçlanan sağlık hizmetleri, toplumun sağlıklı bir şekilde yaşamlarını idame ettirmesine olanak sağlar buda; sağlık hizmetlerini yaşamın olmazsa olmazlarından bir yapıya dönüştürmektedir.

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak daha açıklayıcı biçimde tanımlanabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilir.²¹ "Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır."²²

“ Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.”²³ Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri talebin ne zaman ortaya çıkacağını belli olmamasıdır. Buna ilave olarak hastalığın maliyeti de belirsiz büyük boyuttadır. Yani

¹⁹ Yazgan, s.11.

²⁰ D.Tengilimoğlu-O.İşık-M.Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009, s.38.

²¹ Y.Odabaşı, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2001, s.25.

²² O.Alpugan, Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar Ve Bu Sorunların Çözümlemesi, Ege Üniversitesi (EÜ), SBE, YDT, İzmir, 1981 , s.68.

²³ Odabaşı, ss.27-29.

kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilemez. “Bu sebeple devlet sağlık hizmetleri alanından tam olarak çıkamaz. Belirli bir yaşa kadar çok fazla bir sağlık hizmetine ihtiyaç duymayan ya da ciddi bir sağlık hizmetleri tüketicisi olmayan bir kişi, kronik bir hastalığa yakalanarak çok ciddi bir hizmet kullanıcısı olabilir.”²⁴ Örneğin hemodiyaliz yapılan kronik böbrek yetmezliği hastaları, haftanın en az üç günü diyalize girmezlerse ölümle sonuçlanan ciddi sorunlar yaşarlar bu sebeple diyaliz olmak zorundadırlar ve bu da maliyetli bir işlemdir.

“Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.”²⁵ Bir malın fiyatı yükselince tüketiciler doğal olarak, bu malın yerine diğer malları ikame etmeye çalışacaklardır. Örneğin pirinç fiyatları yükselince, tüketiciler pirinç yerine bulgur ya da makarnaya yönelebilirler. Fakat sağlık hizmetleri yerine başka bir hizmet konamaz yani ikamesi yoktur. Sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez ve bu özellik sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerden biridir. Sağlık hizmeti alması gereken bir hastaya parası ya da sağlıklı ilgili güvencesi yok diye sağlık hizmeti verilmemesi, sağlığın temel bir insan hakkı olduğu kabulünü yok sayar.²⁶

“ Sağlık hizmeti ertelenemez.”²⁷ Sağlık sektörü dışındaki birçok mal ve hizmet için kişiler başta ekonomik sebep olmak üzere çeşitli sebeplerle taleplerini erteleyebilirler. Ancak sağlık hizmetlerinin doğası gereği pek çok durumda hizmetin kullanımı ertelenemez. Özellikle akut ve kişiye acı veren ya da sağlığını tehlikeye düşüren hizmetlerin ertelenmesi mümkün değildir. Ayrıca tedavide erken tanının önemi dikkate alındığı zaman hizmetlerin ertelenmesi daha büyük ekonomik kayıplara neden olabilir. Hizmetlerin kullanımının ertelenmesi kişide kalıcı hastalık ya da sakatlıkların oluşmasında etkili olabilmektedir. Dolayısı ile ihtiyaç duyduğu anda kişinin her hangi bir etmene ya da kısıtlamaya bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanmalıdır.

²⁴ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.40.

²⁵ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.40

²⁶ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.40.

²⁷ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.41.

“Sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyi çok yüksektir.”²⁸ Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri, hizmeti sunan doktor ile hasta arasında bilgi asimetrisi olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde tüketiciler satın alacakları hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Sağlık hizmetleri, uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış hatta sürekli eğitimle yenilikleri izleyip kendilerini geliştirebilen kişilerin bilebileceği karmaşıklıkta konulardan oluşmaktadır. Bu durum, ileri teknoloji ile üretilen hizmetlerin gelişmesi ile daha da karmaşık bir hal almıştır. Dolayısı ile diğer sektörlerde olduğu gibi tüketici alacağı hizmete kendisi karar veremez.²⁹

“Sağlık hizmeti tüketicilerinin durumu irrasyoneldir.”³⁰ Genel olarak, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en iyi olanı seçeceği var sayılmıştır. Başka bir ifade ile tüketicinin rasyonel (akılcı) davranışı, harcadığı paranın sağlayacağı faydanın en yüksek olmasını gerektirir. Bu da ancak tüketicinin tüketimini yaptığı mal ve hizmetin kalitesini ölçebilmesiyle mümkün olabilir. Ancak tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır.

“ Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.”³¹ Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu, etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktörün bulunmasına da bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılgılarını en aza indirmek için başta hekim olmak üzere sağlık personeline güven duymak zorundadırlar. Buna karşılık sağlık hizmetlerini sunanlar için uyulması zorunlu olan ahlaki ve sosyal standartlar vardır. Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek mümkün olmadığından, hizmet veren ve hizmet alan ilişkisi tamamen etik kurallar ve güven duygusuna bağlıdır. Ancak bu yolla sağlık hizmetlerinin kalitesini kontrol etmek her zaman mümkün olmayabilir. Bununla

²⁸ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.129.

²⁹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.41.

³⁰ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.42.

³¹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.42.

birlikte, toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta kuruluşları ve sosyal güvenlik kurumunun denetimi, sektörde gelişen rekabet ve mesleki ve sivil toplum kuruluşlarının gelişmesi, vb. doyumunun olumlu yönde gelişmesine etki etmektedir.

“ Sağlık Hizmetlerinin Bir Bölümü Toplumsal Nitelik Ve Kamu Malı Özelliği Taşımaktadır.”³² Sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Salgın hastalıklarda hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır.³³ Örneğin sıtma, verem ve kızamık gibi hastalıklarla mücadele hastalık ortaya çıkmadan ve kişinin para ödeyip ödememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır. Yani bu tür hizmetlerde sadece ödemeye istekli olanlara verip, diğerlerine vermemek söz konusu olamaz. Bu tür hizmetlerin kamu malı olması özelliği nedeniyle serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün olmamakta ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.³⁴

“Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.”³⁵ Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür.³⁶ Sağlık hizmeti sürecinin çıktısının kâr getirici bir yönelimle ele alınması durumunda; yaşamın değerinin parasal karşılığının kişinin sosyo-ekonomik durumuna göre belirlenebileceği ve bu olasılığın yoksullar ve dezavantajlı grupların sağlığını olumsuz etkilemesi söz konusudur.³⁷ Sağlık hizmetleri kendine özgü özelliklerinden dolayı, çoğu kez kâr amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla, maliyet, fayda ve kârlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları, sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır. Sağlık hizmeti sürecinde çıktı, maksimum kâra çevrilemeyen nitelikte bir sonuçtur; kişi iyileşir, sakat kalır ya da hiç istenmeyen bir sonuç olarak yaşamını yitirebilir. Bu nedenle sağlık hizmeti çıktısı aslında paraya çevrilemez, pazarlığı da yapılamaz.

Bunların dışında ayrıca sağlık hizmetlerinin depolanamaması nedeniyle sağlık kuruluşu kapasitesini talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemek zorunda kalabilir. Arz ve talep arasındaki dengeyi oluşturmak için ya arzı talebe veya

³² Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.42.

³³ Odabaşı, ss.27-29

³⁴ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.43.

³⁵ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.43.

³⁶ Ş.Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.52.

³⁷ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.43.

talebi arza uydurmak zorunludur. Talebin yüksek olduğu dönemlerde part-time elaman çalıştırarak hizmetin aksaması engellenebilir.³⁸ Sağlık hizmeti sunan işletmeler diğer hizmet işletmelerinden ayrı olarak teknoloji ve emek yoğun işletmeleridir. Bu nedenle yüksek maliyet gerektiren hizmetler sunmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği hata ve belirsizliklere izin vermemesidir. Çünkü yapılacak hata direkt hastanın hayatına mal olabilir.³⁹ Örneğin en küçük bir enjeksiyon uygulamasında dahi hasta anaflaktik şok geçirerek hayatını kaybedebilir.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Çağlar boyunca insanların sağlıkları ile ilgili ihtiyaçların karşılanmasına yönelik hizmetlerin bütününe sağlık hizmetleri denilmiştir. Sağlık hizmetleri önceleri sadece hastaların tedavisi şeklinde anlaşılmış ancak giderek hastalık ya da sağlığı bozucu etkenlerin öğrenilmesi sonucu çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve kişisel hijyen gibi konular önem kazanmaya başlamıştır. Bu gelişmeler sonucunda sağlık hizmetleri farklı şekillerde anlaşılmaya başlanmıştır. Buna göre, sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise : Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir. ⁴⁰ Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta toplanmaktadır .⁴¹

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun sağlık hizmetlerini; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler”⁴² şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta toplanabilir. Sağlık hizmetleri,

³⁸ M.Menderes, “Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi” Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar (Ed.H.Seçim), Eskişehir, 1995, s.318.

³⁹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.43.

⁴⁰ Akdur, s.12.

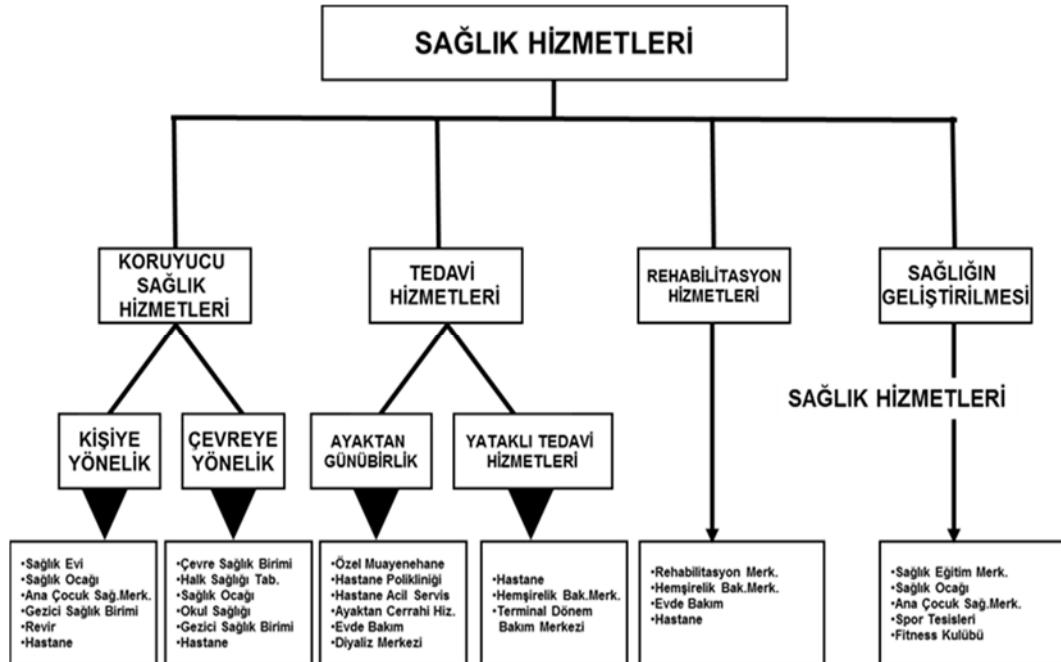
⁴¹ Kavuncubaşı, s.34.

⁴² E. Köroğlu, Sağlık Mevzuatı, Ankara, 1987, s.216.

insanların fiziki ve mental durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Başka bir tanıma göre sağlık hizmetleri; insanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve mental kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşturulması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir.⁴³ Görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin çok çeşitli tanımları bulunmakta bu da sağlık hizmeti veren işletmelerin kendine özgü yapısal özelliklerinden kaynaklanmaktadır.

Sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesini kapsayan ve toplumun bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşturulabilmesidir.⁴⁴ Sağlık hizmetleri ve söz konusu hizmet arzını gerçekleştiren sağlık işletmelerinin sınıflandırılması Şekil-1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri



Kaynak: Ş.Kavuncubaşı-S.Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.35.

⁴³ Hayran-Sur, s.10.

⁴⁴ D.Tengilimoğlu-C.Çalık, "Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar Ve Çözüm Önerileri", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt(C).6, Sayı(S).3, Ankara, 2000, ss.12-15.

3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan, bu risklere karşı verilen bir mücadele şeklidir. Bu özelliği nedeni ile koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmek zorundadır.⁴⁵ Kısacası hastalıklar oluşmadan, insanları korumak için verilen hizmetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanır. Ayrıca kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik yani toplum sağlığını koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki şekilde halk sağlığını korumayı hedefleyen sağlık hizmetleridir.

Koruyucu Sağlık hizmetlerinin özelliklerine baktığımızda; “ Tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuz olduğunu, uygulanmasının daha kolay, sunumunda fazla araç-gereç ve personele ihtiyaç olmadığını, görevli personelin niteliğinin çok yüksek olması gerekmediğini, kullanılan teknolojinin basit, dolayısı ile ucuz olduğunu, hastanelerin hasta yükünü azalttığını ve iş gücü kaybını asgariye indirdiğini görmekteyiz. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık evi, sağlık ocağı, işyeri reviri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleri tarafından sunulmaktadır.”⁴⁶ Ayrıca bu kuruluşlara birinci Basamak sağlık kuruluşları denilmektedir. Koruyucu Sağlık Hizmetlerine örnek olarak; çevre düzenlemesinde bataklıkların kurutulması gibi basit ama önemli bir konu sıtma hastalığının önlenmesine sebep olmaktadır.

3.2. Tedavi Edici Hizmetler

Tedavi hizmetleri sağlıklı iyi olma hali bozulan kişilerin, eski düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler doktor sorumluluğunda, diğer yardımcı sağlık personelinin de katkıları ile gerçekleştirilir.⁴⁷ Tedavi edici hizmetler, hastanın ilk muayene ile tanısının koyulmasından, yatan hasta olarak klinik müdahalesinin yapılmasını, tedaviye bağlı olarak kullandığı tüm ilaçları ve sağlık gereçlerini kapsamaktadır⁴⁸. Tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık

⁴⁵ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.44.

⁴⁶ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.47.

⁴⁷ A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2002, s.31.

⁴⁸ S.Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s.84.

hizmetlerine göre en temel farkı tamamen kişiye yönelik olarak sunulmasıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri dolaylı olarak koruyucu sağlık hizmetlerini epidemiyolojik hastalıkların bulaşmasına engel olarak toplum sağlığının korunması ve iyileştirmesi konusunda da desteklemiş olmaktadır.

Tedavi hizmetleri, kişilerin sağlığı bozulduğunda hastalık ya da sakatlık durumu ortaya çıktığı zaman verilen hizmetlerdir. Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanmaktadır. Kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır: Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri; Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları, özel poliklinikler ve muayenahaneler, dispanserler ve sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlardır. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri; Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmetleri vermektedirler. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri; Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetleridir. Onkoloji hastanesi, Kalp Damar Hastanesi gibi hastaneler örnek verilebilir.⁴⁹ Kamuya bağlı veya özel Hemodiyaliz merkezleri de tedavi edici sağlık hizmetlerinin ayaktan gününbirlik bölümüne dahil olmaktadır. Hastalar tedavi oldukları diyaliz merkezlerinin protokollerine göre diyaliz seansları boyunca yatış işlemi yapılarak tedavi görmektedir.

⁴⁹ D.Tengilimoğlu-N.Çıtak, Yönetici ve Tıp Sekreterliği, Ankara, 2003, s.45.

3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Sağlığı bozulmuş hastaların, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle, günlük yaşamını sürdüremeyen ve iş gücünü kaybedenleri tekrar sağlıklı haline kavuşturup rehabilite etmek için verilen hizmetler bu başlık altında toplanmaktadır.⁵⁰ Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Tıbbi rehabilitasyon; Hastalık veya kaza nedeni ile fiziksel aktivitelerini kaybeden kişilerin fiziksel aktivitelerini tekrar kazanmalarını sağlamaya yönelik, verilen hizmetleri içermektedir. Sosyal rehabilitasyon; Doğuştan veya sonradan engelli ve sakatlığa bağlı günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen kişilerin, başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak, iş adaptasyonu veya yeni iş bulma ve öğretme şeklindeki hizmetleri kapsamaktadır.⁵¹

3.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, kişilerin öz sorumluluklarının bilincinde olarak sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir.⁵² Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün bir çok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir.⁵³ Kişiler kendi yaşam biçimlerini geliştirerek sağlık durumlarını daha üst seviyelere çıkarabilirler. Örneğin kişinin spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, sağlığı bozucu rafine gıdaların tüketiminden uzak durması ve kişisel hijyen sağlaması sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayabilecektir.

⁵⁰ Akdur, s.14.

⁵¹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.48.

⁵² Kısa, s.37.

⁵³ Kavuncubaşı, s.46.

4. SAĞLIK KURUMLARININ SINIFLANDIRILMASI

İnsanların bedensel ve ruhsal sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmek ve pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlara sağlık kurumları denilmektedir.⁵⁴ Sağlık işletmelerinin işlevleri, görevleri ve kuruluş amaçları açısından sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu işlevler; hasta ve yaralıların tedavisi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetleri ayrıca toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesin olarak sıralanabilir.⁵⁵

Sağlık işletmelerinin sınıflandırılmasında kullanılan bir diğer yöntem de sağlık hizmetinin yataklı veya yataksız olması şekline göre farklılık göstermektedir. Yataksız kurumlara örnek gösterecek olursak; Sağlık Evleri, Sağlık Ocakları, Ana-çocuk Sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, hıfzısıhha Enstitüleri, özel muayenehaneler ve laboratuvarlar ayrıca diyaliz merkezleridir. Yataklı sağlık işletmeleri olarak ise; Sağlık Merkezleri, Hastaneler, rehabilitasyon merkezleri örnek gösterilebilir.

"Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 5. maddesinde Sağlık kurumları, işlevlerine göre 5 ayrı grupta sınıflandırılmıştır;

İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

Gün hastanesi: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

Genel hastaneler: Her türlü acil hasta ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

⁵⁴ Ç.Akar-H.Özalp, Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998, s.41.

⁵⁵ Kavuncubaşı, ss.76-77.

Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır."⁵⁶

Ülkemizde hastanelerin organizasyon yapısı incelenirken, üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışan Kamu Hastaneleri Birlikleri ve Özel Hastaneler ele alınmaktadır. Üniversite hastaneleri araştırma merkezi adı altında Yükseköğretim Kurulu (YÖK) kanununa bağlı olarak kurulmakta aynı zamanda da YÖK kanunu hükümlerine göre organize olmaktadır. Üniversite hastaneleri üniversite teşkilatı içinde birer araştırma merkezi olarak kurulurlar. İşletme faaliyetleri kendi özel yönetmeliklerine, bu yoksa Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine uygun olarak yürütülür.⁵⁷

⁵⁶ N.Devebakan, Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2007, ss.61-62.

⁵⁷ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.215.

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTEYE İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE

1.KALİTE KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Kalitenin bir kavram olarak ortaya çıkışı ve tarihsel gelişimi 19.yy başlarına kadar dayanmaktadır. Araştırmanın ikinci bölümünde kalite kavramının birçok bilim adamı tarafından yapılan tanımlarına yer verilmiş olup tarihsel gelişiminden bahsedilmiştir.

1.1. Kalite Kavramı

Kalite kelimesini günlük yaşamımızda çok sık kullanıyor olsak da kesin bir tanımı bulunmamaktadır. Güzellik gibi kalite de göreceli bir kavram olup bakanın gözündedir. Örneğin, bir üretici için kaliteli bir ürün, tasarım özelliklerine uyan, kusuru bulunmayan ve müşteri beklentilerini karşılayan bir üründür. Satıcılar için kaliteli bir ürün, fiyatı ve özellikleri uyumlu ve müşterilerin çoğunun ilgisini çeken bir üründür. Müşteriler için kaliteli bir ürün, bireysel olarak beklentilerini karşılayan bir üründür. Bir kişinin kaliteli olarak algıladığı bir ürünü başka bir kişi kaliteli bulmayabilir. Kalite kavramı insanların ve sistemlerin hata yapması ve mükemmele ulaşma isteği gerçeğinden ortaya çıkmıştır. Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen 'Qualis' kelimesinden türemiş ve 'Qualitas' kelimesiyle ifade edilmiştir.⁵⁸

Kalitenin yönetim ve organizasyon bilimi çerçevesinde çeşitli düşünürler ve uzmanlar tarafından geliştirilen çeşitli tanımları bulunmaktadır. Bu tanımlara bakıldığında; "Kotler kaliteyi; Ürünün müşteriler tarafından değinilen veya ima edilen istekleri karşılayabilme yeteneğine sahip niteliklerinin toplamı olarak tanımlamaktadır."⁵⁹ Görüldüğü üzere müşterinin beklenti ve isteklerine yöneliktir.

⁵⁸, <http://www.devadim.com/pagelist./konu.php?>, (Erişim Tarihi: 12.05. 2013)

⁵⁹ D.Taşçı, E.Eroğlu, S.N.Çabuk, G.Duman, O.Ağlargoğlu, E.Erdemir, E.A.Özsoy, "Kalite Kavramı" Kalite Yönetim Sistemleri, (Ed.D.Taşçı-S.N.Çabuk), Eskişehir, 2013, s.4.

"Deming kaliteyi; tüketicinin işletmenin ürettiği ürün ya da hizmet hakkındaki yargısıdır dediği görülmektedir."⁶⁰ Kaliteyi değişkenliğin azalması olarak görür ve hataların sıfırlanmasıyla kalitenin sağlanabileceğini belirtmektedir.

"Juran kaliteyi; Müşterinin istediği estetik, dayanıklılık, güvenilirlik vb. gibi özelliklere sahip ve hatalardan arındırılmış ürünlerin kullanım amacına uygunluk olarak tanımlamaktadır."⁶¹ Müşterilerin beklentileri ve ürünün dayanıklılığı ön plandadır.

"Crosby kaliteyi; İhtiyaç duyulan niteliklere uygunluk olarak tanımlamaktadır."⁶² Kalitenin hatasız üretim olduğunu ve olması gereken özelliklere tam olarak uyulmasıyla oluşabileceğini ifade etmektedir.

"Garvin kaliteyi; Müşterileri memnun edebilmenin bir aracı olarak değerlendirmektedir."⁶³ Müşteri memnuniyetinin yapı taşı olarak kaliteyi gördüğü düşünölmektedir.

"Imai kaliteyi şöyle tanımlamaktadır; Esasında kaliteyi oluşturan üç temel yapı taşı bulunmaktadır. Bunlar, donanım, uygulama kuralları, ve insandan oluşmaktadır"⁶⁴. Kaliteyi oluşturan unsurların birbirlerinden ayrılmaz bir bütönlük içinde ele almıştır.

"Ishikawa ise kalite için; En ekonomik, en kullanışlı ve tüketicii daima tatmin eden kaliteli ürün geliştirmek, tasarımıı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmetlerini vermek şeklinde tanımlamıştır." ⁶⁵ Kaliteyi ürünün üretiminden, satış sonrasına kadar bir bütönlük içinde değerlendirmiştir.

Son yıllarda sağlıkta kalite anlayışı denildiğinde akla, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olması gelmektedir. Kalite yönetimi ise çok kapsamlı bir bütönlük içinde; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün

⁶⁰ W.E.Deming, Krizden Çıkış, (Çev.C.Akaş), İstanbul, 1998, s.137.

⁶¹ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoöz-Erdemir-Özsoy, s.4.

⁶² İ.Efil, Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç: ISO 9000 Kalite Güvence Yönetimi, İstanbul, 2003, s.10.

⁶³ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoöz-Erdemir-Özsoy, s.4.

⁶⁴ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoöz-Erdemir-Özsoy, s.4.

⁶⁵ Y.Özkan, Toplam Kalite, Sakarya, 2005, s.4.

kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir.⁶⁶

Tanımlara bakıldığında kaliteli bir sağlık hizmeti, hasta mutluluğu biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın refah seviyesini yükseltmeye yönelik olan faaliyetler bütünü şeklinde, sağlıkta kalitenin en değerli unsurları olarak değerlendirilebilir⁶⁷. Günümüzde kalitenin önemini, hastalar, hasta yakınları ya da sağlık kuruluşları olsun yokluğundan kaynaklanan hayal kırıklıklarına düştüklerinde, gereksiz zaman kaybına uğradıklarında ve lüzumsuz maliyetlerle karşı karşıya geldiklerinde daha iyi anlarlar. Sağlık alanındaki değişiklikler, yeni düzenlemeler, artan rekabet ve tüketicilerin baskısı karşısında sağlık işletmeleri daha az maliyetle, daha yüksek kaliteli hizmet sunmanın yollarını aramaktadır. Kalite standartlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hastaneler ve diğer sağlık işletmeleri açısından önemli bir görev haline gelmiştir.⁶⁸

Çağlar boyunca bilim ve teknolojinin gelişmesi, kültür seviyesi ve insanlığa verilen önemin artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yüksek standartlarda kaliteli sağlık hizmetleri vermesi zorunlu hale gelmiştir. Türkiye'nin gelecekte sağlık koşullarında rekabet gücüne sahip olabilmesi için kalite kavramını; lüks, pahalı, ender bulunan, üstün olan, benzerlerinden ayrı, olumlu niteliklere sahip olan anlamından çok daha geniş bir perspektifte ele aldığında, sunulan sağlık hizmetleri kalitesi de ülkemizin gelişmişlik düzeyini gösterecektir.

1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Birinci Dünya Savaşı ile seri üretimin daha da yığmsal olarak yapılması sağlanırken endüstriyel denetimin gerekliliği gündeme gelmiştir.⁶⁹ Kalitenin tarihsel

⁶⁶ C. C. Aktan, "Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması", Türk İdare Dergisi, S. 425, C.12, Ankara, 1999, s.23.

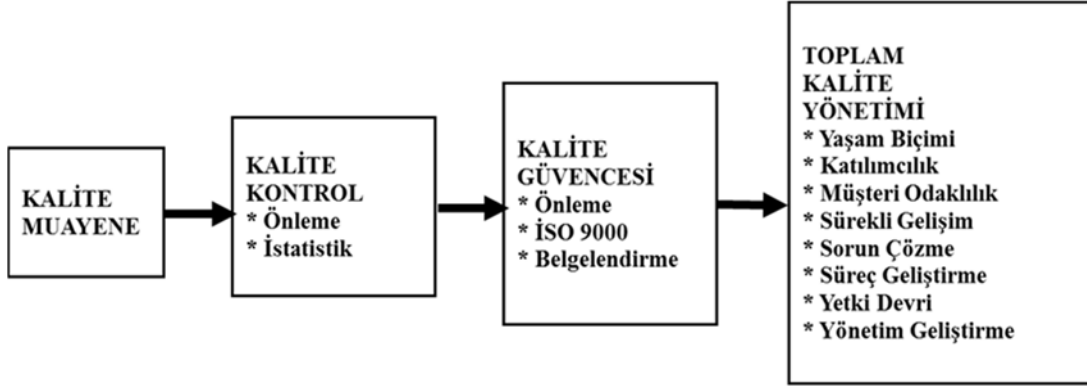
⁶⁷ O.Morgil-M.Küçükçirkin, "TOBB'in Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı", 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, (Ed.M.Çoruh), Ankara, 1995, s.37.

⁶⁸ S.Kaya-D.Tengilimoğlu-O.İşık-M.Akbolat-A.Yılmaz, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı", Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, (Ed.S.Kaya), Eskişehir, 2013, s.3.

⁶⁹ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoş-Erdemir-Özsoy, s.7.

gelişimini Şekil-2’de görüldüğü üzere genel olarak muayene, kalite kontrol, kalite güvence ve toplam kalite olarak dört aşamada incelemek mümkündür.

Şekil 2. Kalitenin Gelişim Süreci



Kaynak: İ.Akat,G.Budak,İşletme Yönetimi,İzmir,1999,s.391.

1.2.1. Kalite Muayene Aşaması

Kalite konusu çağlar boyunca insanoğlunun zihinsel süreçlerini uğraştırmış bir konudur. Medeniyetin ilk çağlarından itibaren sanayi devrimine kadar olan kısımlara inilecek olursa, kalite özellikle zanaatı elinde bulunduran kişilerin sorumluluğu altındaydı. Babil Kralı Hammurabi’nin koyduğu tarihin ilk yazılı kuralları, kalite kontrolünün toplum yaşantısına girişini simgelemektedir.⁷⁰ Ünlü Hammurabi Kanunlarının 229. maddesinde şu hükme yer verilmektedir; “ Eğer bir inşaat ustası bir adama ev yaparsa ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa o inşaat ustasının başı uçurulur.”⁷¹ Fenikeliler’ de oldukça etkili yaptırım yolları olduğu anlaşılmaktadır. Fenikeli bir denetçi, kalite standartlarına bir aykırılık gördüğünde bunun tekrarlanmasını kesinlikle önlemek için kusurlu malı imal edenin elini kesme yetkisine sahipti. Kaliteye verilen önemin tarih boyunca bu ve bunlara benzer yöntemlerle, ürünlerle ilgili şikayetleri azaltması ve ticari ahlakın oluşturulması beklenmiştir.⁷²

⁷⁰ M.Şimşek, KaliteYönetimi, İstanbul, 1998, s.15.

⁷¹ M.Şimşek, Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2001, s.15.

⁷² R.Bozkurt-A.Odaman, ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri, Ankara, 1995, s.1.

Kalitenin zaman içerisinde gelişimine bakıldığında ülkemizde Ahi Teşkilatından söz etmek gerekmektedir. Üretim, hizmet ve sosyal alanlarda belirli standartların oluşumu sağlayan Ahi Teşkilatı, 13. Yüzyılda Anadolu’da ortaya çıkan bir esnaf teşkilatıdır ve ürünlerin kalitesinin artırılması konusunda önemli katkılarda bulunmuştur. Ahilik felsefesi içerisinde kaliteli üretim ve müşterinin korunması ön plana çıkmakta ayrıca bu teşkilatla birlikte hammaddeler, süreçler ve ürünler için standartlar geliştirilmiş ve üyelere bunlara uyma zorunluluğu getirilmiştir. Sultan II. Beyazıd Han tarafından bir kanun çıkarılmış, bu kanunla kalitenin standartları belirlenmiştir.⁷³

Dünyanın bugünkü anlamda ilk standardı olan Kanunname-i İhtisab-ı Bursa, bu gerçeği kanıtlayan yazılı en eski belgedir. Bu belgede boyama, ambalaj, kalite gibi unsurlar ile narh ve ceza hükümlerine yer verilmiştir. Osmanlı Devleti’nde sanayi ürünlerinin standartlara uygunluğu ciddi şekilde izlenmiş, tespit edilen standartlar kadıların sicillerine kaydedilmiş, ülkenin uzak bölgelerinde bile bu standartlara uyulması istenmiştir. Örneğin çarşıya getirilen bir ekmeğin gramajından, pazarda satılan sebze ve meyvenin iyi yetiştirilmesine kadar her alanda kalitenin geliştirilmesi üzerine titizlikle durulmuştur. Osmanlı dönemindeki lonca sisteminde usta çırak ilişkisi büyük önem arz etmekte ve işin kalitesi ustalar tarafından bizzat kontrol edilmekte diğer yandan da çırakların yetiştirilmesi ustaların zanaatkarlık ve ahlaki sorumluluğu olarak kabul edilmekteydi.⁷⁴

Kalite muayene de ise amaçlanan müşteriye hatalı ürünlerin gitmesini önlemektir. Muayene işleminin, üretimin son aşamasında yapılması nedeniyle çeşitli açılardan kaynak israfına sebep olmakta ve maliyeleri arttırmaktadır. Bu da işletmeleri zarara uğratmakta, müşterilerin ise haklarını korumaktadır. İşletmelerin zararını azaltmak ve böylelikle üreticinin korunduğu bir sistem üzerinde durularak kalite kontrol aşamasına geçilmiştir.⁷⁵

⁷³ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoğlu-Erdemir-Özsoy, s.9.

⁷⁴ A. Erbaşı-S.Ersöz, Toplam Kalite Yönetimi Ahilik İlişkisi, Ankara, 2004, ss.29-30.

⁷⁵ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoğlu-Erdemir-Özsoy, s.7.

1.2.2. Kalite Kontrol

İşletmeler teknolojik gelişmeler ve ölçek büyümesinden dolayı, muayenecilerin yetersiz kaldığını görmüş ve yeni arayışlara girmiştir. 1920'li yıllara rastlayan bu dönemde, muayene işlemi farklılaştırılmış son kontrolden ara kontrollere ve giriş kontrolüne doğru genişletilerek değiştirilmiştir. Kalite kontrolünde amaç; ürün kalitesini geliştirmek, ulaşılan kalite düzeyinin devamlılığını sağlamak ve ürünün maliyetini en düşük seviyede tutmaktır. Ürünün yapım aşamasından müşteriye ulaşana kadar devam eden bir süreç olan kalite kontrolü, standartların belirlenmesi, uygunluğun değerlendirilmesi, düzeltici kararlar alınmasını ve geliştirme çalışmalarını kapsayan bir süreçtir.⁷⁶

İstatiksel Kalite Kontrol (İKK) denildiğinde ilk olarak 1924 yılında bir matematikçi olan Dr. Walter Shewhart, Bell Laboratuvarlar'ın da, seri üretim ortamında kalitenin ekonomik olarak kontrolü için bir yöntem gündeme getirdi.⁷⁷ Bu dönemde hatayı önlemekten çok hatayı bulma üzerinde çalışmalar yapıldı. Bu yüzden hatalı ürünlerin ayrılmasıyla fireler daha çok yaşanmaya başladı ve kalite pahalıya mal oluyor imajı gelişti. Kalite kontrol departmanları şirketlerin bünyesinde oluşturulmaya başlandı. 1930'lu yıllarda Amerika'da firmalar oluşturdukları kalite departmanlarında, örnekleme metotları kullanmaya başlamışlardır. Aynı dönemde İngiltere' de ise, kalite kontrolü için, istatiksel metotlar uygulanmaya başlanmıştır.⁷⁸

1.2.3. Kalite Güvence

1960'lı yılların başında kalite fonksiyonu hata bulmaktan çok hata önlemeye doğru kaymaya başladı. Kalite kontrolünün tasarımdan, satışa kadar bir işletmenin tüm sahalarına yayılması sağlanarak ilk kez “ Toplam Kalite Kontrol” kavramı kullanıldı.⁷⁹ “...Kalite güvence, önceden belirlenmiş ürün kalite standartlarını oluşturan ve bunları koruyan yöntemleri, kuralları ve politikaları kapsayan sistemdir.”⁸⁰ Temelinde ürün ya da hizmetin geçtiği tüm aşamalardaki talimatlar,

⁷⁶ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoş-Erdemir-Özsoy, s.8.

⁷⁷ Bozkurt-Odaman, s.2.

⁷⁸ G.Yenersoy, Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 1997, s.44

⁷⁹ Yenersoy, s.46.

⁸⁰ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoş-Erdemir-Özsoy, s.8.

görev ve sorumluluk tanımları vb. ile belgelendirmesi, çalışanların eğitilmesi ve kalite konusunda bilinçlendirilmesi ile kalitenin planlanan düzeyde en az kaynak kullanımıyla korunması yatmaktadır.

1940'lı yıllara gelindiğinde Deming ve Juran'ın ABD'in sınırları dışında süreç kontrolü, kalite yönetimi ve istatistiksel kalite kontrol gerçeğini yaymaya başlamasıyla birlikte bu kavramları uygulayan ve hayata geçiren ilk olarak Japonlar olmuştur.⁸¹ Japonlar, Deming ve Juran'dan temel kalite araçlarını öğrenip, geliştirip kendi yönetim stratejilerine entegre ederek, kalitenin nasıl yönetileceğini öğrendiler. Kalite devrimini başarıyla gerçekleştirerek, yirmi yılda çürük ürünler üreten bir ülkeden batıya kaliteli ürün ihraç eden bir ülke haline geldiler. Bu mallar, Amerika dahil tüm batı ülkelerine ihraç edildi ve 1970'li yıllardan itibaren batılı şirketler, dünya liderliğindeki yerlerini Japonya'ya bırakmak zorunda kaldılar. 1980'li yıllarda ise esnek üretim sistemlerinin rekabeti sağladığı bilgi çağına girilmiştir. ABD ve diğer batılı ülkelerin üretimleri düşerken, Japon ürünlerinin Pazar payları artmaya devam etmiştir. Bu sebeple başta ABD olmak üzere birçok ülkenin dikkati 'Toplam Kalite Yönetimi' üzerine toplanmaya başlamıştır.⁸² Kuşkusuz 1990'lı yılların başlarından itibaren rekabetin artmasıyla birlikte küresel pazarlarda işletmelerin yer alabilmesi için değişen koşullara uyum sağlaması, özellikle müşteri ihtiyaç ve isteklerine cevap verebilmesi kısacası Toplam Kalite Yönetimine daha çok önem verdiği görülmektedir .

1.3. Kalitenin Boyutları

Kalitenin birçok tanımı incelendiğinde; amaca uygunluk, gerekliliklere uygunluk, mükemmellik, kullanıma uygunluk, değer, müşteri beklentilerini karşılama şeklinde farklı şekilde tanımlandıkları görülmektedir. Temelde birbirleri ile benzer olmalarına karşın bu kadar farklı tanımlar yapılması kalitenin çok boyutlu olduğunun bir göstergesidir. "Bu özellikler:

⁸¹ M.Tekin, Üretim Yönetimi, C.2, S.1, Konya, 1996, s.70.

⁸² Bozkurt-Odaman, 1995, s.70.

- **Performans:** Ürünün işlem kapasitesiyle ilgilidir. Örneğin bir radyonun ses netliği, uzak istasyonları alabilme yeteneği gibi. Bu özellikler ölçülebilir olduğundan markalar performans değerlerine göre sıralanabilmektedir.
- **Özellikler:** Ürünün temel fonksiyonlarını belirten bu karakterler ürünü tanımaya yardımcı olur. Radyonun otomatik arama yetenekleri gibi buna örnek verilebilir.
- **Güvenilirlik:** Belirli bir süre içinde ürünün bozulma olasılığı ile ilgilidir. Güvenilirlik ölçütlerinden bazıları şu şekilde belirtilmiştir. Birinci arızaya kadar geçen zaman, arızalar arasındaki zaman ve birim zamandaki arıza sayısı.
- **Uygunluk:** Bir ürünün tasarımının ve kullanım karakterlerinin standartlara uyma oranıdır.
- **Dayanıklılık:** Teknik olarak, bir ürünün bozuluncaya kadar kullanım miktarıdır. Bazen tüketiciler, yeni bir ürüne yatırım maliyeti ile bu daha dayanıklı olan yeni ürünün maliyetini, eldeki ürünün gelecekteki beklenen maliyetiyle, para ve kişisel rahatlık açısından karşılaştırmak zorunda kalabilirler. Bu durumda dayanıklılık, yeni bir ürün almanın, eski ürünü tamir ettirmekten daha karlı olacağı ana kadar ürünün kullanım miktarı olarak tarif edilebilir.
- **Servis Olanakları:** Servis olanaklarının kapsamında, onarımın hızı, kolaylığı ve gereken ustalık vardır.
- **Estetik:** Öznel yargılara dayanır ve kişilere ait zevkin yansımasıdır. Evrensel değildir. Herkesi memnun etmek imkansız olduğundan, şirketler hedef müşteri grupları belirlemelidir.
- **Algılanan Kalite:** Müşteriler her zaman bir ürün ya da hizmetin tüm özelliklerini bilmediklerinden dolayı karşılaştırmalar yapmak zorunda kalabilirler. Üretici firmanın ya da ürünün ünü, algılanan kalitenin özüdür."⁸³

Sağlık konusunda kalitenin açıklanmasının zor bir kavram olduğunu düşünen Donabedian , sağlık hizmetinin kaliteli olup olmadığını birçok yönden ortaya koyan altı özelliğin bulunduğunu ileri sürmüştür. Bunlar; Etkinlik; belirli koşullar altında kullanıldığında, sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta iyileştirmeler

⁸³ M.Şimşek, Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2004, s.9.

meydana getirme yeteneğidir.⁸⁴ Etkililik; sağıkta Őimdi ulaőabilir olan iyileőtirmelere gerçekte ulaşma derecesidir. Verimlilik; sağıkta ulaőılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir. Uygunluk; sağıkta iyileştirmeleri, bu iyileőtirmelerin maliyeti ile dengelemektir. Kabul edilebilirlik; hastaların ve ailelerinin isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluk olarak tanımlanır. Yasallık; etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemelerle ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk olarak tanımlanırken hakkaniyet ise sağık hizmetlerinin dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanır.⁸⁵

2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE İLKELERİ

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini en iyi şekilde karşılamaya çalışan ve aynı zamanda maliyetleri de düşüren bir yönetim tarzıdır. Kalite kavramına ve kaliteli hizmet sunumuna yeni ve farklı bir yaklaşım getiren TKY, kalite kontrolünü ve kalite güvencesini de bünyesinde bulundurmaktadır. İşletmenin tüm birimlerinin de katıldığı, üretici ve müşterilerin isteklerinin karşılandığı, kalitenin oluşturulması, yaőatılması ve geliştirilmesi TKY'nin amacını oluşturmaktadır. TKY' nin temelinde sürekli iyileştirmek ve en mükemmele ulaőtirmek için iş gücünün sağlanması yatmaktadır.⁸⁶

İlk olarak ABD (Amerika Birleşik Devleti)' nde ortaya çıkan kalite kavramının bir sistem olarak ele alınması ve önceden belirlenmiş ilkelere dayandırılması konusu, daha sonra Japonya ve Avrupa'daki gelişmelerle zirveye ulaşarak, yönetim bilimi içerisindeki yerini almıştır.⁸⁷ Günümüzde sürekli değişkenlik gösteren rekabet ortamında geleceği görebilmek, buna göre yenilik yapabilmek veya yaratıcılığını en üst seviyede tutabilmek çok büyük önem taşımaktadır. Değişkenlik gösteren rekabet ortamında TKY'nin önemi daha çok kavranmakta ve TKY için yönelmeler hız kazanmaktadır. TKY, 1950'lerde eğitim ve

⁸⁴ N.Devebakan, Sağık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2005, s.11.

⁸⁵ Tengilimoğlu-Işıık-Akbolat, s.393.

⁸⁶ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoş-Erdemir-Özsoy, s.8.

⁸⁷ M.Şimşek, Sorularla Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri, İstanbul, 2000, s.2.

insan odaklılık aynı zaman da başarı ve verimlilik tarzıyla Japonya’da başlayan, 1980’li yıllarda etkileri hissedilen, 1990’lı yıllarda yaygınlaşan bir yönetim yaklaşımıdır. Bu yönetimin amaçları esas olarak iki noktaya indirgenebilir: Herkesin işini ilk seferinde ve tam zamanında doğru olarak yapması ve sürekli gelişmeyi tüm örgüte yaymaktır. Kısaca belirtilecek olursak, 1945’lerde üretim alanında Kalite Kontrol adıyla başlatılan kalite hareketi, 1950’lerde Toplam Kalite Kontrol, 1960’larda Kalite Güvencesi tanımlarıyla gelişmiş ve 1980’lerde TKY anlayışına ulaşmıştır.⁸⁸

Aktan, TKY’nin amacını; müşteri merkezli yönetim anlayışı aracılığıyla hem iç hem dış müşteri anlamında üst düzey müşteri memnuniyetine ulaşmak olarak tanımlamıştır.⁸⁹ Şimşek ise TKY’nin amacını; kurum çalışanlarının kurumsal gelişme ve iyileştirme faaliyetlerine katılımını sağlayarak takım çalışmasını sağlamak olarak tanımlamıştır.⁹⁰ TKY bir işletmede verimliliği maksimum düzeye çıkarmak, sıfır hataya yaklaşmak ve %100 müşteri tatminini sağlamak için benimsenmesi gereken ve şirket içi tam katılımın sağlandığı bir yönetim anlayışıdır. TKY başarmanın en önemli adımı TKY’ nin bir araçlar topluluğu değil, bir yönetim anlayışı hatta bir yönetim felsefesi olduğunu kavramaktır. TKY müşteri odaklı bir yönetim tarzıdır. Bu yönetim şeklinde tüm proseslerin, ürünlerin ve hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesi, iç ve dış müşteri tatminin artırılması ve müşteri bağlılığının yaratılmasının sağlanması amacıyla işletmede elde edilen sonuçların sürekli iyileştirilmesi esas alınır. TKY uygulayan işletmelerde müşterinin beklentileri her şeyin üstünde tutulur ve müşteri tarafından tanımlanan kalite tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında inanılması gereken tek hedef olarak alınır.⁹¹

TKY ‘nin hayata geçirilmesi ve uygulamaya konulması için önem taşıyan unsurlara bakıldığında sürekli gelişme, devrimsel hız, firma kültürü, toplam kalite fikrine bağlılık, herkesin katılımı, temizlik ve düzen, sıfır hata, muayene değil önleme, plan, eğitim ve öğretim, müşteri odaklılık, tedarikçiler, ölçüm, kalite

⁸⁸ H.Can, Organizasyon ve Yönetim, Ankara, 1999, s.142.

⁸⁹ C.C.Aktan, "Çağdaş Yönetim Anlayışı: Toplam Kalite", Yeni Türkiye Kalite Özel, S.5, İstanbul, 1999, s.68.

⁹⁰ Şimşek, s.6.

⁹¹ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoş-Erdemir-Özsoy, s.9.

maliyetleri, değerlendirme ve kalite denetimi gibi kavramlar yer almaktadır. Bununla birlikte Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa ve Imai gibi birçok kalite uzmanı sayılan bilim adamlarının TKY' nin ilkeleri konusunda zaman zaman görüş ayrılıklarına düşseler de, TKY de başarıya ulaşmak için temelde içerik ve felsefe olarak aynı görüşleri benimsemişlerdir.

2.1. Müşteri Odaklılık

Günümüz rekabet koşullarında işletmeler artık ürettiklerini satmaktan çok istenileni yapmayı hedeflemektedirler. Bu yeni anlayışa göre müşteri beklentileri doğrultusunda işletmenin tüm birimlerinin yönlendirilmesi, desteklenmesi ve müşteri taleplerini karşılayarak müşteri tatminine ulaşılması gerekmektedir.

TKY içinde, başarıyı yakalamanın en önemli anahtarlarından biri müşteri memnuniyetidir. Müşteri memnuniyeti ya da başka bir ifadeyle müşteriye yönelme, karşı tarafın düşüncelerini ve durumunu göz önüne alarak olumlu tutum ve davranışların kişiler veya firmalarca uygulanmasıdır.⁹² Müşteri odaklı olma, 'kaliteyi müşteri belirler' deyiimiyle özdeş olarak ifade edilebilir.⁹³ Etkin bir şekilde uygulanması zor olan TKY' nin müşteri odaklılık ögesi, işletmeye uzun dönemde en büyük faydayı sağlayacak bir unsur olarak görülmektedir.⁹⁴

Modern yönetim anlayışında, bir organizasyon içinde görev alıp çalışan bireylerin, profesyonel tutum ve davranışları açısından sorumlu oldukları üç temel müşteri grubu tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki Global Müşteri yani tutum ve davranışlarımızdan dolayı olarak etkilenen kişi ve kuruluşlardır. İkincisi dış müşteri, şirketten mal ve hizmet satın alan herkeştir. Üçüncüsü ise iç müşteri yani çalışan ve fayda sağlayan herkeştir. Burada unutulmaması gereken husus müşterilerin memnuniyetinin birbirleriyle bağımlı bir sarmal olmasıdır.⁹⁵ Sağlık İşletmelerinde hasta ve hasta yakınları, devlet, eczaneler, medya vb. dış müşteriye, hekim, hemşire, danışmanlar, pay sahipleri iç müşteriye örnek gösterilebilir.

⁹² G.Yenersoy,Toplam Kalite Yönetimi:Mükemmeli Arayış Yolculuğuna İlk Adım, İstanbul, 1997, s.52.

⁹³ Şimşek, s.135.

⁹⁴ M.Demirkan,Toplam Kalite Yönetimi ve Türk İlişkileri Sistemine Etkileri, Sakarya, 1997, s.30.

⁹⁵ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.397.

Kalitenin uzmanlarından Deming müşteri kavramı için “ Üretim hattının en önemli unsurudur...”⁹⁶ diyerek söz ederken, Imai “...Müşteri Kalitenin son yargıdır...”⁹⁷ sözü ile müşteriye verilmesi gereken önemi vurgulamışlardır. Bu değerlendirmelerin ışığında kısaca söylenecek olursa, bir işletmeyi müşteri odaklı konuma getirmek, müşteri gözlükleri takarak, işletmeyi müşterinin gözüyle görebilmekle eş anlamlıdır.

2.2. Toplam Katılım

Günümüzde işletmelerin tüm çalışanlarının işe katılımı TKY yaklaşımının en önemli ilkelerindendir. Ekip çalışması ile işletme çalışanlarının tümünün, problem çözme, sürekli iyileştirme, kaliteyi sağlama ve sürdürme çalışmalarına katılmaları istenir. Böylelikle kişiler yönetime katılarak çok sayıda fikir ve önerilerin sunulması, sunulan bu önerilerin oluşturulacak ekip çalışmalarında değerlendirilerek işletmeye yararlı hale getirilmesi sağlanmaktadır.⁹⁸

“ Takım çalışması; şirket içerisinde çalışanlar arasında bağımsızlığı ve iletişimi geliştirip, onları ortak hedefler için bir araya getiren, güven ortamının oluşmasına zemin hazırlayan ve bu ortamın kalıcı olmasını sağlayan, üretkenliği ve verimliliği arttıran çağdaş bir çalışma sistemidir...”⁹⁹ Kısacası takım çalışması için; yönetimin çalışanlara olan güvenini gösteren, çalışanları yönetime katan ve bu yolla, onlara karar verme, problemleri düzeltme fırsatını vererek kalitenin iyileşmesi, verimliliğin ve karlılığın artması gibi konularda sorumluluk yükleyen TKY’ ni tamamlayan çalışma sistemlerinden biri denilmektedir.

Çalışanların katılımı onların yönetimde söz sahibi olmasını, huzurla çalışmasını sağlar ve verimliliğin artmasına katkıda bulunur. Çalışanlar kontrol altındaki bir ortamdan çok, işbirliği ortamında daha yaratıcı, daha sorumluluk sahibi ve daha katılımcı olarak işlerini yürütürler. Katılımcı bir ortamda, değişiklik düşüncelerine karşı daha olumlu yaklaşarak direnç göstermemekte ve Toplam Kalite

⁹⁶ Deming, s.21.

⁹⁷ M.Imai, Kaizen:Japonya’nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı, (Çev. Kalder-Brisa), İstanbul, 2003, s.207

⁹⁸N.Özçakar,"Bir Kamu Kuruluşundaki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi", İÜİF Dergisi, S.1, C.39, İstanbul, 2010, s.11.

⁹⁹ Ö.Dinçer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, 2003, s.270.

hedeflerine daha hızlı yaklaşılmaktadır. Bir işletmenin hangi ölçüde mükemmeli yakalama çabasında olduğunun göstergesi, o işletmede çalışan tüm personellerin davranış ve tutumlarıdır. Çalışan katılımının sağlanamamasının asıl sebebi yönetimin hatasıdır.¹⁰⁰ Çünkü, çalışanların sürekli bu konuda motive edilmesi gerekmektedir. Bu da yönetimin görevidir.

2.3. Sürekli Gelişme

Sürekli geliştirme aşamasında, erişilen kalite düzeyi tespit edildikten sonra, amaç bu düzeyin korunması değil, sürekli iyileştirilmesi, geliştirilmesidir. Yapılan çalışmalarda problemleri alanlar tespit edilir, istenen düzeye getirilmek için çalışmalar yapılır ve yeni kalite düzeyine getirilir. Bu işlem bir defaya özgü değil, sürekli devam ettirilmesi gereken bir olaydır.

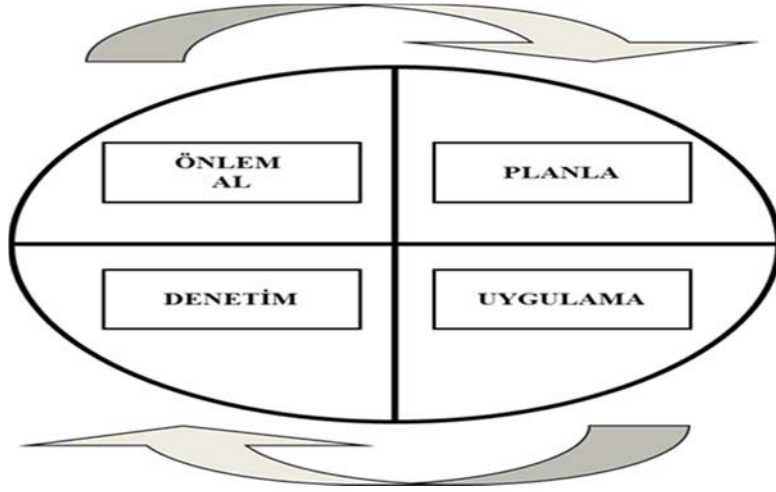
Japonya'da yıllar içinde geliştirilmiş ve kullanılmış yönetim felsefelerini, teorilerini ve araçlarını bir araya getirerek Kaizen kavramı altında birleştiren Masaki Imai, bu kavramı; üst yönetim, müdürler ve çalışanlar dahil olmak üzere herkesi kapsayan sürekli iyileştirme olarak tanımlamaktadır. Kaizen "iyileştirme" anlamına gelmektedir. Kaizen yöneticilerden işçilere herkesi içeren sürekli iyileştirmedir. Kaizen kavramı sonuç odaklı değil, süreç odaklı bir kavram olup, çalışanlara düşen görev; kendi yaptıkları işi daha iyi nasıl yapabileceklerini ve geliştirebileceklerini düşünmek aynı zamanda hayata aktarmaktır.¹⁰¹ Kaizen, işletmenin her kademesinde çalışan personelin sürekli katılımını ve çabasını gerektiren devamlı bir süreçtir. Bu yüzden ilk bakışta çarpıcı ve etkileyici değildir. Kaizen'in etkisi yavaş yavaş ortaya çıkar. Sonuçları genellikle hemen fark edilmez ve fazla yatırım gerektirmez. En temel özelliği de elde edilen sonuçlara geçici gözüyle bakılmasıdır. Çünkü felsefenin temeli, devamlı iyileştirme çabalarına dayanır. Dolayısıyla ulaşılan her sonuç, bir atlama taşı olarak kabul edilir. Buna göre Kaizen'e; koruma ve iyileştirme felsefesine dayanan, uzun vadeli, küçük adımlarla, sürekli ve düzenli gelişerek, tüm çalışanların katılımını sağlayarak, küçük yatırımlarla daha iyi sonuca yönelik yöntem ve çabalar bütünüdür.

¹⁰⁰ A.Akdemir, İşletmeciliğin Temel Bilgileri, Ankara, 2008, s.263.

¹⁰¹ Imai, s.17.

Sürekli gelişme uygulamalarında, Deming döngüsü ya da Puko Döngüsü adıyla anılan ' Planla-Uygula-Kontrol Et-Önem Al' evreleri sistemin her aşamasında kullanılarak kaliteyi geliştirme çerçevesinde kullanılmaktadır.¹⁰² Deming çevriminin şekilsel ifadesi Şekil-3 de gösterilmiştir.

Şekil 3. Deming Çevrimi



Kaynak: E.Eren, Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar), İstanbul, 2011, s.116.

2.4. Toplumsal Sorumluluk

TKY anlayışı içinde organizasyonlar her şeyden önce müşterilerine karşı sorumludurlar. Bir organizasyon, müşteri beklentilerinde ortaya çıkan değişimleri yakından takip etmeli ve ürettiği ürünlerin kalitesini bu beklentileri karşılamak amacıyla yükseltmelidir. Ancak organizasyon, müşteri tatmininin ön koşulunun çalışanların tatmin edilmesinden geçtiğini bilmeli ve müşterilerine karşı gösterdiği sorumluluk bilincini çalışanlarına karşı da göstermelidir. Doğal olarak çalışanlar da organizasyona ve organizasyonun amaçlarına karşı sorumlu olmalıdırlar. TKY anlayışını benimsemiş kâr amaçlı organizasyonlar kaliteli mal ve hizmetler üreterek bir yandan asıl amaçlarına ulaşırken, diğer taraftan topluma karşı sorumluluklarını da yerine getirmiş olurlar. Ayrıca kâr amacına ulaşmış olan organizasyon vergi ödeyerek de topluma katkıda bulunmaktadır.¹⁰³

¹⁰² Ş.Şenturan, Yönetim ve Örgütsel Açından İnsan Kaynakları, İstanbul, 2007, s.122.

¹⁰³ Ö.Saraç, Türk Vergi Yönetiminde Toplam Kalite, İzmir, 2000, s.52.

Liderlik, sürekli kalite iyileştirmede yaşamsal öneme sahip, olmazsa olmaz bir koşuldur. Yönetimin işi, denetlemek değil, liderlik yapmaktır. Yönetim, gelişim kaynakları, ürün ve hizmetin kalitesinin amacı, bu amacın tasarıma ve ürünün kendisine dönüşmesi ile uğraşmalıdır. Batı tarzı yönetime dönüştürülmenin şartı, yöneticilerin lider olmasıdır.¹⁰⁴ TKY'nin sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için kalite güvencesinin temel koşulu olan üst yönetimin tutarlı ve kararlı politika izlemesi gerekmektedir. TKY, üst yönetimin eğitim ve destek konusunda kendisini sorumlu hissetmesi ve tüm personeli kalite politikası ve hedefleri doğrultusunda teşvik etmesi ile gelişebilir. TKY katılımcılıkla başarılabilir, personelde katılım isteğinin oluşturulması ve güçlendirilmesi üst yönetimin görevidir.¹⁰⁵ Çalışanlarına saygı duyan, onların fikirlerine değer veren üst yönetim anlayışı, çalışanların TKY'ne katılımını sağlayarak işin daha verimli yapılmasını sağlamaktadır. TKY'nin bir takım çalışması olduğu düşünüldüğünde çalışanların, lider diye nitelendirdiğimiz kişilerden korkmak yerine, liderler tarafından cesaretlendirilmeleri, düşünce ve önerileri dinlendiğinde yönetime katılımları sağlanmış olacaktır.

İnsan doğasının değiştirilemez gereklerinden birisi de Hata yapmaktır. Ancak hata yapmak insanların çalıştığı koşulların değiştirilip geliştirilmesi ile en aza indirgenebilir.¹⁰⁶ Fakat, bu sağlık kuruluşları için geçerli değildir. Tıp alanında olduğu gibi insanlar bazı görevlerini uygulayarak öğrenir. Sağlık hizmetlerinin konusu doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların tamir edilemeyecek olması nedeniyle, sağlık sektöründe kalite kavramı ile diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı aynı paralellikte düşünülmemesi gereken bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinin çıktısı insan yaşamı oluşu nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalite olgusu kaçınılmazdır. Sağlıkta 'Pardon' kelimesi hiç kullanılamayacak bir kelimedir. 'Hata' kelimesi bu sektörde telaffuz bile edilmez.¹⁰⁷

¹⁰⁴ S.Kaya-D.Tengilimoğlu-O.Işık-M.Akbolat-A.Yılmaz, "Sürekli İyileştirme", Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, (Ed.S.Kaya), Eskişehir, 2013, s.127.

¹⁰⁵ C. Koparal, Yönetim ve Organizasyon, Eskişehir, 1997, s. 323.

¹⁰⁶ Ö. Tütüncü- K. Yağcı- D. Küçükusta, "Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon:Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi", DEÜ, SBE Dergisi, C.8, S.4, İzmir, 2006, s. 288.

¹⁰⁷ C. Küçükaksu-S.Ünlü-T.Yarıcı-L.Mahmutoğlu, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi", Hastane Yaşam Dergisi, C. 1, S.1., 2004, s.36.

“Klasik yönetim anlayışı, üretim sonrası hatalı ürünlerin ayıklanması şeklinde uygulanmaktadır. Ancak bu durumda hatalı ürün ya da hizmetler doğrudan maliyetlere yansımaktadır. Ayrıca müşterinin isteklerini karşılamamakta ve güven duygusunu zedelemektedir. Dolayısıyla klasik yönetim, kabul edilebilir hata düzeyini hedeflerken, TKY ise sıfır hatayı hedeflemektedir. Çünkü kalite yönetim sisteminde, tasarım aşamasından başlayarak satış sonrası hizmetlere kadar tüm aşamalarda gerekli teknik ve örgütsel önlemlerle planlı ve sistematik bir yapı amaçlanmaktadır...”¹⁰⁸ Sağlık hizmetlerinde yaşanan herhangi bir hata giderilemez sonuçlar yaratabilir. Bu nedenle ilk seferde doğru hizmetin sunulması önem taşımaktadır.

3. HİZMET KALİTESİ, BOYUTLARI VE ÖLÇÜLMESİ

Günümüzde hizmet sektörünün hızlı bir şekilde gelişmesi, hizmet işletmelerinin daha geniş pazarlarda rekabet etmeleri, insanların kalite konusunda duyarlı ve bilinçli olmaları hizmet işletmelerinde kalitenin önemini arttırmıştır. Müşteriler de hizmetleri ve ürünleri satın alırken hizmet kalitesine büyük önem vermeye başlamışlardır. Bir hizmet işletmesini diğer bir işletmeden farklı kılan en önemli faktörlerden birisi, rakiplerden daha yüksek kalitede hizmet üretmesi ve sunmasıdır. Kalite, günümüzde işletmeler tarafından stratejik bir kavram haline gelirken, tüketiciler tarafından tercihleri belirleyen ana unsurlardan biri haline gelmiştir. Bununla birlikte kalite standartlarını yakalamak isteyen bir çok büyük firma hizmet kalitesinin ölçülmesine büyük önem vermektedir.

3.1. Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet kalitesinin, müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına göre değişken bir kavram olması akademik çevrelerce birçok tanım yapılmasına sebep olmuştur. Bu tanımlara bakıldığında; “ Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün mükemmel hizmetin verilmesi hatta, bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme geçebilme yeteneğidir.”¹⁰⁹ Hizmet kalitesi, insanların

¹⁰⁸ H.Hayta, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması, Muğla Üniversitesi(MÜ), SBE, YYLT, Muğla, 2008,s. 16.

¹⁰⁹ U.Bulgan-G.Gürdal, Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi?, Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlaması, ÜNAK’05, Kadir Has Üniversitesi, İstanbul, 2005, s.36.

performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmesi, tüketicilere, yerinde, zamanında, doğru şekilde ürün sunulması anlamına gelmektedir.¹¹⁰ “ Hizmet kalitesi en geniş anlamıyla, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir.”¹¹¹ Hizmet kalitesi ile ilgili tanımlara bakıldığında en önemli kıstasın müşteri tarafından algılanan performans düzeyi ya da hizmetin tüketiciyi tatmin etme düzeyi olduğu görülmektedir. Müşterinin ihtiyaçlarını karşılayabilme hatta isteklerinin ötesine geçme yeteneği bir anlamda hizmet kalitesini belirlemektedir.

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getiren kişilerin başında gelen Zeithaml algılanan hizmet kalitesini müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı olarak tanımlamaktadır. Ghobadian’ a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmet kalitesine yönelik sezgileri ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir.¹¹² Parasuraman, Zeithaml ve Berry’e göre algılanan hizmet kalitesi; müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucudur. Böylelikle beklenen hizmet algılanan hizmetten büyük ise, algılanan kalite tatmin edici olmaktan uzaktır ve kabul edilemez bir kalite düzeyi oluşacaktır. Beklenen hizmet algılanan hizmete eşit ise, algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Beklenen hizmet algılanan hizmetten küçük ise, algılanan kalite tatmin edici olandan daha yüksek olacaktır ve ideal kalite düzeyi oluşacaktır. Hizmet alan kişinin gereksinim, hak ve memnuniyeti ile hizmet sunanın gereksinim, hak ve memnuniyeti, kalitenin birbirinden ayrılmaz iki yönüdür. Bu nedenle temel kalite stratejisi, gereksinimler temelinde hizmet alan kişiye odaklı ve hizmet sunan kişinin verimli çalışacağı koşulları oluşturmaktır. Bu gereksinimler karşılanıp hizmet alıcısının ve sunucusunun memnuniyeti sağlandıkça hizmet kalitesi yükselmiş olacaktır.¹¹³

Günümüzde hizmet kalitesinin önemi her geçen gün daha çok önem kazanmaktadır. Kurumsal başarının en temel göstergelerinden biri olarak hizmet

¹¹⁰ R.Bozkurt, "Hizmet Endüstrisinde Kalite", Verimlilik Dergisi, Ankara, 1995, s.173.

¹¹¹ Y.Odabaşı, Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi, Ankara, 2000, s.93.

¹¹² Devedakan, 2005, s.9.

¹¹³ N.Devedakan-M.Aksaraylı,"Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesinde Servgual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması", DEÜ, SBE Dergisi, C.5, S.1, İzmir, 2003, s.40.

kalitesi gösterilmektedir. Hizmet kalitesi için beklentilere uygun hizmet sunumundan daha çok, problemleri ve hizmetlerle ilgili şikayetleri ortadan kaldıracak bir hizmet sunumunun olması kaliteyi arttıracakı düşünülmektedir. Çünkü, hizmet alan müşteriler herhangi bir problemle karşılaştıklarında değil, problemlerine çözüm sunulmasındaki tutum ve davranışlardan kaliteyi daha iyi algılamakta ve değerlendirmektedir. Kısacası müşteriler bir sorun meydana geldiğinde tüketiciyle az kişisel ilişki gerektiren bir firma çok ilişki kurulan bir firma haline gelir. Bu durumda müşteri ve firma temsilcisi arasındaki etkileşim ve firmanın problemi etkinlikle çözümü, kalitenin algılanmasında önemlidir.¹¹⁴

Hizmet kalitesi olgusu hizmet sektörü kadar üretim sektöründe de büyük öneme sahiptir, fakat kalite kavramını farklı biçimlerde ele almak gerekmektedir. Üretim sektöründe ürünler üretilip satışa sunulduktan sonra müşterinin görüşleri önem kazanmaktadır. Hizmet sektöründe ise önce hizmet müşteriye satılmakta ve daha sonra müşteri ile etkileşim içinde hizmet üretilmekte ve aynı anda tüketilmektedir. Bu nedenle de müşteri algısı bütün süreçte etkilidir. Üretim sektöründe, ürünün belirlenen standartlara uyması önem kazanırken, hizmet sektöründe müşteri ya da kullanıcının beklentilerine yanıt vermesi önem taşımaktadır. Ayrıca hizmet kalitesi, hizmet sektörü kadar üretim sektöründe de büyük öneme sahiptir. Üretim sektöründe ek hizmetler kategorisine giren ve üretilen ürüne eşlik eden hizmetlerin kalitesini arttırmak rekabet üstünlüğü yaratan bir unsur haline gelmiştir.¹¹⁵ Dolayısıyla işletmeler kaliteli ürünün yanı sıra, farklılık yaratmak, verimliliği arttırmak, müşteri sadakatini sağlamak, rekabet edebilmek ve kamuoyunda olumlu bir imaj yaratmak için hizmet kalitesini de yükseltmek ve geliştirmek zorundadırlar.

3.2. Hizmet Kalitesi Boyutları

Hizmet kalitesi, verilen hizmetin tüketici beklentileri tatmin düzeyinin bir ölçüsüdür ve bir işletmenin müşteri beklentilerini karşılayabilme yeteneğidir. Hizmet kalitesinde önemli olan müşteri tarafından algılanan kalitedir. Dolayısıyla hizmet kalitesi konusunda kalitenin, müşteri tarafından algılanan performans düzeyi ya da

¹¹⁴ S.A.Öztürk, "Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin Arttırılması", Verimlilik Dergisi, C.1, S. 2, 1996, s. 66.

¹¹⁵ Taşçı-Eroğlu-Çabuk-Duman-Ağlargoş-Erdemir-Özsoy, s.189.

hizmetin müşteriye tatmin etme düzeyi olduğu söylenebilir. Müşteri bütün üretim sürecinde işletme ile etkileşim içerisinde olduğu ve üretime katıldığından, müşteri sadece ürün kalitesinde olduğu gibi üretim sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesi ile değil, bütün üretim süreci boyunca etkileşim içerisinde olduğu hizmet paketinin diğer öğelerinin kalitesi ile de ilgilenir. Hizmetin bu özelliği, hizmet kalitesinin boyutları kavramını ortaya çıkarmıştır.¹¹⁶

Kalite değerlendirmesinde beklenen hizmet kalitesinin hesaba katılması gerekir. Beklentisi düşük olan müşteriler çok mükemmel olarak nitelendirilemeyecek hizmeti kaliteli olarak algılayabilir. Buna karşın, çok büyük beklenti ile hareket eden müşterilerin tatmin edilmesi son derece zordur. Bu nedenle, müşteri beklentilerini çok yükseklerde tutacak uygulamalardan kaçınmak, algılanan hizmet kalitesinin artmasına neden olacaktır. Beklenen ve algılanan hizmet arasındaki boşluk hizmet kalitesinin ölçülmesini ifade eder. Beklenen ve algılanan hizmet arasındaki boşluk sonucu oluşan tatmin olumlu, nötr ve olumsuz olabilir.

Günümüzde rekabet ortamının yoğun olduğu hizmet işletmelerinde, işletmelerin güçlerini ve müşteri potansiyellerini koruyabilmeleri için, sürekli olarak müşteri beklentilerini aşan kalitede hizmet üretmeleri ve hizmete bağlı olan kalitenin tüm boyutlarını dikkate almaları gerekmektedir. Hizmet kalitesi boyutlarını açıklamaya çalışan çeşitli çalışmalar ve araştırmacılar bulunmaktadır. Akademisyen ve araştırmacılar tarafından öne sürülen değişik hizmet kalitesi boyutları Tablo-1’de gösterilmiştir.

¹¹⁶ Sevimli, s.46.

Tablo 1. Hizmet Kalitesinin Boyutları

YAZARLAR	ÖNERİLEN BOYUTLAR
SASSER, OLSEN, WYCKOF (1978)	a. Üretimde kullanılan materyallerin niteliği b. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç vb. teknik olanaklar, c. Personelin tutum ve davranışı
LEHTINEN (1983)	1. Üç boyutlu yaklaşım a. Fiziksel kalite b. Etkileşim kalitesi c. Şirket kalitesi 2. İki boyutlu yaklaşım a. Süreç kalitesi b. Çıktı kalitesi
GRÖNROOS (1983)	a. Teknik kalite b. İşlevsel kalite c. Firma imajı
PARASURAMAN, ZEITHAML VE BERRY (1985)	a. Güvenilirlik b. Heveslilik c. Yetenek d. Ulaşılabilirlik e. Nezaket f. İletişim g. İnanılabilirlik h. Güvenlik i. Müşteriyi tanıma/ anlama j. Hizmet ortamı
NORMANN (1988)	Hizmet paketinin özellikleri: a. Değişir (soft) özellikler b. Değişmez (hard) özellikler

Kaynak: N.Uyguç, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım, İzmir, 1998, s.37.

Tablo-1’de görüldüğü üzere Christian Gronroos’a göre bir hizmetin kalitesinin boyutları üç bileşende oluşmaktadır. Bunlar teknik kalite, işlevsel kalite ve firma imajıdır. Gronroos’ un bahsettiği teknik kalite, müşterinin hizmetten ne elde ettiği ile ilgili iken, işlevsel kalite müşteriye nasıl hizmet edildiği anlamına gelmektedir. Firma imajı ise, hizmet üreten firmanın tüketiciler tarafından nasıl algılandığının bir sonucudur. Örneğin bir kargo şirketinin yeni ulaştırma araçları, bilgisayar programları alması bir müşterinin tren bileti alması ya da otel odası kiralaması teknik kalite ve teknik kalitenin artırılmasına yönelik girişimler iken,

kargo şirketinde çalışan ulaştırma görevlilerinin müşteriyle etkileşimini kontrol etmek işlevsel kalitenin ne kadar zor olduğunu göz önüne sermektedir. İşlevsel kalitenin yani müşteriye nasıl hizmet edildiğinin objektif olarak ölçülmesi, standartlaştırılması ve sistematikleştirilmesi daha zordur. Firmanın imajına bakılacak olduğunda firmanın hizmetlerinin, tüketiciler tarafından nasıl görüldüğü ve algılandığı önemlidir. Bu bağlamda müşterilerin beklentileri, hizmet aldıkları firma ile ilgili olan düşüncelerinden etkilenecektir. Örneğin çok iyi imajı olan bir pastaneye giden müşteri, yediği pastanın kaliteli olmaması durumunda bile onu kaliteli olarak algılayabilir. Ancak pastanın üst üste kötü ve bayat olması durumunda müşteri açısından firmanın imajı değişecektir. ¹¹⁷ Tablo-1’de görüldüğü üzere Sasser, Olsev ve Wyckoff hizmet kalite boyutlarını; üretimde kullanılan materyallerin niteliği, hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç vb. teknik olanaklar, personelin tutum ve davranışı şeklinde üç farklı boyutu olduğunu belirtmektedir. ¹¹⁸

Hizmet kalitesi boyutunu açıklayan bir başka araştırma ise Jarmo Lehtinen’in araştırmasıdır. Lehtinen hizmet kalitesini üç ayrı boyut altında incelemiş ve sonuç olarak iki çıktı elde etmiştir. Bu boyutlar; fiziksel kalite, etkileşim kalitesi ve şirket kalitesidir. Fiziksel kaliteyi; Binalar, tesisler ve donanımlar etkilerken, şirket profil ve imajı şirket kalitesini etkilemektedir. Etkileşim kalitesini ise müşteriyle ilişkide bulunana şirket personeli ile firma müşterilerinin ilişkileri etkilemektedir. Sonuç olarak Lehtinen hizmet kalitesi boyutlarını iki çıktı üzerinden değerlendirmektedir. Bunlar; süreç kalitesi ve çıktı kalitesidir. Süreç kalitesi müşterinin hizmet üretimine katılımının niteliksel bir değerlendirmesi olup, müşterinin kişisel yargılarını kapsar iken, çıktı kalitesi hizmet sunumu sonrası müşterinin üretim süreci sonucunu değerlendirmesini kapsamaktadır. Örneğin bir restoranda garsonun sipariş alırken ve hizmeti sunarken müşteriyle sohbeti ve servis sırasındaki yeteneği süreç kalitesini gösterirken, servis sunumundaki başarısı ve müşterinin memnuniyeti çıktı kalitesinin ifade etmektedir. ¹¹⁹

Tablo-1’de görüldüğü üzere hizmet kalite boyutlarını en geniş kapsamlı olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry on hizmet kalitesi boyutu olarak

¹¹⁷ Devebakan, 2005, s.10.

¹¹⁸ Uyguç, s.36.

¹¹⁹ Uyguç, s.38.

açıklamıştır. Parasuraman ve arkadaşları hizmet türü dikkate alınmadığında, müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmede temelde benzer kriterleri kullandıklarını ortaya koymuştur. " Boyutların içeriği şu şekilde açıklanmıştır:

- **Güvenilirlik:** Hizmet işletmesinin hizmeti bir kerede ve doğru yapması, diğer bir deyişle firmanın sözünü tutması anlamına gelir. Hizmeti faturalamanın doğru yapılması, kayıtların eksiksiz ve doğru tutulması, söz verilen zamana uyulması gibi konuları kapsar.

- **Heveslilik:** Çalışan personelin hizmet vermedeki istekliliği, anında hizmet verme, müşteriye yardımcı olma ve zamanında geri dönme, bir belgeyi hemen postalama, randevuların düzenlenmesi gibi faaliyetleri kapsar.

- **Yeterlilik:** Hizmet verenlerin gerekli mesleki bilgi ve yeteneğe sahip olma derecesidir. Çalışanların müşteri ile olan ilişkilerindeki hata payının minimum düzeyde olmasını gerektirir. Çalışanların uzmanlığı, yetenekleri, eğitimi, yenilikleri takip etme ve araştırma yeteneği örnek olarak verilebilir.

- **Ulaşılabilirlik:** Müşterinin işletme ile ilişki kurma kolaylığını ve yaklaşılabirlik ölçüsünü içerir. Örneğin, hizmet verenlere telefonla kolayca ulaşılabilmesini, hatların meşgul olmamasını, hizmeti elde etmek için beklenmemesini, çalışma saatlerinin uygun olmasını, hizmet tesislerinin uygun yerlerde olmasını içerir. Ayrıca, amirlerin iç müşteri konumunda bulunan personelin öneri ve tekliflerine her zaman açık olmaları anlamında da anlaşılmalıdır.

- **Nezaket:** Müşterilerle birebir iletişimde bulunan personelin kibar, düşünceli, saygılı ve samimi olmasıdır. Çalışanların temiz ve düzenli görünüşü, güler yüzlü olması, müşteriye ilgi gösterme dereceleri örnek olabilir.

- **İletişim:** Çalışan personelin müşterinin anlayabileceği dilde ve düzeyde bilgi vermek, müşteriye dinlemek kastedilmektedir. Karmaşıklık ve içerik derecesini iyi eğitilmiş bir müşteriye karşı arttırmak veya yeni ve deneyimsiz bir müşteri için daha basit ifadeler kullanmak bu boyut kapsamında değerlendirilir. Hizmetin içeriğini, maliyetini, karşılaşılabilecek problemleri ve problemler karşısında neler yapılabileceğini açıklamak, müşterinin sorularını eksiksiz bir şekilde cevaplamak gibi konuları kapsar.

- **İnanılrlık:** Hizmet veren personelin güvenilir ve dürüst olması, müşterilerin çıkarlarının korunduğunun müşteriye hissettirilmesi ve onların güveninin kazanılmasını kapsar. Güven kazanmış işletme imajı ve çalışanların kişisel özellikleri işletme itibarını ve inanılrlığını arttıran etkenlerdir.
- **Güvenlik:** Verilen hizmetler konusunda tehlike, risk ve şüphelerin olmaması anlamına gelir. Müşterilerin fiziksel emniyet, finansal emniyet ve gizliliklerine önem verilmeli mahremiyetleri korunmalıdır.
- **Müşteriyi Tanıma/ Anlama:** Müşterilerin ihtiyaçlarını anlamak için çaba sarf etmek, düzenli hizmet alan müşterileri tanımak, müşterilerin belli gereksinimlerinin bilinmesi kalite algısını arttıran bir etkenlerdir.
- **Somit Özellikler:** Hizmetin verildiği ortamın fiziksel özelliklerini, personelin dış görünüşünü, kullanılan araç, gereç ve bunların teknolojik gelişmelere uygunluğunu ifade etmektedir. Hizmet ortamı boyutu ayrıca, hizmetin oluşturduğu ortamın psikolojik ve sosyal durumunu da açıklamaktadır. Çalışanların birbirleri ile olan ilişkilerinin niteliği ve düzeyi, birbirlerine gösterdikleri davranışın özellikleri ve bunun sonucunda oluşan örgütsel kimlik bu boyut çerçevesinde değerlendirilmektedir." ¹²⁰

Parasuraman ve arkadaşları daha sonra hizmet kalitesini belirleyen bu on boyutu beş boyuta indirgemişlerdir. Bu boyutlarda fiziksel özellikler, güvenilirlik ve heveslilik boyutları aynen korunmuş; yeterlilik, nezaket, inanılrlık ve emniyet boyutları güvence boyutu içinde; ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriyi anlama boyutları da empati boyutu içerisinde ele alınmıştır. Bu beş boyut hizmet kalitesi ölçüm modeli olan SERVQUAL ANALİZİ' nin de ölçek boyutlarını oluşturmaktadır. Günümüzde birçok araştırmada görülen müşterilerin, hizmet kalitesinin beş boyutunu bir arada düşünerek algıladıkları hizmet kalitesini değerlendiriyor olmalarıdır.

¹²⁰ Sevimli, s.51.

3.3. Hizmet Kalitesi Kavramsal Modeli

Hizmetler soyut nitelikte olduğu için, hizmet kalitesi de soyut bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, hizmet kalitesi yerine algılanan hizmet kalitesi terimi kullanılmaktadır.¹²¹ Algılanan hizmet kalitesi müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Hizmet kalitesi yazınında beklentiler ise müşterilerin hizmete ilişkin istek ya da arzularını ifade etmektedir.

Kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek ve gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutabilmek amacı ile Parasuraman; Zeithaml ve Berry araştırmalar yaparak müşterilerle odak grup görüşmeleri, yöneticilerle derinlemesine görüşmeler yapmışlardır. Odak grup görüşmeleri sonucunda ortaya hizmet kalitesinin tanımı, müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdikleri, müşteri beklentilerini etkileyen faktörler ve hizmet kalitesinin boyutları konusunda önemli bilgilere ulaşılmıştır.¹²²

Araştırmalar sonucunda müşteri beklentilerini etkileyen dört temel faktörün olduğu tespit edilmiştir. Buna göre sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişimler müşteri beklentilerini etkilemektedir. Sözlü İletişim: Hizmet alan kişilerin, daha önce aynı hizmeti alan kişilerin tavsiyelerinden büyük ölçüde etkilenecek hizmet kalitesi konusundaki beklentilerini etkilediği tespit edilmiştir. Kişisel İhtiyaçlar: Hizmet alan kişilerin kişisel ihtiyaçları, hizmet beklentilerini önemli ölçüde biçimlendirmektedir. Geçmiş Deneyimler: Daha önce hizmetten yararlanan bir kişi, önceden hizmet hakkında daha deneyimli olduğundan, ilk kez hizmet alan kişiye göre daha az beklenti içerisinde olacaktır. Sonuçta hizmeti tekrar aldığında yaşayacağı deneyimi bilmektedir. Dışsal İletişimler: Hizmet alan kişiler, hizmet aldıkları şirket tarafından zaman zaman yazılı, sözlü veya görsel olarak bilgilendirilmektedirler. Müşterilere gönderilen bu mesajların gerçekçi

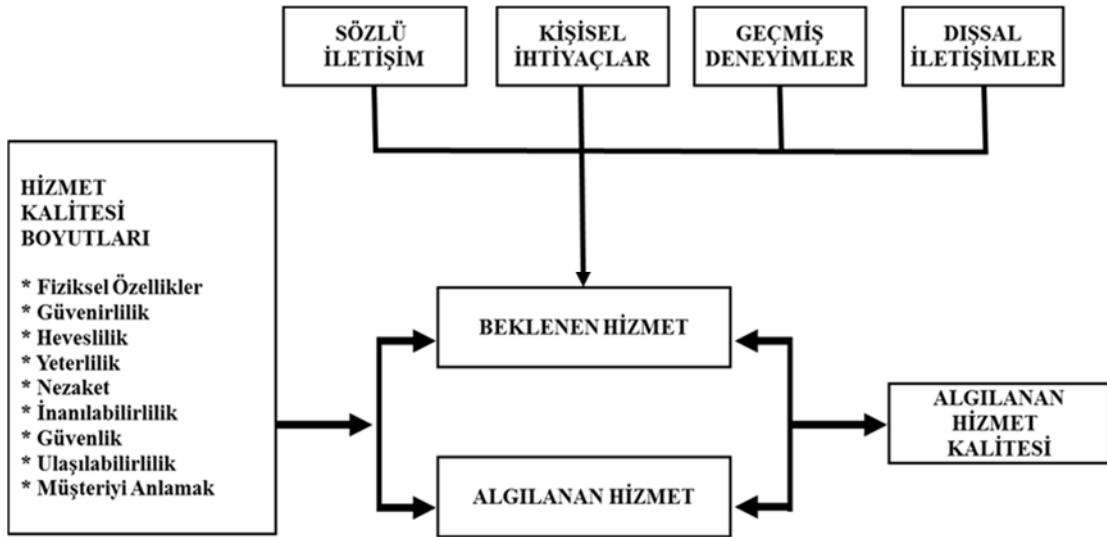
¹²¹ Uyguç, s.42.

¹²² Devedakan, 2005, s.27.

olmaması ya da yanlış bilgiler içermesi durumunda müşterilerin sunulan hizmetten algıladıkları kalite düzeyi düşük olacaktır.¹²³

Müşteri görüşmeleri üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda, müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleriyle ilgili olarak araştırmacılar şekil-4 da gösterilen şemayı oluşturmuşlardır. Şekil-4 de gösterilen şema incelendiğinde yukarıda anlatıldığı üzere sözlü iletişimin, kişisel ihtiyaçların, geçmiş deneyimlerin ve dışsal iletişimlerin müşterilerin beklentilerini etkiledikleri ve bununla birlikte müşterilerin hizmetlerden beklentilerinin ve hizmetlere yönelik algılarının karşılaştırılmasıyla algılanan hizmet kalitesinin oluştuğu görülmektedir.

Şekil 4. Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi



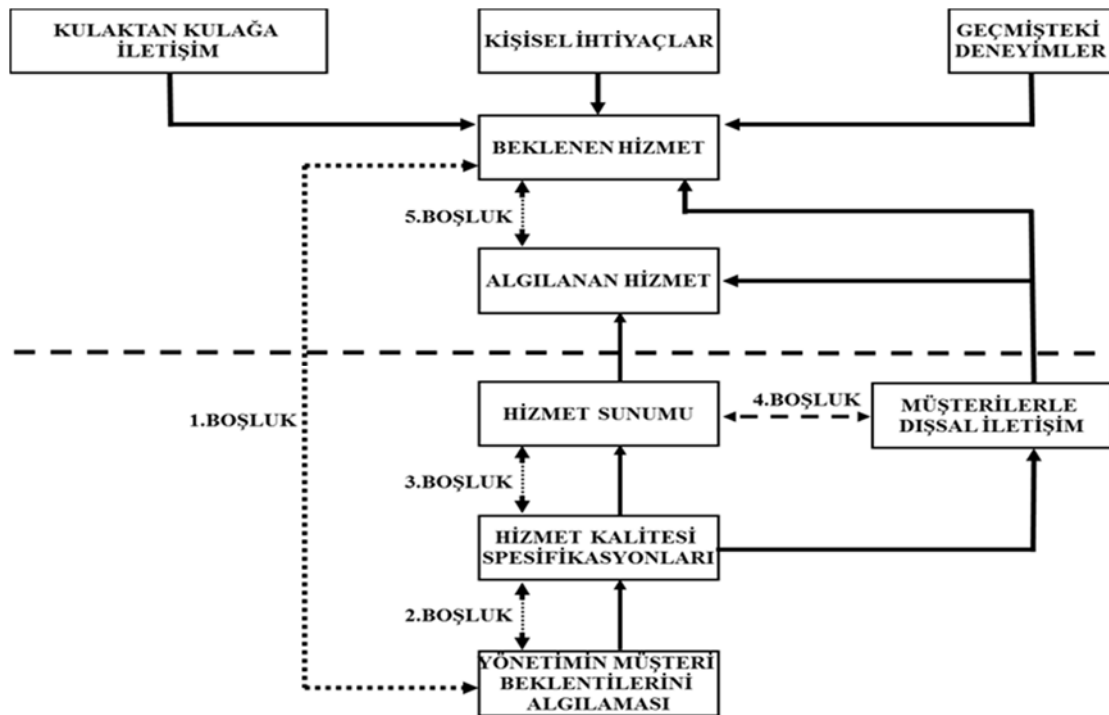
Kaynak: N.Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2005,s.28.

Parasuraman ve arkadaşları, hizmet kalitesini hizmet veren ve hizmetten yararlanan tarafları dikkate alarak; hem hizmet veren firmaların kalite anlayışları ile uygulamaları arasında, hem de hizmet alanların hizmetten bekledikleri ile yararlandıkları gerçek hizmet arasındaki farklılıkları ve bu farklılıkların algılanan

¹²³ Devebakan, 2005, s.25.

hizmet kalitesini nasıl etkilediğini Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli ile göstermektedirler. Bu model ilgili yazında, ‘Boşluk Modeli’ veya ‘Fark Analiz Modeli’ olarak da adlandırılır. Parsuraman, Zeithaml ve Berry’e göre bu boşluklar sunulacak hizmetlerin hizmet alanlar tarafından yüksek kaliteli olarak algılanmasına engel olacak kadar büyük önem taşımaktadır. Boşluklar ve boşluklara neden olan faktörler Şekil-5’de gösterilmektedir.¹²⁴

Şekil 5. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli



Kaynak: N.Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2005, s.30.'dan alınmıştır.

Boşluk (1) – Müşteri Beklentilerinin Bilinmemesi ve Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması Arasındaki Fark : Müşteri beklentileri ile onların ne beklediklerinin yönetim tarafından algılanması arasındaki farktır. Yapılan araştırmalar sonucunda müşteriler için önemli olan bazı hizmet kalitesi

¹²⁴ Uyguç, ss.29-32; Devedbakan, 2005, ss.29-30.

standartlarının, yöneticiler ile yapılan görüşmeler sırasında fark edilmediği ya da çok az söz edilmesi, müşterilerin beklentileri ile yönetimin bu beklentileri algılaması arasındaki büyük bir eksiklik olduğu anlaşılmıştır.¹²⁵ Bununla birlikte bu boşluğa neden olan faktörler; yetersiz piyasa araştırması, araştırma bulgularının yetersizliği, yönetim ile müşteriler arasındaki etkileşim yetersizliği, işletmedeki dikey iletişimin eksikliği ve yönetim kademelerinin fazlalığı olarak sıralamak mümkündür.¹²⁶

Boşluk (2) – Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları ile Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması Arasındaki Fark: Yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile hizmet kalitesi spesifikasyonları arasındaki farktır. Yöneticilerin daha önceki deneyimlerinden yola çıkarak, müşteri beklentilerine denk veya beklentilerini aşma şeklinde hizmet vermenin güçlüğü ve bu hizmeti verirken kendilerini engelleyen kısıtlamalardan söz edilmektedir. Ayrıca, bu boşluğa neden olan faktörler olarak; üst yönetimin kaliteye yeterince destek vermemesi, amaçların açık seçik belirlenmemiş olması, yetersiz standartlaşma, kötü planlama ve yöneticilerin müşteri beklentilerinin karşılanamayacağına inanmaları şeklinde söylenebilir.¹²⁷

Boşluk (3) – Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları ile Hizmet Sunumu Arasındaki Fark: Hizmet kalitesi spesifikasyonları ile gerçekte sunulan hizmet arasındaki farktır. Hizmet kalitesi sipesifikasyonları müşteri beklentilerine uygun biçimde tam olarak düzenlenmiş olsa bile, hizmet sunumu sırasında çalışanların hepsinden aynı düzeyde performans beklemek ve bunu standartlaştırmak her daim mümkün olmayabilir. Bu sebeple kalite spesifikasyonları yalın olmalı, tüm çalışanlar tarafından kabul görmeli ve örgüt yapısına aykırı düşmemelidir. Bu boşluğa neden olan faktörleri ise; rol belirsizliği, rol çatışması, personelin becerileri ile işi arasındaki uyumsuzluk, uygun olmayan teknoloji kullanımı, kontrol sistemlerinin olmaması, çalışanlar arasında takım ruhunun olmaması, çalışanlarda müşteri bilincinin olmaması yada yetersiz olması şeklinde söylenebilir.¹²⁸

¹²⁵ M.Saat, "Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi", Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi, C.1, s.3, Ankara, 1999, s.110; <http://dergi.iibf.gazi.edu.tr/dergi>, (Erişim Tarihi :20.06.2014).

¹²⁶ Devecan, 2005, s.29.

¹²⁷ Devecan, 2005, s.30.

¹²⁸ Devecan, 2005, s.30.

Boşluk (4) – Hizmet Sunumu İle Dışsal İletişimler Arasındaki Fark: Yönetici görüşmelerinde ortaya çıkan bir diğer fark ise hizmet sunumu ile dışsal iletişimler arasındaki boşluktur. Yazılı medya veya görsel medya ile müşteriye sunulan hizmetin ve verilen sözlerin, gerçek servis sunumu arasındaki farktır. Müşteriye vaat edilenlerin gerçek hizmette verilmesi bu boşluğun hiç oluşmamasına, verilen sözlerin tutulmaması boşluğun artmasına sebep olmaktadır. Reklamlarla müşteriye verilen bilgilerin müşterinin kafasındaki kalite kavramını etkilediği düşünüldüğünde, müşterinin sunulan hizmete yönelik kalite algısının olumlu olabilmesi için, hizmetin reklamlarda ifade edildiği gibi sunulması gerekmektedir.¹²⁹ Bu boşluğa neden olan faktörleri; üretim, pazarlama ve insan kaynakları arasında yetersiz iletişim, reklam ve üretim bölümleri arasında iletişim eksikliği, konuşmalarda aşırı sözler verilmesi, şubeler veya bölümler arasında politika veya prosedürler bakımından farkların olması şeklinde özetleyebiliriz.¹³⁰

Boşluk (5) – Beklenen Hizmet ile Algılanan Hizmet Arasındaki Fark: Müşterilerin işletmelerden almayı arzu ettikleri hizmet ile aldıkları hizmeti karşılaştırmaları sonucu algılanan hizmet kalitesi ortaya çıkmaktadır. Müşterilerin beklentileri hizmet kalitesini değerlendirmelerinde önemli bir rol oynamaktadır. Müşterinin almayı istediği, ümit ettiği hizmet düzeyi olarak tanımlanan bu beklenti standardı, müşteri tarafından arzu edilen hizmet olarak da adlandırılabilir. Müşteri tarafından algılanan hizmet kalitesi, 5. Boşluğun büyüklüğüne ve yönüne bağlıdır. Bu boşluk daha önce bahsedilen 4 boşluğun bir fonksiyonudur. Kısacası diğer dört boşluğun olmaması halinde 5. Boşluk olan algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki fark kapanmaktadır. Bununla birlikte bu boşlukların ortadan kaldırılması için müşterilerin ne istedikleri bilinmeli, süreçlerle yönetim sağlanmalı ve gerekirse yeniden tasarımı yapılmalı, uygulanmalı ve sistem kontrolü yapılmalıdır.¹³¹

Parasuraman, Zeithaml ve Berry yöneticilerle ve müşterilerle yapılan odak grup görüşmelerinin neticesinde bir kavramsal hizmet kalitesi modeli oluşturmuş, bununla birlikte hizmet kalitesinin sürekli olarak ölçümü ve iyileştirilmesi için

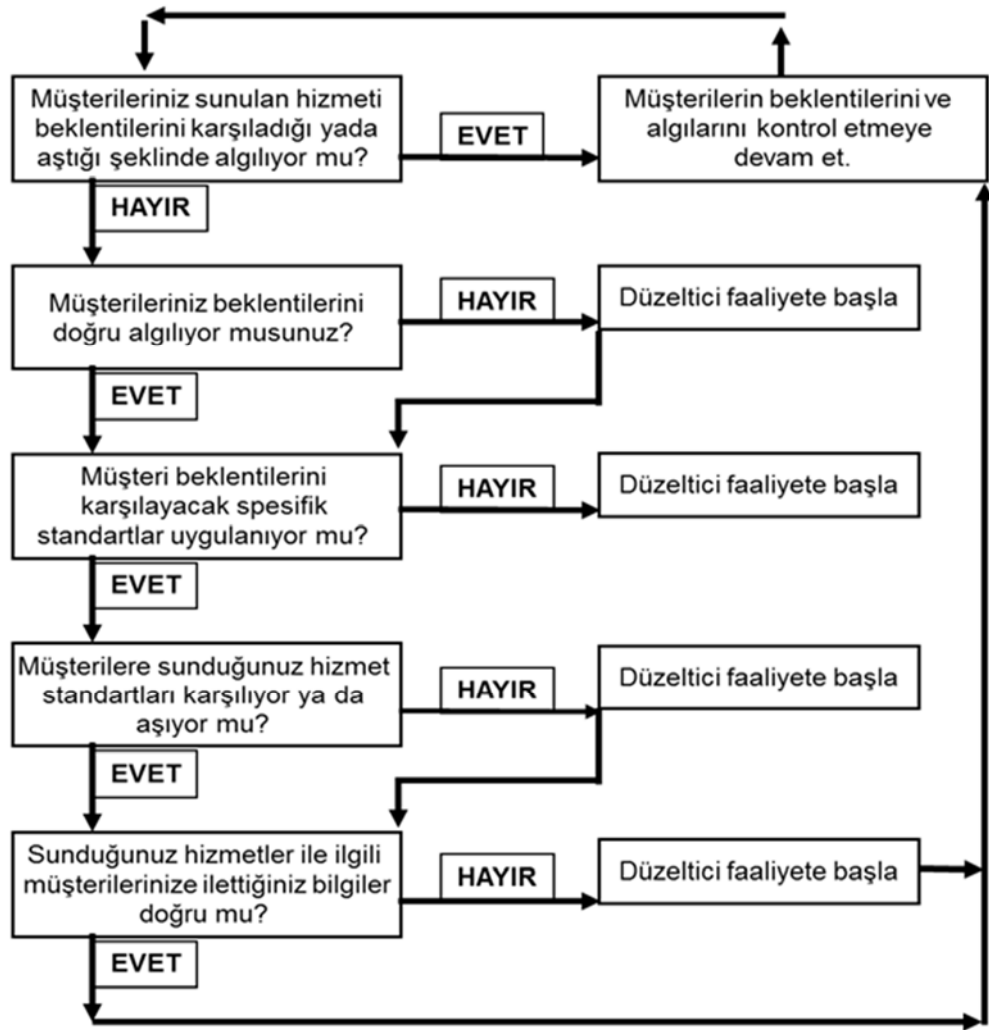
¹²⁹ Devecan, 2005, s.30

¹³⁰ Saat, ss.112-113.

¹³¹ Devecan, 2005, s.31.

uygulanabilecek ve mantıksal bir sırayı takip eden bir süreç modeli de geliştirmişlerdir.¹³² Süreç kontrolü, sorunların erken zamanda belirlenerek düzeltilmesine imkan tanımaktadır. Şekil-6’ da hizmet kalitesinin sürekli ölçülmesi ve geliştirilmesi için oluşturulmuş süreç modelini görmekteyiz.

Şekil 6. Hizmet Kalitesinin Sürekli Ölçülmesi ve Geliştirilmesi İçin Süreç Modeli



Kaynak: N.Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2005, s.33.

¹³² Devebakan, 2005, s.33.

3.4. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi-Servqual Ölçeği

Hizmet kalitesi uzun yıllardır, pek çok farklı yöntemlerle ölçülmüştür. Yapılan çalışmalarda farklı açılardan yararlanılarak, yöntemler geliştirilmiştir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry hizmet kalitesini ölçerken, müşterilerin hizmetin kaliteli olup olmadığına karar verirken esas olarak aldığı hizmet kalitesinin on boyutunu kullanmıştır. “Daha sonra Parasuraman ve arkadaşları uyguladıkları anketleri faktör analizi ile değerlendirerek, hizmet kalitesini belirleyen on boyutu, beş boyuta indirgeyerek SERVQUAL adını verdikleri bir hizmet kalite ölçüm aracı olan anketi geliştirmişlerdir.”¹³³ Bu ankete göre, kullanılan bir hizmetin kullanıcılarına göre performans düzeyi ile bu hizmetten beklentiler arasındaki fark hizmetin kalitesini belirtmektedir.

"Algılanan Hizmet Kalitesi(Q)= Algılanan Hizmet(P)- Beklenen Hizmet(E) şeklinde formüle edilerek her soru önermesi için SERVQUAL skoru hesaplanmıştır. SERVQUAL Skoru = Algılama Skoru- Beklenti Skoru bu formül ise SERVQUAL skorunun matematiksel bir ifadesidir. Aynı zamanda SERVQUAL ölçeğinin boyutları ve her bir boyuta düşen soru maddesi şöyle özetlenebilir; Fiziksel Özelliklere 1-4 soru maddesi, güvenilirlik 5-9 soru maddesi, heveslilik 10-13 soru maddesi, güven 14-17 soru maddesi, empati 18-22 soru maddesi şeklindedir.”¹³⁴ Sağlık alanında yapılan SERVQUAL ölçeği ise çoğunlukla 15 soru maddesi şeklindedir. Bu sebeple araştırmamızın anket bölümündeki soru maddeleri 15 olarak ayarlanmıştır.

Yapılan çalışmaların hemen hepsinde hizmet kalitesinin geliştirilmesinin önemi vurgulanmış ve bunun müşteri memnuniyeti, çalışan memnuniyeti, kurum performansı ve verimlilik gibi farklı parametreler üzerindeki etkileri ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Hizmet kalitesinin ölçümünde en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biri SERVQUAL yöntemidir. Yöntemde fiziksel özellikler, güvenilirlik ve heveslilik boyutları korunmuş, yetenek, nezaket, inanılabilirlik ve güvenlik boyutları güven boyutu içinde, ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama

¹³³ Saat, s.114.

¹³⁴ Devedakan, 2005, s.35.

boyutu empati boyutu içinde yer almıştır. Hizmet kalitesi boyutları ile SERVQUAL ölçeğini oluşturan boyutların karşılaştırılması Tablo-2’de verilmiştir.

Tablo 2. SERVQUAL Boyutları ve Hizmet Kalitesini Ölçmek İçin Orijinal 10 Boyut Arasındaki Uygunluk

	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Fiziksel Özellikler					
Güvenilirlik					
Heveslilik					
Yetenek,Nezakət, İnanlırlık,Güvenlik					
Ulaşılabilirlik, İletişim, Müşteriyi Anlamak					

Kaynak: N.Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir,2005,s.36.

Beklentiler ve algılar arasındaki farka dayalı olarak hesaplanan SERVQUAL skorları sayesinde; kalite boyutları bazında, boyutları oluşturan maddeler için ve hizmet sunan işletmenin algılanan toplam kalitesi için bir değerlendirme yapmak mümkündür. Firmalar, kalite boyutları bazında elde edeceği SERVQUAL skorları sayesinde, hangi kalite boyutunun algılanan hizmet kalitesinin düşük, hangisinin yüksek olduğunu değerlendirebilecektir. Ayrıca, müşterilerin 100 puanı beş hizmet kalitesi boyutu arasında boyutlara verdikleri önem derecelerine göre dağıtması, müşteriler için hangi hizmet kalitesi boyutunun diğerlerinden daha önemli olduğunun anlaşılmasına olanak verecektir. Hizmet sunan firma, bu veriler ışığında müşterilerin kalite algılarının düşük olduğu boyutlara öncelik verip, bu boyutlar için bir kalite iyileştirme çabası geliştirebilecektir.¹³⁵

Ayrıca, Babakus ve Mangold’un SERVQUAL ölçeği üzerine yaptığı araştırmalarda çeşitli hizmet sektörlerinde geçerliliğinin test edildiği, ancak hastane ortamında geçerliliğinin test edilmemesinden yola çıkarak hastane ortamında, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmek üzere, SERVQUAL ölçeğinin

¹³⁵ Devebakan, 2005, ss.36-37.

hastane işletmeleri açısından pratikte uygunluğunu değerlendirmiş ve test etmişlerdir. Sağlık işletmesi müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğini bir standart olarak kullandıkları görülmektedir. Bununla birlikte yöneticilerin hizmet kalitesine yönelik, problemleri çabuk tanımlamaları ve düzeltmeleri için, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını bilmeleri, beklenti ve algıların nasıl dengelendiğini görmeleri de yararlı olacaktır.¹³⁶

"SERVQUAL ölçeğinin diğer kullanım alanları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

- Farklı zamanlardaki müşteri beklenti ve algılarının karşılaştırılması.
- İşletmenin SERVQUAL skorlarını rakip işletmelerin SERVQUAL skorları ile karşılaştırması.
- Kalite algısı farklı olan farklı müşteri kesimlerinin incelenmesi.
- İç müşterilerin kalite algılarının değerlendirilmesi."¹³⁷

4. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE

Kalite olgusu sağlık işletmelerinde bir çok işletmeden daha önemli ve hayati bir önceliğe sahiptir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların insan yaşamına mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır. Sağlık işletmelerinde kaliteyi değerlendirirken tek boyutlu değil, müşteri tatmini, hizmet kalitesi, teknik ve fonksiyonel kalite olarak çok boyutlu değerlendirmek gerekmektedir.

Son yıllarda daha sık karşılaştığımız Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) hastalığı birçok nedene bağlı oluşmaktadır. Tedavi seçenekleri arasında en çok kullanılan yöntem Hemodiyaliz'dir. Hasta kanına antikoagülasyon işlemi uygulanarak, diyaliz makinesi yardımıyla kanın yarı geçirgen bir membrandan geçirilmesi daha sonra sıvı-solüt içeriğinin yeniden düzenlenerek hastaya geri

¹³⁶ Devecan, 2005, s.37.

¹³⁷ Devecan, 2005, s.40.

verilmesi işlemine hemodiyaliz tedavisi denilmektedir. 2009 yılı itibariyle Türkiye yaklaşık 45000 dolayında KBY hastası hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Aileleriyle birlikte yaklaşık 200.000 kişi hastalıktan direkt olarak etkilenmektedir. Ayrıca 1700 civarında diyaliz hekimi ve 4000 civarında hemşire bu alanda hizmet vermektedir.¹³⁸ Hasta potansiyelinin bu kadar çok olduğu hemodiyaliz birimlerinde hastaların kaliteye bakış açılarının incelenmesi, hastane yönetiminin bu alanda yapacağı yenilikleri ve stratejileri şekillendirerek kalite algısını yükseltecektir.

4.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tatmini

Müşterilerin beklenti ve isteklerinin karşılanması olgusu pazarlama anlayışı açısından bakıldığında; tüketicinin mamulden beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan mamulün gerçek performansı arasında algıladığı farkın değerlendirilmesidir. Sağlık kuruluşlarına bakıldığında diğer bütün işletmeler gibi hastaların tatmini ve bağlılığını temin ettikleri sürece gelişirler. Sağlık sektöründe müşteri kavramı, geçmişteki gibi yalnızca hastaları değil bunun yanında daha geniş boyutlu olarak sağlık hizmeti sürecine katılan tüm birey ve kurumları kapsamaktadır.¹³⁹ Sağlık kurumlarının genel çıktılarından biri olan müşteri / hasta tatmini Müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanabilir.¹⁴⁰

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; müşteri memnuniyetini ölçmek, müşteri beklenti, öneri ve geribildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyo demografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Müşteri memnuniyeti, sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve sonucu hakkında yararlı bilgiler verir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan işletmelerin, hastanelerin rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri ve sürdürebilmeleri için müşteri memnuniyet parametrelerinin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.¹⁴¹

¹³⁸, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular/> (Erişim Tarihi:25.11.2014).

¹³⁹ Kavuncubaşı, s.292.

¹⁴⁰ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.399.

¹⁴¹ Kaya-Tengilimoğlu-Işık-Akbolat-Yılmaz, ss.30-31.

“Thompson’a göre hasta tatmini, hastane bakım kalitesi algıları, demografik özellikler, kişisel özellikler, geçmişteki tecrübeler, tutumlar, beklentiler, bakım sonuçları, hastane fiziksel kaynakları, örgütsel yönetim, kaliteyi hatırlama, hastanede kalış süresi, kurumsal özellikler ve hastalık özelliklerinden etkilenen kompleks bir konudur.”¹⁴² Müşteri tatminini kompleks bir yapıda değerlendirilmiştir. “Cronin ve Taylor (1992)’ın yaptığı çalışmalar, tatminin kaliteyi, kalitenin de tatmini etkilediğini, fakat kalitenin tatmine olan etkisinin önemli düzeyde olduğunu saptamışlardır. Bu nedenle Cronin ve Taylor (1992)’ın çalışmaları, kalitenin sonunda tatminin oluştuğu sonucunu ortaya çıkarmıştır.”¹⁴³

Altunışık ve diğerlerine (2002) göre yüksek tatmin sağlamış müşteriler, aynı üründen tekrar satın alma, daha düşük fiyat esnekliğine sahip olma, daha uzun süreler müşteri olarak kalma ve o ürün ya da işletmenin olumlu propagandasını yapma eğilimindedirler. Müşteri tatmini aynı zamanda, işletmenin imajı, profesyonellik anlayışı, işlem hızı ve müşterinin kişiliği gibi faktörlerle de yakından ilgilidir. Özçelik’e (2001)göre hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır ve sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.¹⁴⁴

Yi 1993 yılında gerçekleştirdiği kapsamlı çalışmaya göre, müşteri tatmininin belli konuya ilişkin olması bakımından değiştiğini gözlemlemiş ve bunları şöyle sıralamıştır; Üründen duyulan tatmin, satın alma kararı sonucunda yaşanan deneyimde duyulan tatmin, performans özelliğinden duyulan tatmin, tüketim deneyiminden duyulan tatmin, bir mağaza veya kurumdan duyulan tatmin, satın alma eylemi öncesi bir deneyimde duyulan tatmin şeklinde özetlenebilir.¹⁴⁵

¹⁴² A.Yanık, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi(İÜ), SBE, YDT, İstanbul, 2000, ss.8-9.

¹⁴³ H.Tanrıverdi-Ş.Erdem,"Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve bir uygulama", Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, C.4, .S .1, 2010, s.79.

¹⁴⁴ R.Altunışık-Ş.Özdemir-Ö.Torlak, Modern Pazarlama, İstanbul, 2002, s.80.

¹⁴⁵ T.G.Vavra, Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları, İstanbul, 1999, s.18.

Kavuncubaşı'nın yaptığı araştırmalara göre hasta tatminini etkileyen faktörler; Personel-hasta etkileşimi (hekim-hasta ilişkisi, hemşire-hasta ilişkisi, diğer sağlık personeli-hasta ilişkisi), hizmet ortamı (fiziksel ve çevresel beslenme hizmetleri, konfor), bürokrasi, ücret, bilgilendirme, güven gibi çok boyutlu kavramlardan oluşmakta ve tam olarak bir görüş birliğine varılamamaktadır. Fiziksel ve çevresel koşullar, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm v.b özellikleri içermektedir. Yine Kavuncubaşı ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmaya göre yaşlı hastalar doktorlardan hastalara karşı yakın ve arkadaşça davranmalarını, hastalara yeterli zaman ayırmalarını, hastaları dinlemelerini, yardıma ihtiyaç duyduklarında hemen yanıt vermelerini ve yeterli teknik bilgiye sahip olmalarını istemektedirler. Hasta tatminini etkileyen bir diğer faktör hemşire hasta etkileşimidir. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında ya da hemodiyaliz birimlerinde hastaların tedavileri boyunca yakın iletişim kurdukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle hemşire personelin davranışlarının hasta tatminine önemli etkisi bulunmaktadır.¹⁴⁶

İşletmelerde kaliteli hizmetin en önemli göstergelerinden biri de müşteri memnuniyetidir. İşletmelerin ayakta kalabilmeleri ve rekabet avantajını yakalamalarında etkili unsurların başında ise üretilen hizmetin kalitesi gelmektedir. Rekabet gücünü artırıp pazarda sürekli hizmet verme gayesinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerin kullanıcı tarafından nasıl algılandığını ve ne derece memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve buna göre kalite standartları oluşturarak harekete geçmek zorundadırlar. Sağlık bakım hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve tatmini anahtar bir rol oynamaktadır. Özçelik'e (2001) göre sağlık hizmetlerinde hasta tatminin önemi hakkında şunlar söylenebilir;

- “Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır.
- Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.
- Tatmin edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar.

¹⁴⁶ Kavuncubaşı, ss.297-301.

- Hasta memnuniyeti, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirir.
- Dolayısıyla tatmin edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık, net ve kararlı davranışlar içinde olabilir.
- Bu durum sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek negatif etkiyi ortadan kaldırabilir veya minimize edebilir.”¹⁴⁷

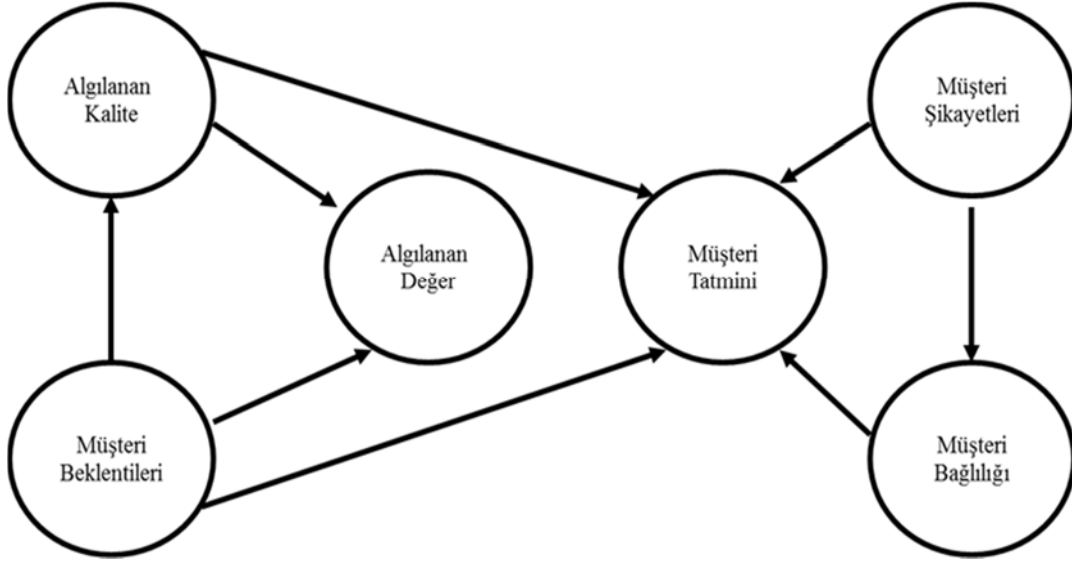
Müşteri memnuniyeti yaratma sürecine ilişkin modern pazarlama anlayışında birçok farklı yaklaşım bulunmaktadır. Müşteri tatmini ölçüm yöntemlerinden birisi de Glaes Fornell ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Daha önce İsveç’ de uygulanmış olan İsveç Müşteri Tatmini Barometresi’nin de mimarı olan Fornell, Michigan Üniversitesi İş İdaresi Okulu Ulusal Araştırma Merkezi ile, Amerikan Kalite Kontrol Derneği arasındaki ortak proje ile Amerikan Müşteri Tatmini Endeksi’ni (American Costumer Satisfaction Index-ACSI) geliştirmiştir.¹⁴⁸

Şekil-7’de görüldüğü üzere, ACSI tatmin modelinde tatmin olgusu, algılanan kalite, beklentiler ve algılanan değer unsurlarının sonucu olarak oluşmaktadır. Fornell, tatminin müşteri bağlılığı ve müşteri şikayetlerini de etkilediğini öne sürmektedir. Ayrıca modelden görüldüğü üzere müşteriler iyi hizmet sunan firmaları başkalarına anlattıkları gibi sunulan hizmetten memnun kalmayan müşteriler yaşadıkları olumsuz deneyimleri de başka kişilere anlatırlar. Bu da bağlılık üzerine etki eder.

¹⁴⁷ Sevimli, ss.46-47.

¹⁴⁸ Vavra, ss.39-40.

Şekil 7. ACSI Tatmin Modeli



Kaynak: T.G.Vavra, Müşteri Tatmini Ölçümlerini Geliştirmenin Yolları, İstanbul, 1999, s.41.

Yapılan bir araştırmaya göre “3-33” kuralı ortaya çıkarılmıştır. Buna göre, yaşanan tecrübelerle ilgili olumlu izlenime sahip 3 kişiye karşılık, kötü tecrübesini bir dehşet anı yaşamışçasına başkalarına anlatmaya hazır 33 kişi vardır.¹⁴⁹ Bu noktada firmaya düşen görev şikayet ve memnuniyetsizliğin bir an evvel etkin bir şekilde çözülmesidir. Böylelikle müşterilerin önceki deneyimlerinden elde ettiği tatmin düzeyi yükseldikçe, gelecekteki performansa yönelik beklentilerin de yüksek olacağına inanılmaktadır. Bu duruma genellikle 'çıtayı yükseltmek' denir ve bize müşterileri tatmin etmenin neden hiçbir zaman kolay olmayacağını açıklar.¹⁵⁰

Müşteri memnuniyeti, kaliteli hizmetin en önemli göstergelerindendir. İşletmelerin ayakta kalabilmeleri ve rekabet avantajını yakalamalarında etkili unsurların başında ise üretilen hizmetin kalitesi gelmektedir. Sağlık işletmelerinin memnun edilmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Tüm müşteri gruplarının istek ve beklentilerinin birbirlerinden farklı olması, sağlık kurumları yöneticilerinin her müşterisini tatmin etmek amacıyla farklı stratejiler

¹⁴⁹ İ.Kaya, Muterem Müşterilerimiz, İstanbul, 2000, s.429.

¹⁵⁰ Vavra, 1999, s.55.

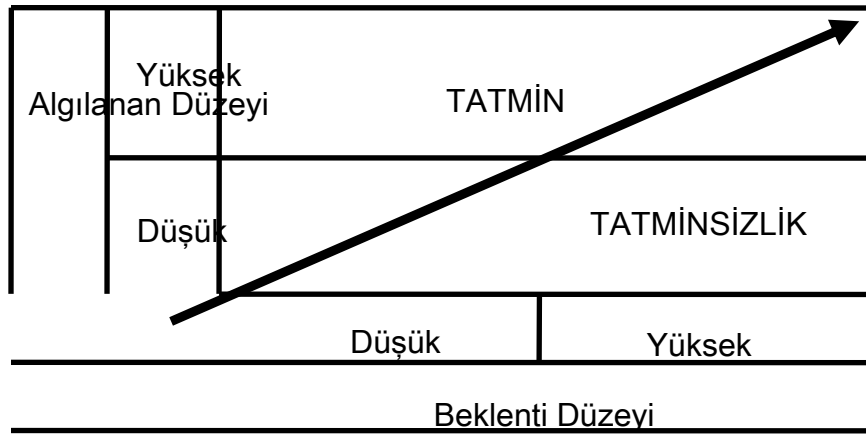
geliştirmesini gerekli kılmaktadır. Hastane işletmelerinde hastaların tatminini belirleyen birinci faktör müşteri beklentileri, ikinci faktör ise müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılarıdır. Şu şekilde formüle edilebilir:¹⁵¹

$$\text{Müşteri tatmini} = f(\text{Beklenti, Algılama})$$

Müşteri beklentileri karşılandığında ($\text{algı} > \text{beklenti}$) müşteri aldığı hizmetten tatmin olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde müşteri tatmini sunulan hizmetler ve hizmet sunum süreçlerine göre farklılık göstermektedir.

Şekil-8 'e göre, kalın çizginin üzerindeki bölgede bulunan müşteri tatmin olmakta, çizginin altında kalan müşteri tatmin olmamaktadır. Sağlık işletmelerinde hastane yönetiminin hastaların istek, beklenti ve tatminine verdiği önem hizmet kalitesini değerlendirmede ciddi bir öneme sahiptir. Böylelikle hastane yönetimi tarafından eksiklikler tespit edilip sağlık işletmesinin performansını arttırmaya yönelik çalışmalar yapılabilir. ¹⁵²

Şekil 8. Hasta Tatminin Ölçülmesi



Kaynak: Ş.Kavuncubaşı-S.Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.476.

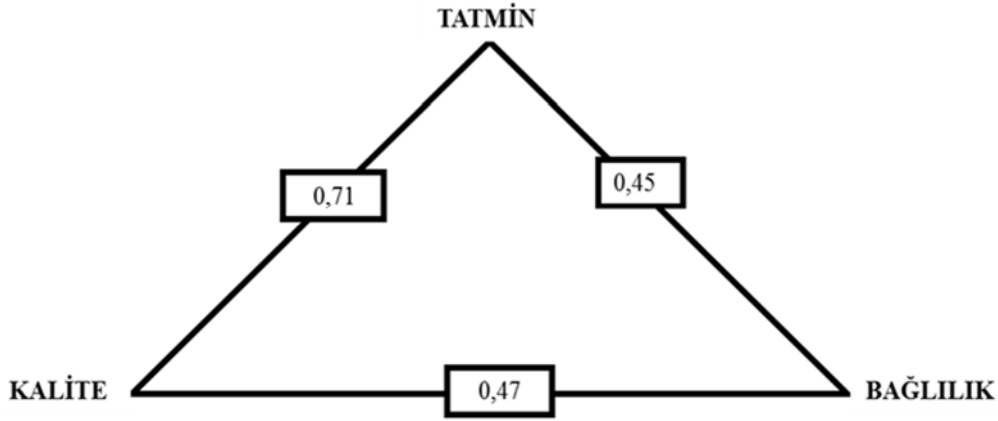
Steiber ve Krowinski tarafından yapılan bir araştırmada algılanan kalite, hasta tatmini ve hasta bağlılığı (sadakat) arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre özellikle algılanan kalite ve hasta tatmini arasındaki korelasyon

¹⁵¹ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.475.

¹⁵² Kavuncubaşı-Yıldırım, s.476.

katsayısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹⁵³ Şekil-9 da görüldüğü üzere sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlerden tatmin olan hastaların aynı zamanda sunulan hizmetleri de yüksek kaliteli olarak algıladıkları söylenebilmektedir.

Şekil 9. Algılanan Kalite, Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığı Arasındaki İlişki



Kaynak: N.Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2005, s.45.

“Peyrot; Cooper ve Schnapf tarafından yapılan bir araştırmada da hasta tatmini ve hizmet sunucularını başkalarına tavsiye etme isteği, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarıyla ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar, sağlık işletmesinin hizmetleriyle ilgili tıbbi olmayan açılardan yapacakları değişikliklerle, pazarlama faaliyetinin sonucunu arttırıp arttıramayacaklarını araştırmışlar ve araştırmalarının sonucunda sağlık işletmesinde tıbbi bakımın teknik kalitesi ve ücreti dışındaki özelliklerin (örneğin rahatlık, bilgilendirilme, kişiler arası sıcaklık gibi) iyileştirilmesiyle, hasta tatmininin ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye etme isteğinin arttırılabileceğini tespit etmişlerdir.”¹⁵⁴ Hastaların, sağlık işletmelerinin teknik boyutu hakkında bilgi sahibi olmamaları onların daha çok fonksiyonel kalite boyutu ile işletmeyi değerlendirmelerine sebep olmaktadır. Böylelikle sunulan yemek, temizlik, otelcilik gibi hizmetleri hizmet kalitesinin tamamı olarak değerlendirmelerine ve çevreleriyle algıladıkları ölçüde paylaşımına neden olmaktadır.

¹⁵³ Devebakan,2005,s.18.

¹⁵⁴ Devebakan, 2005, ss.18-19.

4.2. Sağlık Hizmet Kalitesi

Her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da sağlık işletmeleri, müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini en doğru şekilde anlayıp rekabet ortamının arttığı günümüzde kaliteli bir şekilde hizmet vermek zorundadırlar. Bunun aksi durumunda yaşanan rekabet ve artan maliyetler sağlık işletmelerinin işini güçleştirmektedir.

Son yıllarda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. Örneğin Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, performansa dayalı ek ödeme sistemi, 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak başlatılmış ve 2004 yılından itibaren de Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda uygulanmıştır. Sistemin çıkış noktası, personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak, sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır. Sağlık hizmetlerinde artan kalite ve verimlilik neticesinde hasta memnuniyetinde, performansa göre yapılan ödemeler noktasında da çalışan memnuniyetinde artış hedeflenmiştir.¹⁵⁵

Sağlık hizmetlerinin konusu doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların tamir edilemeyecek olması nedeniyle, sağlık sektöründe kalite kavramı ile diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı aynı paralellikte düşünülmemesi gereken bir kavramdır. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu için hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir. Sağlık hizmetinin ana konusu insan yaşamı oluşu nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalite kaçınılmazdır. İş görenler tarafından yapılacak bir hata bazen öldürücü olabilir ya da yaşamı tehdit edebilecek kadar tehlikeli olabilir. Dolayısıyla bu sektörde 'pardon' kelimesi kabul edilemez, hedef sıfır hata olmalıdır.¹⁵⁶

¹⁵⁵ S.Kaya-D.Tengilimoğlu-O.İşık-M.Akbolat-A.Yılmaz,"Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti, Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, (Ed.S.Kaya), Eskişehir, 2013, s.35.

¹⁵⁶ C. Küçükaksu- S.Ünlü- T.Yarıcı- L.Mahmutoğlu, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi" Hastane Yaşam Dergisi, C. 1, S. 1, 2004, s.22.

“Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association’s Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşıması gereken özellikleri belirtilmiştir. Sözü edilen rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın;

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması,
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde iş birliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.”¹⁵⁷

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için mesleki yeterlilik, kişisel kabul edilebilirlik ve kalitenin uygunluğu önem taşımaktadır. Zorluta, sağlık hizmet kalitesini, “Uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve

¹⁵⁷ Devedakan, 2005, ss.19-20.

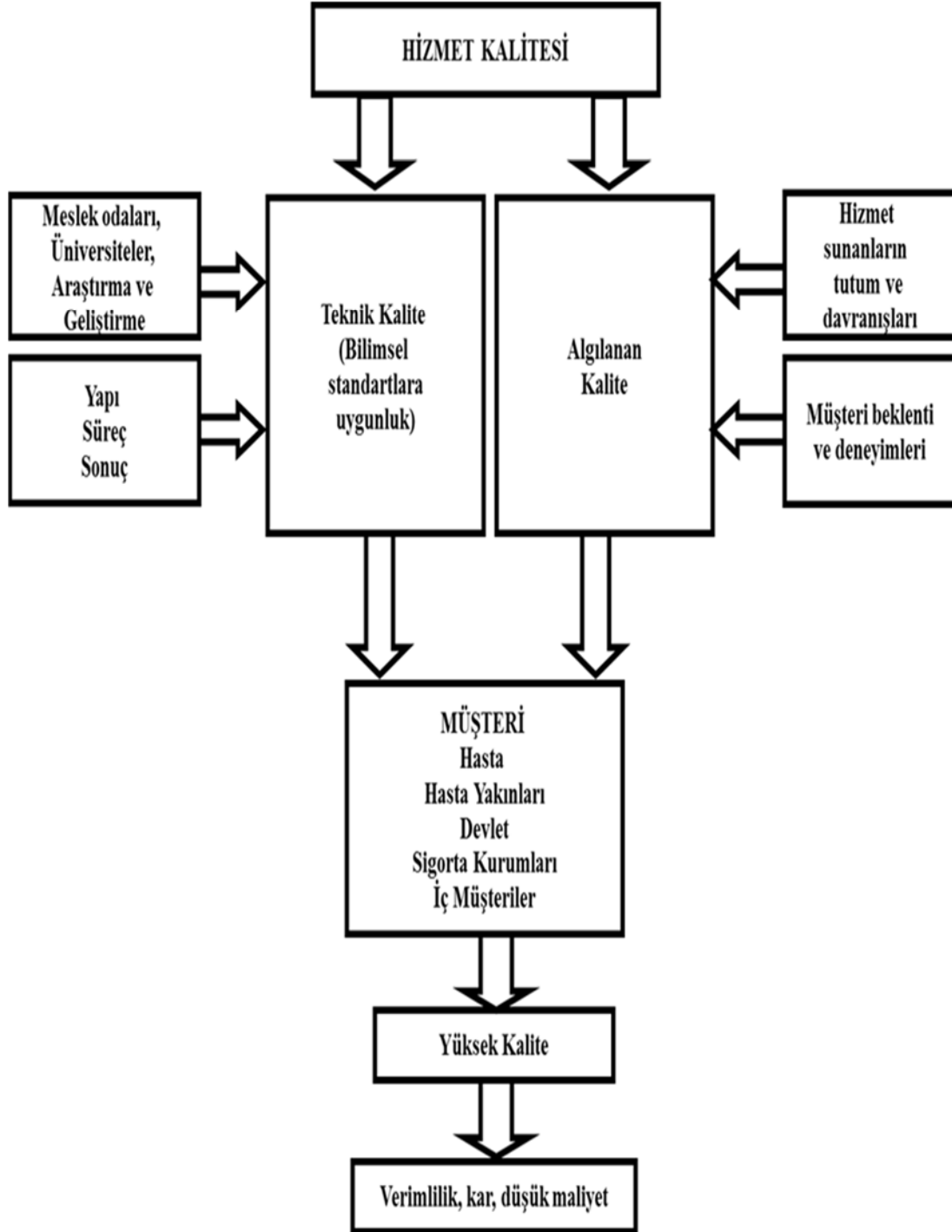
ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması olarak tanımlamıştır.”¹⁵⁸ Hizmet kalitesinin, nesnel olarak verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bununla birlikte kalite hedefini gerçekleştirme, hizmetten yararlanan kişilerin sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve gereksinimlerini ikinci plana atan bir hizmet sunumunda yetersiz kalır.

Sağlıkta kaliteli hizmet vermek için belirli kurallar çerçevesinde, etkili bir yönetim anlayışı ile hizmeti veren tüm personelin kalite bilincini benimseyerek katılımı gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edebilmek için öncelikle; sağlam bir yönetim modeli ve organizasyonun var olması, işlerin, kim tarafından, ne zaman, nerede, hangi araçlar kullanılarak, ne yöntemle yapıldığının bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Omachonu tarafından gerçekleştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır.¹⁵⁹ Bu yaklaşım şahin Kavuncubaşı tarafından şekil-10’da gösterildiği gibi şematize edilmiştir. şekil-10’da görüldüğü üzere müşteri bakış açısını gösteren algılanan kalite düzeyi ile teknik kalitenin bileşimi sağlık işletmelerinde genel kalite düzeyini (yüksek-düşük) belirlemekte, yüksek kalitede de hizmet sunumu da gelir artışı ve verimliliğe dönüşmektedir.

¹⁵⁸ Y.Zorlutuna, "Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme" ,Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, (Ed.M.Çoruh), Ankara, 1997, s.185.

¹⁵⁹ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.453.

Şekil 10. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri



Kaynak: Ş.Kavuncubaşı-S.Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.454.

4.3. Sağlık Kurumlarında Teknik Kalite

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetleri teknik ve fonksiyonel olarak iki gruba ayırmak mümkündür. Teknik hizmetler, teşhis ve süreçlerin uzmanlık gerektiren teknik bölümü ile ilgilidir. Fonksiyonel hizmetler ise, hastanın konforu, morali, güveni ve rahatı gibi tatminlerin sağlanması için bu süreçlerin gerçekleştirilme şeklini ve sağlık hizmetini hastaya ulaştıran kişinin davranış tarzını ifade eder.¹⁶⁰

Sağlık hizmetleri ileri derecede uzmanlık, bilgi ve yetenek gerektirdiğinden, hastalar kendilerine sağlanan sağlık hizmeti ile ilgili yeterli bilgi sahibi olamayabilir ve kendileri için uygun ve etkin olabilecek tedaviye teknik olarak karar veremeyebilirler. Diğer bir deyişle hastaların hem hizmet sunumu sırasında hem sonrasında hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde teknik kalite, daha çok personelin bakış açısı içerisinde kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, tanı ve süreçlerdeki doğruluk temelinde tanımlanmaktadır. Örneğin ülkemizde sağlık bakanlığının denetlemelerde dikkate aldığı ortalama hastanede yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü gibi veriler teknik kaliteyi kapsamaktadır. Objektif ve ölçülmesi kolay verilerdir.¹⁶¹

Teknik kalite, teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını içermektedir. Verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede kullanılan yaklaşımlardan en önemlisi Donebedian tarafından geliştirilen 'yapı, süreç, sonuç' yaklaşımıdır. Bu yaklaşım 'üç öge yaklaşımı' olarak da anılmaktadır.¹⁶²

Yapı (Structure) : Sağlık hizmeti sunan sağlık işletmesinin genel özelliklerini içermektedir. Sağlık işletmesinin maddi kaynakları, insan kaynakları, kurumun örgütsel yapısı gibi değişkenler yapı ögesi içerisinde yer alır.

¹⁶⁰ Devedbakan, 2005, s.22.

¹⁶¹ Karafakıoğlu, s.115.

¹⁶² Kavuncubaşı-Yıldırım, s.455.

Süreç (Process): Hizmet üretimi ve sunumu sırasında gerçekleştirilen faaliyetler üzerinde odaklaşan ögedir. Hastanın muayene edilmesi, hastalığa tanı konulması, uygun tedavi yönteminin geliştirilmesi ve uygulanması gibi faaliyetleri içermektedir.

Sonuç (Outcome) : Verilen sağlık hizmetinin hastaların ve toplumun sağlık statüsü üzerinde yaptığı etkileri ifade etmektedir.

Donebedian'ın üç öğeli bu yaklaşımına göre teknik anlamda kalite bu üç ögenin etkileşimi ile elde edilir. İyi bir yapı iyi bir sürecin ortaya çıkmasını; iyi bir hizmet süreci de arzulanır sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır.

Teknik kaliteyi değerlendirirken, basit hizmet alındığında hizmet kalitesini değerlendirmek bir hayli kolay iken, teknik beceri gerektiren hizmeti değerlendirmek bir o kadar zordur. Örneğin sağlık işletmesinde yatan bir hastanın odasının temizliği konusunda temizlettikten sonra ne derece iyi bir iş yapıldığını kontrol etmesi oldukça kolaydır. Aynı şekilde hastanede sunulan otelcilik hizmeti değerlendirmesi basittir. Fakat hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir.¹⁶³ Kısacası sağlık hizmeti alınırken tek başına teknik kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi genel hizmet kalitesini yansıtmakta yeterli olmayacaktır. Sağlık işletmelerinin yüksek kaliteye ulaşması için gerekli diğer kriter de fonksiyonel kalitedir.

4.4. Sağlık Kurumlarında Fonksiyonel Kalite

Sağlık kurumlarında yüksek kalite olgusundan söz edebilmek için teknik kalite tek başına yeterli olmayacak, fonksiyonel kalite olgusuyla bir arada değerlendirilmesi gerekecektir. “Sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalite, sağlık bakım hizmetinin hastaya ulaştırılması ile ilgilidir. Doktorların ve hemşirelerin hastalara karşı tutumları, temizlik, hastane yemeğinin kalitesi gibi faktörler sağlık işletmelerinin fonksiyonel kalitesini etkilemektedir”¹⁶⁴. Sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalite, verilen hizmet süreci boyunca hasta beklentilerinin karşılanmasını içermektedir. “ Hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere

¹⁶³ Karafakıoğlu, s.112.

¹⁶⁴ Yazgan, s.47.

yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır.”¹⁶⁵ Bununla birlikte bu konuda dikkat edilmesi gereken husus fonksiyonel kalitenin müşteriler tarafından objektif olarak değerlendirilemeyeşidir. Dolayısıyla sübjektif olarak algılanmakta ve teknik kalite gibi kolayca değerlendirilememektedir.¹⁶⁶ Sübjektif değerlendirmeye sebebiyet veren hususlar beklenen ve algılanan kalitede olduğu gibi müşterilerin geçmiş deneyimleri, diğer müşterilerden aldıkları tavsiyeler, işletme ile ilgili reklamlar, işletmenin fiziksel ve teknik kaynakları, müşterilerle sürekli iletişim ve işletmenin hizmetlerine ulaşılabilirlik şeklinde sıralanabilir. “Başarılı ve kaliteli bir tedavinin ilk adımı hastanın hekimini benimsemesidir. Bu nedenle hasta ile hekimin etkileşimi kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda son derece önemlidir.”¹⁶⁷ Böylelikle tedaviye uyum gösteren hasta potansiyeli artacak ve teknik kalite performansı önemli ölçüde etkilenecektir.

Sağlık işletmelerinde hastaların kalite algısının daha çok fonksiyonel kalite üzerinde yoğunlaştığı hiç şüphe götürmese de, sağlık işletmecileri teknik kalite boyutunu geliştirmeye daha çok özen göstermektedir. Sağlık yöneticilerinin teknik kaliteyi yükseltmeyi hedeflemeleri hastalar için en doğru yaklaşım olsa da fark yaratan bir hizmet kalitesi için fonksiyonel kalitenin yükseltilmesi hedeflenmeli ve bunun için bir takım önlemler alınmalıdır. Beklenti ve algıları eşleştirmek, hatta beklenenin üstünde bir performans ile hizmet sunmak gerekmektedir. Bunun için de hizmet kalitesi belirlemede kullanılan kavramsal hizmet kalitesi modeline göre boşlukların yarattığı ve ya yaratacağı farklar tespit edilerek, iyi bir değerlendirmeden sonra bunlara yönelik önlem almak gerekmektedir. Özellikle sağlık yöneticileri tarafından unutulmamalıdır ki “Sağlık işletmelerinde optimum bir kalite olgusundan söz edebilmek için sunulan hizmetlerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun olması, diğer taraftan da hizmetlerin hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir.”¹⁶⁸

¹⁶⁵ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.454.

¹⁶⁶ Devedakan, 2005, s.10.

¹⁶⁷ H.Çatalca, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2003, s.9.

¹⁶⁸ Devedakan, 2005, s.24.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ HEMODİYALİZ BİRİMİNDE HİZMET KALİTESİ

1. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırmanın bulguları 9 ana başlıkta incelenmiştir. Bunlar: Sosyo-Demografik değişkenler, hemodiyaliz birimi hastalarının hastane hizmetlerinin kalitesine yönelik genel değerlendirmesi, gelecekte Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi (EÜTFHHB)'nde hizmet almayı isteyip istemedikleri ile ilgili bulgular, araştırmaya katılan EÜTFHHB hastalarının hizmet alım süreçlerinde herhangi bir problemle karşılaşp karşılaşmadığı ile ilgili bulgular, EÜTFHHB'nde hizmet alım süreçlerinde herhangi bir problem yaşamış hastaların problemlerinin çözülüp çözülmediği ile ilgili bulgular, araştırmaya katılan EÜTFHHB hastaları gelecekte sağlık sorunu yaşamaları durumunda hizmet aldıkları hastaneyi tercih edip etmemeleri ile ilgili bulgular, araştırmaya katılan EÜTFHHB hastalarının beklentileri ve algıları ile ilgili bulgular, araştırmaya katılanların en önemli ve en az önemli buldukları hizmet kalitesi boyutları ile ilgili bulgular, hastaların önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanlar ile bulgular şeklinde incelenmiştir. Üçüncü bölümün ikinci kısmında SERVQUAL skorlarının değerlendirilmesine yer verilmiştir. EÜTFHHB SERVQUAL skorları, problem yaşama durumu açısından, akut veya kronik olma durumuna göre, cinsiyet değişkenine göre, medeni hal değişkenine göre, eğitim düzeyleri açısından, yaş grupları açısından ve hastalık süresine göre SERVQUAL skorları yapılan t-testi ve varyans analizi uygulanarak tablolar halinde gösterilmiştir.

1.1. Sosyo- Demografik Değişkenlere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi (EÜTFHHB)'nde tedavi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Buna göre; cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, kaç yıldır diyaliz hastası olduğu, kaç yıldır EÜTFHHB'nde tedavi gördüğü ve hastalığının akut yada kronik olması gibi özellikler incelenmiştir.

1.1.1. Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi(EÜTFHHB)' nde hizmet alan hastaların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo- 3’de gösterilmiştir. Buna göre; hemodiyaliz hizmeti alan hastaların % 43,5’u kadın, %56,5’u erkek olduğu görülmektedir. EÜTFHHB' nde hizmet alan erkek hastaların sayısının kadın hastalara oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde(%)
Kadın	87	43,5
Erkek	113	56,5
Toplam	200	100,0

1.1.2. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan EÜTFHHB'nde hizmet alan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-4’de gösterilmiştir. Buna göre ankete katılan hastaların %12’si 18-30 yaş grubunda, %24,5’u 31-40 yaş grubunda, %24’ü 41-50 yaş grubunda, %39,5’u 51yaş ve üstü grubunda olduğu görülmektedir. Buna göre; hizmet alan hastaların büyük çoğunluğunun ileri yaş grubunda olduğu, genç hasta sayısının az olduğu görülmektedir.

Tablo4: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Frekans	Yüzde(%)
18-30	24	12,0
31-40	49	24,5
41-50	48	24,0
51 ve üstü	79	39,5
Toplam	200	100

1.1.3. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan EÜTFHHB' nde hizmet alan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo-5'de gösterilmiştir. Buna göre ankete katılan hastaların %11,5'i ilköğretim mezunu, %60,0'ı Lise, %25,0'ı Fakülte, %3,5'u Lisan Üstü eğitim düzeylerinde olduğu görülmektedir. Çoğunluk lise mezunudur.

Tablo5: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde(%)
İlköğretim	23	11,5
Lise ve Dengi	120	60,0
Fakülte Yüksekokul	50	25,0
Lisans Üstü	7	3,5
Toplam	200	100,0

1.1.4. Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı

EÜTFHHB' nde hizmet alan ve araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre dağılımı Tablo-6'da gösterilmiştir. Buna göre ankete katılan hastaların %77,0'ı evli, %23,0'ı bekar olduğu görülmektedir. Hastaların büyük bir kısmının evli olduğu görülmektedir.

Tablo6: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Frekans	Yüzde(%)
Evli	154	77,0
Bekar	46	23,0
Toplam	200	100,0

1.1.5. Hastalık Süresine Göre Dağılımı

EÜTFHHB' nde hizmet alan ve araştırmaya katılan hastaların hastalık süresine göre dağılımı Tablo-7'de gösterilmiştir. Buna göre ankete katılan hastaların %42,0'ı bir yıldan az diyaliz hastası iken, %51'i 1-10 yıl, %5,5'i 11-20 yıl, %1,5'u 21 yıl ve üzeri diyaliz hastası olduğu görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunu 1-10 yıl arası hastalar ile yeni tanı konulmuş 1 yıldan az hastaların oluşturduğu

görülmektedir. Üniversite hastanesi olması sebebiyle yeni tanı konulan hasta sayılarının da fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Kaç Yıldır Diyaliz Hastası olma durumuna Göre Dağılımı

Kaç Yıl	Frekans	Yüzde(%)
1 Yıldan Az	84	42,0
1-10	102	51,0
11-20	11	5,5
21 Yıl ve Üzeri	3	1,5
Toplam	200	100,0

1.1.6. EÜTFHHB' nde Hizmet Alma Yılına Göre Dağılımı

EÜTFHHB' nde hizmet alan ve araştırmaya katılan hastaların kaç yıldır EÜTFHHB' nde hizmet alma durumuna göre dağılımı Tablo-8'de gösterilmiştir. Buna göre ankete katılan hastaların %65'i 1 yıldan az, %31'i 1-10 yıl, %3'ü 11-20 yıl, %1'i 21 yıl ve üzeri EÜTFHHB' nde tedavi gördüğü görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu bir yıldan az EÜTFHHB' nde tedavi görmektedir. Üniversite hastanesi olduğu için katater problemi yada çalışmayan fistül problemi yaşayan hastalar, durumları stabil oluncaya kadar bu merkeze gelmektedir. Daha sonra kendi diyaliz merkezlerine dönmektedir.

Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Kaç Yıldır EÜTFHHB' nde Hizmet Alma Durumuna Göre Dağılımı

Kaç Yıl	Frekans	Yüzde(%)
1 Yıldan Az	130	65,0
1-10	62	31,0
11-20	6	3,0
21 Yıl ve Üzeri	2	1,0
Toplam	200	100,0

1.1.7. Akut-Kronik Olma Durumuna Göre Dağılımı

EÜTFHHB' nde hizmet alan ve araştırmaya katılan hastaların akut veya kronik diyaliz hastası olma durumuna göre dağılımı Tablo-9'da gösterilmiştir. Buna göre ankete katılan hastaların %43,5'u akut diyaliz hastası, %56,5'u kronik diyaliz hastası olarak görülmektedir. Çoğunluk kronik hastalardan oluşmaktadır. Özel diyaliz merkezlerinde tedavi görenler Üniversite hastanesine problemlerini çözmek için geldikleri görülmektedir.

Tablo9: Araştırmaya Katılanların Akut-Kronik Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Akut-Kronik	Frekans	Yüzde(%)
Akut	87	43,5
Kronik	113	56,5
Toplam	200	100,0

1.2. Hemodiyaliz Birimi Hastalarının Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmesi

EÜTFHHB hastalarının, hizmet aldıkları hastanenin kalitesine yönelik genel değerlendirmeleri Tablo-10'da görülmektedir. Tablo-10 incelendiğinde katılımcıların büyük oranının, hizmet aldıkları hastanenin hizmet kalitesini "iyi" olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Buna göre hastalar genel olarak hastanelerin hizmet kalitesini %0,5'i "çok kötü", %1,5'u "kötü", %9,5'u "orta" , %76'sı "iyi", %12,5'u "çok iyi" olarak değerlendirdiği görülmektedir. Genel olarak EÜTFHHB' nde hizmet alan hastaların çok önemli bir kısmının hizmet kalitesini "iyi" olarak değerlendirdiği görülmektedir. Bununla birlikte "Çok İyi" değerlendiren kişi sayısı 25 iken, ""Çok Kötü" olarak yalnızca 1 kişi olduğu görülmektedir.

Tablo10: Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirme İle İlgili Dağılım

Hizmet Kalitesi	Frekans	Yüzde(%)
Çok Kötü	1	0,5
Kötü	3	1,5
Orta	19	9,5
İyi	152	76,0
Çok İyi	25	12,5
TOPLAM	200	100,0

1.3. Gelecekte EÜTFHHB' nde Hizmet Almayı İsteyip İstemedikleri İle İlgili Bulgular

EÜTFHHB' nde araştırmaya katılan hastaların başka seçenekleri olsa bile gelecekte hizmet aldıkları hastanede tekrar hizmet almayı isteyip istemedikleri ile ilgili dağılım Tablo-11'de gösterilmiştir. Tablo-11'e göre katılımcıların büyük oranı başka seçenekleri olsa bile hizmet almakta olduğu hastanede tekrar hizmet almayı istemektedir. Hastalar özel diyaliz merkezlerinde tedavi problemleri çözülemediğinde, üniversite hastanesini tercih etmek istemektedir.

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hastaların Başka Seçenekleri Olsa Bile Gelecekte Hizmet Aldıkları Hastanede Tekrar Hizmet Almayı İsteyip İstemediklerine Yönelik Dağılım

Gelecekte Hizmet Almayı Tercih Etme	Frekans	Yüzde(%)
Kesinlikle katılmıyorum	1	0,5
Katılmıyorum	3	1,5
Emin değilim	7	3,5
Katılıyorum	156	78,0
Kesinlikle katılıyorum	33	16,5
Toplam	200	100,0

1.4. Araştırmaya Katılan EÜTFHHB Hastalarının Hizmet Alım Süreçlerinde Herhangi Bir Problemle Karşılaşıp Karşılaşmadığı İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan EÜTFHHB hastalarının hizmet alım süreçlerinde herhangi bir problemle karşılaşıp karşılaşmadığı ile ilgili bulgular Tablo-12’de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %5,5’i hizmet alım süreçlerinde herhangi bir problemle karşılaştığını, %94,5’i ise karşılaşmadığını belirtmiştir. Hastaların çoğunluğu hizmet alırken problem yaşamadığı görülmektedir. Bu da hastanenin imajı açısından pozitif anlamlar yaratmaktadır.

Tablo12: Araştırmaya Katılan Hastaların Hizmet Alım Süreçlerinde Problem Yaşayıp Yaşamadığı İle İlgili Dağılım

Problem Yaşama	Frekans	Yüzde(%)
Evet	11	5,5
Hayır	189	94,5
Toplam	200	100,0

1.5. EÜTFHHB' nde Hizmet Alım Süreçlerinde Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların Problemlerinin Çözülüp Çözülemediği İle İlgili Bulgular

EÜTFHHB' nde, hizmet alım süreçlerinde bir problem yaşamış hastaların, problemlerinin hastane yönetimi tarafından onları tatmin edici bir şekilde çözülüp çözülmediği ile ilgili dağılımı Tablo-13’de gösterilmiştir. Buna göre, hizmet alım süreçlerinde herhangi bir problem yaşamış olan katılımcılardan %6’sı problemlerinin tatmin edici bir şekilde çözüldüğünü, %2’si ise çözülemediğini düşünmektedir. Problem yaşayan hasta kesimi ne kadar az olsa da, yönetim tarafından problem yaşayan kişilerin sorunları dikkatlice dinlenerek çözüm aranması önerilmektedir.

Tablo13: Hizmet Alım Süreçlerinde Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların, Problemlerinin Çözülüp Çözülemediği İle İlgili Dağılım

Problemin Çözümü	Frekans	Yüzde(%)
Evet	12	6,0
Hayır	4	2,0
Toplam	16	8,0
Kayıp Değer	184	92,0
Toplam	200	100,0

1.6. Araştırmaya Katılan EÜTFHHB Hastaları Gelecekte Sağlık Sorunu Yaşamaları Durumunda Hizmet Aldıkları Hastaneyi Tercih Edip Etmemeleri İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların gelecekte sağlık sorunu yaşamaları durumunda hizmet aldıkları hastaneyi tercih edip tekrar tedavi olmak isteyip istemedikleri ile ilgili dağılım Tablo-14’de gösterilmiştir. Tablo-14’de görüldüğü üzere hastaların %96,5’u gelecekte sağlık sorunu yaşamaları durumunda yine EÜTFHHB’ ni tercih edeceklerini düşünmektedirler.

Tablo14: Araştırmaya Katılan Hastaların Gelecekte Sağlık Sorunu Yaşamaları Durumunda Hizmet Aldıkları Hastaneyi Tercih Edip Etmemesine Yönelik Bulgular

Tercih	Frekans	Yüzde(%)
Evet	193	96,5
Hayır	7	3,5
Toplam	200	100,0

1.7. Araştırmaya Katılan EÜTFHHB Hastalarının Beklentileri ve Algıları İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan EÜTFHHB hastalarının hastane hizmetlerine yönelik beklentileri ile ilgili bulgular Tablo-15’te gösterilmiştir. Tablo-15’te görüleceği gibi, EÜTFHHB hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi “fiziksel özellikler” boyutu altında yer alan 3. soru önermesinde (Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır), en düşük beklenti düzeyi ise “empati” boyutu altında yer alan 14.soru önermesinde (Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir) gerçekleşmiştir.

Tablo-15 incelendiğinde konunun insan sağlığı olması sebebiyle hastane çalışanlarının temiz ve düzgün görünümlü olması temiz bir hastanede hastaların hizmet alımlarını vurgulamakta olup en yüksek beklenti önermesi olması sağlık hizmetleri açısından beklenen bir durumdur. Hastane çalışanlarının temiz ve düzgün görünümlü olması, araç-gereç malzeme ve donanımın hastalara kişisel ilgi gösterilmesinden daha önemli olması hastaların beklentilerinin hastalık durumunun teşhis ve tedavisi için doğrudan ilişkili parametrelerde yoğunlaştığının göstergesidir. Hastanenin “empati” boyutu açısından performansı hastaların beklentilerini karşılamaya yakın olduğundan bu alanlara yönlendirilecek yatırımlar kısıtlanabilir. Ancak, çalışanların kendilerini hastaların yerine koyarak bu duyarlılıkla hizmet sunmalarının hasta memnuniyeti sağlanmasında avantaj yaratacağını göz ardı edilmemelidir. Buna karşın “fiziksel özellikler” boyutu hastalar tarafından en önemli boyut olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuç hastane yönetimi için “fiziksel özellikler” boyutunun iyileştirilmesi için iyi bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Tablo15: Diyaliz Hastalarının Sunulan Hizmetlerden Beklentileri İle İlgili Dağılım

Beklenti Soru Önergeleri	Ortalama
Fiziksel Özellikler	
E ₁ . Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	4,9350
E ₂ . Hastanelerin fiziksel imkanları görsel açıdan çekici olmalıdır.	4,8250
E ₃ . Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	4,9450
Güvenilirlik	
E ₄ . Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir	4,9300
E ₅ Hastane çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	4,9050
E ₆ Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	4,9150
Heveslilik	
E ₇ Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	4,8900
E ₈ Hastane çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara vermelidir.	4,9000
E ₉ Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	4,9050
Güven	
E ₁₀ Hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4,8950
E ₁₁ Hastane çalışanları bilgili olmalıdır.	4,9350
E ₁₂ Hastane çalışanları kibar olmalıdır.	4,9250
E ₁₃ Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	4,8800
Empati	
E ₁₄ Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	4,8150
E ₁₅ Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	4,9300

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin üçüncü kısmında beklenti soru önermelerinin aynısı, bu kez hizmet aldıkları hastanenin ismi belirtilerek katılımcılara sorulmuş ve söz konusu hastanenin hizmetlerine yönelik hastaların algıları ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hizmet aldıkları hastanenin hizmetlerine yönelik algıları ile ilgili bulgular Tablo-16’da gösterilmiştir.

Tablo-16 incelendiğinde, EÜTFHBB ’nde hastanenin sağlamış olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algı düzeyi “fiziksel özellikler” kalite boyutuna ait 3.soru önermesinde, en düşük hasta algısı düzeyi ise “fiziksel özellikler” boyutuna ait

2. soru önermesinde gerçekleştiği görülmektedir. Tablo-16’da yer alan hastalara ait algı düzeyi göz önüne alındığında; hastanenin öncelikle en düşük algı düzeyi olan fiziksel imkanları ve görsel çekiciliği bakımından iyileştirme çalışmalarına ağırlık vermesi gerektiği söylenebilir. Ayrıca hastalara ait algı düzeyine bakıldığında “güven” boyutundaki hastane çalışanlarının işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almadığı düşünülmüştür. Bu sebeple hastane yönetimi tarafından bu durum değerlendirilerek çalışanlara yeterli desteği vermeleri sağlanabilir.

Tablo 16: Diyaliz Hastalarının Sunulan Hizmetlerden Algıları İle İlgili Dağılım

Algı Soru Önergeleri	Ortalama
Fiziksel Özellikler	
P₁ EÜTFHHB modern araç- gereç ve donanıma sahiptir.	4,7700
P₂ EÜTFHHB'nin fiziksel imkanları görsel açıdan çekicidir.	4,5450
P₃ EÜTFHHB çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	4,8500
Güvenilirlik	
P₄ EÜTFHHB hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.	4,7500
P₅ EÜTFHHB çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.	4,7950
P₆ EÜTFHHB hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapar.	4,7950
Heveslilik	
P₇ EÜTFHHB çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söyler.	4,8150
P₈ EÜTFHHB çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara verir.	4,7400
P₉ EÜTFHHB çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.	4,7450
Güven	
P₁₀ EÜTFHHB çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hisseder.	4,7450
P₁₁ EÜTFHHB çalışanları bilgilidir.	4,8150
P₁₂ EÜTFHHB çalışanları kibardır.	4,7650
P₁₃ EÜTFHHB çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır.	4,6900
Empati	
P₁₄ EÜTFHHB çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir.	4,7850
P₁₅ EÜTFHHB hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar.	4,8450

1.8. Araştırmaya Katılanların En Önemli ve En Az Önemli Buldukları Hizmet Kalitesi Boyutları İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların en önemli buldukları hizmet kalitesi boyutu ile ilgili dağılım Tablo-17’de gösterilmiştir. Hemodiyaliz birimlerinde diyaliz hastaları için kullanılan diyaliz makinalarının yaşamsal bir öneme sahip olması, ayrıca kullanılan bu diyaliz makinalarının doğru ve güvenilir bir şekilde çalışması, hastalar için “Fiziksel Özellikler” boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. Diğer taraftan “güven” boyutu hastaların büyük çoğunluğu tarafından en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir. Buna göre hastalar diyaliz makinalarına güvendikleri sürece çalışanlara karşı duyulan güvenin önemini kaybettiği düşünülmektedir.

Tablo 17: Araştırmaya Katılanların En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	Frekans	Yüzde(%)
Fiziksel Özellikler	164	82,0
Güvenilirlik	9	4,5
Heveslilik	9	4,5
Güven	7	3,5
Empati	11	5,5
Toplam	200	100,0

Araştırmaya katılan hastaların en az önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutu ile ilgili bulguların dağılımı Tablo-18’de gösterilmiştir. Buna göre katılımcılar “empati” boyutunu en az önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmektedir. Boyutlar bazında SERVQUAL skorları incelendiğinde fiziksel özellikler boyutunda beklenti algılama boşluğunun en fazla, empati boyutunda ise en az olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile EÜTFHHB’nde hastaların kalite algısı empati boyutunda en yüksek iken, fiziksel özellikler boyutunda en düşük olduğu görülmektedir.

Tablo18: Araştırmaya Katılanların En Az Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	Frekans	Yüzde(%)
Fiziksel Özellikler	15	7,5
Güvenilirlik	2	1,0
Heveslilik	9	4,5
Güven	14	7,0
Empati	160	80,0
Toplam	200	100,0

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

EÜTFHHB' nde araştırmaya katılan hastaların önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanların ortalamaları ile ilgili bulgular Tablo-19'da gösterilmiştir. Tablo-19 incelendiğinde, EÜTFHHB' ndeki katılımcıların “fiziksel özellikler” boyutuna 24,4300, “güvenilirlik” boyutuna ortalama 20,3100, “güven” boyutuna 19,5650, ”heveslilik” boyutuna 20,0950 ve “empati” boyutuna 15,5600 puan verdikleri görülmektedir. EÜTFHHB' ndeki hastaların kalite boyutlarına verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde, hizmet sunanların en önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutuna daha çok puan verdikleri görülmektedir. Bu anlamda puanlama açısından da “fiziksel özellikler” boyutu hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 19: Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Fiziksel Özellikler	200	10,00	50,00	24,4300	6,17298
Güvenilirlik	200	10,00	40,00	20,3100	3,28142
Heveslilik	200	10,00	40,00	20,0950	2,88402
Güven	200	5,00	50,00	19,5650	3,69378
Empati	200	0,00	40,00	15,5600	6,29320

Kalite boyutlarının önem derecelerinin tespit edilmesine yönelik 100 puanın dağıtılması müşteriler için hangi hizmet kalitesi boyutunun diğerlerinden daha önemli olduğunun anlaşılmasına olanak vermektedir. Tablo-19' e göre hastaların en fazla puanı fiziksel özellikler ve güvenilirlik boyutlarına, en az puanı da empati boyutuna verilmesi; hastaların, söz verdiği zamanda, yeterli ve doğru tedavinin, bilgili ve deneyimli çalışanlarca hastalara fiziksel açıdan temiz düzenli ve görsel açıdan çekici imkanları olan ortamlarda hizmet verilmesinin, hastalara özel ilgi gösterilmesinden daha fazla önemli buldukları şeklinde ifade edilebilir.

Hemodiyaliz biriminde uzun süreli tedavi gören hastalar için fiziksel özelliklerin araç-gereç ve donanımının modernliği, binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü oldukça önem arz etmektedir. Bunun en önemli sebeplerinden biri diyaliz seanslarının uzun sürmesi ve hastaların bu süre zarfında rahat vakit geçirmeyi istemeleridir. Ayrıca diyaliz hastaları yeni diyaliz cihazlarında seanslara girerek daha iyi kanlarının temizlendiği inancındadır. Hastane yönetimleri, iyileştirme çalışmaları için planlama yaparken, hastaların kalite boyutlarına verdikleri önemi de dikkate almalıdır. Bu sayede kalite geliştirme kaynaklarının stratejik dağılımı ile ilgili fırsatlar görülebilecektir.

Hastanenin “empati” boyutu açısından performansı hastaların beklentilerini karşılamaya yakın olduğundan bu alanlara yönlendirilecek yatırımlar kısıtlanabilir. Ancak çalışanların kendilerini hastaların yerine koyarak bu duyarlılıkla hizmet sunmalarının hasta memnuniyeti sağlanmasında avantaj yaratacağını göz ardı edilmemelidir. Buna karşın “fiziksel özellikler” boyutu hastalar tarafından en önemli boyut olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuç hastane yönetimi için “fiziksel özellikler” boyutunun iyileştirilmesi için iyi bir fırsat olarak değerlendirilebilir. “fiziksel özellikler” boyutunu oluşturan ölçek maddeleri içinde algı-beklenti boşluğunun en fazla olduğu “Hastanenin araç-gereç ve donanımının modernliği, binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.” ifadesini öncelikli göz önüne alarak yönetimin, son model diyaliz makinaları ile hizmet sunulmasını sağlama bununla birlikte hastaların kullandığı diyaliz koltuklarının diyaliz seansı boyunca hastaların rahat

etmesine olanak sunacak tarzda olması gibi önleyici çözümler getirmek için çalışanların görüş ve önerilerini almaları önemli ip uçları sağlayacaktır.

2. SERVQUAL SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi SERVQUAL Skorları

EÜTFHKB' nin kalite boyutları bazında hesaplanan algılanan hizmet kalitesi skorları ile ilgili bulgular Tablo-20'de gösterilmiştir. Tablo-20'de kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi skorlarının negatif olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile hastanenin kalite boyutlarının hastaların beklentilerini karşılayamadığını söyleyebiliriz. Diğer taraftan EÜTFHKB' nde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek olduğu boyutun “empati” boyutu (-0,0575), hizmet kalitesine yönelik algısının ise en düşük olduğu hizmet kalitesi boyutunun “fiziksel özellikler” boyutu (-0,1767) olduğu görülmektedir. Diğer taraftan Tablo-20'de görüldüğü gibi, eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorlarının da negatif olduğu görülmektedir. Bu anlamda hastanenin genel hizmet kalitesi açısından da hastaların beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür.

Tablo20: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi SERVQUAL Skorları

SERVQUAL Skorları	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Fiziksel Özellikler	200	-4,00	2,00	-0,1767	0,59301
Güvenilirlik	200	-2,67	0,67	-0,1367	0,41629
Heveslilik	200	-4,00	1,33	-0,1300	0,53026
Güven	200	-2,50	1,25	-0,1550	0,45567
Empati	200	-2,50	2,00	-0,0575	0,50668
Eşit ağırlıklı	200	-2,90	0,85	-0,1312	0,37611
Ağırlıklandırılmış	200	-2,90	0,95	-0,1360	0,38119

Tablo-20'ye göre boyutlar bazında elde edilen SERVQUAL Puanları tek başına değerlendirildiğinde EÜTFHKB öncelikle “fiziksel özellikler” boyutu kapsamında yer alan unsurlarda iyileştirme yapması gerektiği söylenebilir. Kalite geliştirme kaynaklarını stratejik dağılımı açısından “fiziksel özellikler” boyutunu

oluşturan ölçek maddeleri içinde algı-beklenti boşluğunun en fazla olduğu “Hastaneler modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır.” ifadesi göz önüne alınarak araç-gereç ve donanımlarda yenileme yapılması ile başlanabilir.

2.2. Problem Yaşama Durumu Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hizmet sunum sürecinde problem yaşayan ve yaşamayan hastalar açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek için yapılan t-testleri Tablo-21’de gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre EÜTFHHB’nde tüm boyutlar bazında problem yaşayan ile yaşamayan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmuştur. Aynı hastanede eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları açısından da problem yaşayanlar ile yaşamayanların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark olduğu görülmektedir.

Tablo 21: Hizmet Alım Sürecinde Problem Yaşayan ve Yaşamayan Hastalar Açısından SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin Yapılan T-Testi

Servqual Skoru	Problem	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Evet Hayır	11 189	-0,8182 -0,1393	1,43266 0,48742	-1,566	0,148*
SQ2	Evet Hayır	11 189	0,3939 -0,1217	0,90453 0,36854	-0,993	0,343*
SQ3	Evet Hayır	11 189	-0,6667 -0,0988	1,22020 0,44788	-1,539	0,155*
SQ4	Evet Hayır	11 189	-0,6591 -0,1257	0,73547 0,41867	-2,283	0,038*
SQ5	Evet Hayır	11 189	-0,5455 -0,0291	0,93420 0,45890	-1,820	0,098*
SQE	Evet Hayır	11 189	-0,6167 -0,1029	0,88393 0,30591	-1,921	0,083*
SQA	Evet Hayır	11 189	-0,6576 -0,1056	0,89045 0,30788	-2,049	0,067*

*P<0,05, ** P>0,05

Tablo-21 incelendiğinde, EÜTFHHB' ndeki, hizmet süreçlerinde sorun yaşıyıp yaşamamanın hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratıp yaratmadığının test edilmesi için verilere bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında “güven” hizmet kalitesi boyutunda katılımcıların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre “güven” boyutu açısından problem yaşayanların yaşamayanlara göre hizmet kalitesini daha kötü değerlendirdikleri söylenebilir. Güven boyutu, hastane çalışanlarının bilgili ve nazik olması, hastalarda güven duygusu uyandırabilme becerileriyle eş anlamlıdır. Hastaların psikolojik olarak hizmet sunanlara karşı kendilerini bağımlı hissetmesi, tedavi süresince hizmet veren sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyimlerine güvenmek istemesi bununla birlikte çalışanların nazik olması gerekliliği sağlık işletmelerinde “güven” boyutunun önemini arttırmaktadır.¹⁶⁹

Problem yaşayan hastaların güvenlerini kaybetmesi o hizmet birimi hakkında kötü ve negatif düşüncelere sahip olması genel hizmet değerlendirmesini ve algılanan kaliteyi büyük ölçüde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle hizmet alan hastaların yaşadığı problemler ivedilikle önerileri dikkate alınmalı ve çözüme ulaştırılmalıdır ki hastaların güven duyguları zedelenmemeli ya da tekrar kazanılmalıdır. Buna göre “Hizmet süreçlerinde sorun yaşama hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.” (H01) reddedilmiştir.

2.3. Akut veya Kronik Olma Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Tablo-22 incelendiğinde EÜTFHHB' nde diyaliz hastalarının akut ya da kronik olmasının hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratıp yaratmadığının tespit edilmesi için verilere bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre gerek “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutlarında akut hastalar kronik hastalara göre sunulan hizmetleri daha kaliteli olarak algılamaktadır. Bunun en önemli sebeplerinden biri akut hastaların kronik hastalara göre daha az deneyime sahip oluşudur.

Kronik hastalar uzun yıllar farklı diyaliz merkezlerinde tedavi görmüş, farklı diyaliz makinaları ile seanslara girmiş ve farklı sağlık personelinin bilgi, beceri ve

¹⁶⁹ Deveci, 2005, s.53.

tecrübesini deneyimlemişken, akut hastalar için bu deneyim oldukça azdır. Bu sebeplerden ötürü akut hastalar fiziksel özellikleri ve empati boyutunu yeterli bulmakta, hastanın deneyimi yani hastalığı kronikleşip diyaliz seanslarında deneyim kazandıkça algılanan hizmet kalitesi de değişmektedir. Diğer taraftan akut hastaların bu yaklaşımı eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları açısından da değişmemiştir. Buna göre “Hastaların akut ya da kronik diyaliz hastası olması hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.” (H02) reddedilmiştir.

Tablo 22: Akut veya Kronik Olma Durumuna Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin Yapılan t-Testi

Servgual Skoru	Akut-Kronik	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Akut Kronik	87 113	-0,0843 -0,2478	0,38451 0,70680	-2,090	0, 038*
SQ2	Akut Kronik	87 113	-0,0920 -0,1711	0,29939 0,48615	-1,416	0,158**
SQ3	Akut Kronik	87 113	-0,0728 -0,1740	0,38521 0,61737	-1,421	0,157**
SQ4	Akut Kronik	87 113	-0,0862 -0,2080	0,41907 0,47704	-1,885	0,061**
SQ5	Akut Kronik	87 113	-0,0287 -0,1239	0,45975 0,53256	-2,131	0,034*
SQE	Akut Kronik	87 113	-0,0613 -0,1850	0,24707 0,44471	-2,331	0,021*
SQA	Akut Kronik	87 113	-0,0665 -0,1895	0,26668 0,44376	-2,287	0,023*

*p<0,05, **p>0,05

2.4. Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek için yapılan t-testi sonuçları Tablo-23'te gösterilmiştir. Cinsiyet değişkeninin hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratıp yaratmadığının tespit edilmesi için verilere bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Yapılan analizde cinsiyet değişkeninin hizmet kalitesini değerlendirmede anlamlı bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir.

Buna göre “Cinsiyet değişkeni hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.” (H03) kabul edilmiştir. Tablo-23 incelendiğinde cinsiyet değişkeninin hizmet kalite boyutları bazında önemli bir farklılık yaratmadığı bu sebeple hastane yönetiminin konuyla ilgili yapacağı iyileştirmelerde cinsiyet değişkenini önemli bir ipucu olarak almaması önerilmektedir.

Tablo 23: Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin Yapılan t-Testi

Servqual Skoru	Cinsiyet	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	K	87	-0,1379	0,54879	-0,810	0,519*
	E	113	-0,2065	0,62570		
SQ2	K	87	-0,1724	0,48985	-1,066	0,288*
	E	113	-0,1091	0,34916		
SQ3	K	87	-0,1801	0,70216	-1,082	0,281*
	E	113	-0,0914	0,34286		
SQ4	K	87	-0,0891	0,43964	-1,805	0,073*
	E	113	-0,2058	0,46319		
SQ5	K	87	-0,0920	0,55787	-0,823	0,411*
	E	113	-0,0310	0,46427		
SQE	K	87	-0,1343	0,45587	-0,103	0,918*
	E	113	-0,1288	0,30291		
SQA	K	87	-0,1420	0,46161	-0,196	0,845*
	E	113	-0,1313	0,30743		

*p>0,05

2.5. Medeni Hal Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların medeni durum değişkeninin hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratıp yaratmadığının tespit edilmesi için verilere bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Tablo-24’de gösterilmiştir. Tablo-24 incelendiğinde “güvenilirlik”, “heveslilik” ve “güven” boyutları açısından katılımcıların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Ortalamalara bakıldığında anılan üç boyutta da bekar hastaların evlilere göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri görülmektedir. Bekar hastalar hemodiyaliz merkezinin söz verdiği

hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirdiğini, deneyimli ve el manipilasyonu gelişmiş deneyimli bir ekibin kendilerine hizmet sunduğunu, ayrıca çalışan personelin işini hevesli bir şekilde işini yaptığını düşünmektedir. Bu da diyaliz merkezinde çalışan sağlık personelinin kalifiye yetişmiş deneyimli kişilerden oluştuğunu göstermektedir. Buna göre “Katılımcıların evli ya da bekar olması hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.” (H04) reddedilmiştir.

Tablo 24: Medeni Hal Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin Yapılan t-Testi

Servqual Skorları	Medeni Hal	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Evli Bekar	154 46	-0,1537 -0,2536	0,58439 0,62137	1,003	0,317
SQ2	Evli Bekar	154 46	-0,0931 -0,2826	0,32894 0,60845	2,046	0,048*
SQ3	Evli Bekar	154 46	-0,0693 -0,3333	0,37858 0,83740	2,076	0,043*
SQ4	Evli Bekar	154 46	-0,1023 -0,3315	0,38731 0,60565	2,423	0,019*
SQ5	Evli Bekar	154 46	-0,0422 -0,1087	0,43518 0,69851	0,611	0,544
SQE	Evli Bekar	154 46	-0,0921 -0,2620	0,28993 0,56309	1,969	0,054
SQA	Evli Bekar	154 46	-0,0985 -0,2616	0,30097 0,56004	-1,895	0,063

*p<0,05

2.6. Eğitim Düzeyleri Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların eğitim düzeyinin algılanan hizmet kalitesini değerlendirmede anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tablo-25’de varyans analizi sonuçları gösterilmiştir. Varyans analizi sonuçları eğitim değişkeninin hizmet kalitesini değerlendirme üzerine bir etki yaratmadığını ortaya koymaktadır. Buna göre “Eğitim değişkeni algılanan Hizmet kalitesi düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.” (H05) kabul edilmiştir.

Eğitim seviyesinin getirdiği bilinç düzeyinin beklenti ve algıları etkilediği gerçeği, hemodiyaliz gibi spesifik bir alanda anlamlı bir fark yaratmamıştır. Sağlık çalışanları arasında dahi her doktor veya her hemşire diyaliz cihazlarından ve tedavisinden anlamamaktadır. Bunun için sağlık bakanlığının belirli zamanlarda açtığı diyaliz sertifikası kursları vardır. Bu sebeplerden ötürü hastane yönetimi eğitim konusunda öncelikle diyaliz merkezi çalışanlarının eğitimlerine önem vermeleri önerilir.

Tablo 25: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F Değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Gruplar Arası	0,227	3	0,076	0,212	0,888*
	Gruplar İçi	69,753	196	0,356		
	Toplam	69,980	199			
SQ2	Gruplar Arası	0,521	3	0,174	1,001	0,393*
	Gruplar İçi	33,966	196	0,173		
	Toplam	34,487	199			
SQ3	Gruplar Arası	0,670	3	0,223	0,792	0,500*
	Gruplar İçi	55,283	196	0,282		
	Toplam	55,953	199			
SQ4	Gruplar Arası	1,219	3	0,406	1,986	0,117*
	Gruplar İçi	40,101	196	0,205		
	Toplam	41,320	199			
SQ5	Gruplar Arası	0,041	3	0,014	0,052	0,984*
	Gruplar İçi	51,048	196	0,260		
	Toplam	51,089	199			
SQE	Gruplar Arası	0,162	3	0,054	0,378	0,769*
	Gruplar İçi	27,989	196	0,143		
	Toplam	28,151	199			
SQA	Gruplar Arası	0,140	3	0,047	0,317	0,813*
	Gruplar İçi	28,776	196	0,143		
	Toplam	28,916	199			

*P>0,05

2.7. Yaş Grupları Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların yaş grupları açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları Tablo-26’da gösterilmiştir. Tablo-26’da görüldüğü üzere EÜTFHHB 'nde SERVQUAL skorları açısından farklı yaş gruplarında bulunan katılımcıların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmamaktadır. Bu nedenle EÜTFHHB 'nde farklı yaş gruplarında bulunan katılımcıların sunulan hizmetlere yönelik kalite algı düzeyleri açısından bir fark olmadığı söylenebilir. Buna göre; “Hastaların yaşı hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.” (H06) kabul edilmiştir.

Tablo 26: Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F Değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Gruplar Arası	0,621	3	0,207	0,585	0,625
	Gruplar İçi	69,359	196	0,354		
	Toplam	69,980	199			
SQ2	Gruplar Arası	1,205	3	0,402	2,366	0,072
	Gruplar İçi	33,282	196	0,170		
	Toplam	34,487	199			
SQ3	Gruplar Arası	1,363	3	0,454	1,631	0,183
	Gruplar İçi	54,590	196	0,279		
	Toplam	55,953	199			
SQ4	Gruplar Arası	1,215	3	0,405	1,980	0,118
	Gruplar İçi	40,105	196	0,205		
	Toplam	41,320	199			
SQ5	Gruplar Arası	0,908	3	0,303	1,182	0,318
	Gruplar İçi	50,181	196	0,256		
	Toplam	51,089	199			
SQE	Gruplar Arası	0,827	3	0,276	1,978	0,119
	Gruplar İçi	27,324	196	0,139		
	Toplam	28,151	199			
SQA	Gruplar Arası	0,672	3	0,224	1,553	0,202
	Gruplar İçi	28,244	196	0,144		
	Toplam	28,916	199			

2.8. Hastalık Süresine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastalık süresinin hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratıp yaratmadığının test edilebilmesi için verilere tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tablo-27’de varyans analizi sonuçları gösterilmiştir. Analiz sonuçları “empati” boyutu dışında tüm boyutlar ile eşit ve ağırlıklandırılmış SERVQUAL skorları açısından katılımcıların skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Varsyans analizi ve çoklu karşılaştırma (Post Hoc- Tukey HSD) sonuçlarına bakıldığında “fiziksel özellikler” boyutunda bir yıldan az süredir diyaliz hastası olanların, on bir-yirmi yıl arası süreden beri hasta olanlara ($p=0,005$) yine bir-on yıl arası olanların on bir- yirmi yıl olanlara göre hizmet kalitesini olumlu değerlendirdikleri görülmektedir ($p=0,002$).

Aynı durumun “güvenilirlik” boyutu açısından ele aldığımızda ise bir yıldan az süredir diyaliz hastası olanların, on bir-yirmi yıl arası süreden beri hasta olanlara ($p=0,005$)göre, yine bir-on yıl arası olanların on bir- yirmi yıl olanlara göre hizmet kalitesini olumlu değerlendirdikleri görülmektedir($p=0,007$).

“Heveslilik” boyutu açısından ilgili grupların ortalamalarına baktığımızda ise bir yıldan az süredir diyaliz hastası olanların, on bir-yirmi yıl arası süreden beri hasta olanlara göre hizmet kalitesini olumlu değerlendirdikleri görülmektedir ($p=0,027$).

” Güven” boyutu açısından baktığımızda bir yıldan az süredir diyaliz hastası olanların, on bir-yirmi yıl arası süreden beri hasta olanlara göre hizmet kalitesini olumlu değerlendirdikleri ($p=0,008$); yine aynı boyutta bir-on yıl süredir hasta olanların on bir –yirmi yıldır hasta olanlara göre sunulan hizmetleri daha olumlu değerlendirdikleri görülmektedir ($p=0,007$).

Eşit ağırlıklı SERVQUAL skorları açısından baktığımızda bir yıldan az süredir diyaliz hastası olanların, on bir-yirmi yıl arası süreden beri hasta olanlara göre hizmet kalitesini olumlu değerlendirdikleri ($p=0,000$) yine bir-on yıl süredir hasta olanların on bir –yirmi yıldır hasta olanlara göre sunulan hizmetleri daha olumlu değerlendirdikleri ($p=0,001$) görülmektedir.

Ağırlıklı SERVQUAL skorları açısından katılımcıların ortalamaları arasındaki farklara baktığımızda bir yıldan az süredir diyaliz hastası olanların, on bir-yirmi yıl arası süreden beri hasta olanlara göre hizmet kalitesini olumlu değerlendirdikleri ($p=0,001$) yine bir-on yıl süredir hasta olanların on bir –yirmi yıldır hasta olanlara göre sunulan hizmetleri daha olumlu değerlendirdikleri ($p=0,000$) görülmektedir. Bu durumda “Hastalık süresi hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.” (H07) reddedilmiştir.

Tablo 27: Hastalık Süresine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F Değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Gruplar Arası	4,707	3	1,569	4,711	0,003*
	Gruplar İçi	65,273	196	0,333		
	Toplam	69,980	199			
SQ2	Gruplar Arası	2,004	3	0,668	4,031	0,008*
	Gruplar İçi	32,482	196	0,166		
	Toplam	34,487	199			
SQ3	Gruplar Arası	2,423	3	0,808	2,957	0,034*
	Gruplar İçi	53,531	196	0,273		
	Toplam	55,953	199			
SQ4	Gruplar Arası	2,218	3	0,739	3,707	0,013*
	Gruplar İçi	39,102	196	0,199		
	Toplam	41,320	199			
SQ5	Gruplar Arası	1,770	3	0,590	2,345	0,074**
	Gruplar İçi	49,319	196	0,252		
	Toplam	51,089	199			
SQE	Gruplar Arası	2,286	3	0,762	5,774	0,001*
	Gruplar İçi	25,865	196	0,132		
	Toplam	28,151	199			
SQA	Gruplar Arası	2,309	3	0,770	5,670	0,001*
	Gruplar İçi	26,607	196	0,136		
	Toplam	28,916	199			

* $p<0,05$, ** $p>0,05$

SONUÇ

Çok yönlü ve büyük bir değişimin yaşandığı günümüzde, hastaneler güçlü rekabet ortamında yer almaktadır. Bu rekabetin bir sonucu olarak; sağlık işletmeleri, varlıklarını devam ettirebilmek amacıyla verdikleri hizmetin kalitesini de sürekli olarak geliştirmek zorundadırlar. Bu zorunluluk sadece özel sağlık işletmelerini değil, değişen yönetim anlayışıyla ve uluslararası kalite standartlarının uygulanmaya başlanmasıyla birlikte kamuya bağlı hizmet veren tüm sağlık işletmelerini de içine çekmiştir. Sağlık işletmeleri, gerek kalite iyileştirme çalışmalarına başlamadan önce mevcut düzeyin tespit etmek ve gerekse bir takım iyileştirmeler sonucundaki değişiklikleri öngörebilmek amacıyla, müşteri beklenti ve algıları üzerine çalışmalar yapmak zorundadırlar.

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti; hastaların sağlık hizmetinden aldıkları ya da bekledikleri faydalara, hastalığındaki olumlu gelişmelere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo-kültürel değerlere uygunluğuna bağlı bir fonksiyon olarak karşımıza çıkmakla beraber, sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde de önemli bir yere sahiptir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli belirleyicilerden ve sağlık hizmetlerinin temel çıktılarından biridir. Kaliteyi sağlama, onu sürekli güvence altında tutma ve geliştirme rastlantılarla değil sistemli çalışmalarla gerçekleşir.

Günümüzün hızla gelişen ve giderek daha rekabetçi hizmet sunan sektörlerden biri olan sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi önemli bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, hizmetlerin tekrar gözden geçirilmesi ve gerekli düzeltici önlemlerin alınması açısından sağlık kurumları yöneticilerine önemli ipuçları sağlayacaktır.

Bu tez çalışması kapsamında yapılan araştırmada SERVQUAL ölçeği kullanılarak EÜTFHHB hastalarının hastaneden aldıkları hizmetlere yönelik kalite algıları ölçülmüştür. Araştırma sonuçları söz konusu hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeylerini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin güvenilir olduğuna işaret

etmektedir. Araştırmada ayrıca sağlık işletmelerinde hastaların bakış açısı ile en önemli ve en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutları tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan birisi de; hastaların bakış açısında algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiğinin belirlenmesidir.

Daha önce de ifade edildiği gibi SERVQUAL ölçeği kullanılarak bir taraftan hastanelerin boyutlar bazında sunduğu hizmetin kalite düzeyi ölçülebilmekte, diğer taraftan hesaplanan eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları sayesinde hastanelerin sunduğu hizmetin toplam kalite düzeyi değerlendirilebilmektedir. Araştırmada EÜTFHBB 'nde boyutlar bazında, eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorlarının negatif olduğu tespit edilmiştir. Boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde; “fiziksel özellikler” boyutunda algılanan hizmet kalitesinin en yüksek olduğu; “empati” boyutunda ise algılanan hizmet kalitesinin en düşük olduğu ve bu boyutu sırasıyla “güvenilirlik”, “heveslilik” ve “güven” boyutları izlediği belirlenmiştir. Hastane yöneticileri kalite ile ilgili stratejilerini düzenlerken diyaliz merkezinin genel görünüşünü, modern araç gereç ve donanımını iyileştirme çalışmalarını dikkate almalıdır.

Beklenti ve algı ifadelerine verilen puanlar ile ifadeler ve boyutlar bazında elde edilen SERVQUAL puanları hastane yönetimlerine, sunulan hizmet kalitesinin seviyesi ve öncelikli olarak iyileştirme yapılması gereken hizmetlerle ilgili fikir verse dahi, tek başına yeterli değildir. Sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek ve iyileştirme çalışmalarında hangi hususlara öncelik verilmesi gerektiğini daha doğru belirleyebilmek için, hastaların hizmet kalitesi boyutlarına verdikleri önemde bu değerlendirmenin içine alınması gerekmektedir. Bu sayede kalite geliştirme kaynaklarının stratejik dağılımı ile ilgili fırsatlar görülebilecektir.

Sağlık işletmeleri alanında yapılan birçok araştırmada görülmüştür ki sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve hizmetin doğru ve güvenilir bir şekilde verilmesi gerekliliği “güvenilirlik” boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. Bilinenin aksine yaptığımız araştırmada çarpıcı bir sonuç olarak EÜTFHBB' nin “fiziksel özellikler” boyutunun “güvenilirlik” boyutundan daha

yüksek çıktığı görülmüştür. Bunun en önemli sebebininse hemodiyaliz hastalarının, diyaliz makinalarına verdikleri önemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda daha önce ifade edildiği gibi kalite boyutlarının önem derecelerinin tespit edilmesine yönelik 100 puanın dağıtılması hastalar için hangi hizmet kalitesi boyutunun diğerlerinden daha önemli olduğunun anlaşılmasına olanak vermektedir. Diyaliz merkezlerinde son model yeni diyaliz cihazlarının kullanılması hastalar tarafından daha iyi tedavi oldukları kanısı oluşturmaktadır. Ayrıca, ülkemizde kamu hastanelerinde diyaliz merkezleri olarak yeterli sayıda olmadığından özel diyaliz merkezleri çok sayıda bulunmaktadır. Rekabetin çok güçlü olduğu özel diyaliz merkezleri çekiciliği arttırmak için hastalara modern cihazlar, seans sırasında rahat koltuklar, teknolojik iletişim araçları, seans sonrası ulaşım gibi hastalara sundukları olanaklar ile fiziksel özellikler boyutunda cazip hale gelmek için çabalamaktadır. Diğer taraftan “empati” boyutları hastaların büyük çoğunluğu tarafından en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirilmiştir. Buna göre kendisini hasta yerine koyma ve hastalara kişisel ilgi gösterme yeteneği anlamına gelen “empati” boyutu hastalar tarafından en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirilmiştir. Yaptığımız çalışmada hemodiyaliz hastalarının önem verdikleri hizmet kalitesi boyutlarının diğer hastalardan farklı çıkması, tedavi yöntemindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastalar tarafından en fazla puanın fiziksel özellikler boyutuna, en az puanın da empati boyutuna verilmesi; hastaların, diyaliz seanslarında modern araç gereç ve görsel çekiciliğin öneminin, hastalara özel ilgi gösterilmesinden daha fazla önemli buldukları şeklinde ifade edilebilir. Hastane yönetimleri, iyileştirme çalışmaları için planlama yaparken, hastaların kalite boyutlarına verdikleri önemi dikkate almalıdır. Hastanenin “empati” boyutu açısından performansı hastaların beklentilerini karşılamaya yakın olduğundan bu alanlara yönlendirilecek yatırımlar kısıtlanabilir. Ancak, çalışanların kendilerini hastaların yerine koyarak bu duyarlılıkla hizmet sunmalarının hasta memnuniyeti sağlanmasında avantaj yaratacağını göz ardı edilmemelidir.

Genel olarak hastaların beklenti ve algılama temelinde hizmetlere yönelik kalite algılarını ölçtüğümüzde genel olarak beklentilerini karşılayamadığı görülmektedir. Ancak, hastaların büyük çoğunluğu, EÜTFHHB' nin hizmet kalitesini “iyi” olarak değerlendirmiştir. Üniversite hastanesi olması nedeniyle hastaların beklentileri daha ileri teknoloji diyaliz cihazları ile diyaliz seansı olmaktır. Hizmet kalitesini akut hastalar kroniklere göre, bekar hastalar evlilere göre daha olumlu değerlendirmişken, problem yaşayan hastalar problem yaşamayanlara göre daha olumsuz değerlendirmiştir. Ayrıca hastalık süresinin az olması bütün boyutlar açısından hastalık süreci uzun olanlara kıyasla daha olumlu değerlendirmelerine sebep olmuştur. Bu durumun hastalık süresi kısa olan hastaların deneyimlerinin de az olmasından, uzun süredir diyaliz olan hastaların deneyimlerinin ve tükenmişliklerinin ise fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SERVQUAL Ölçeğinin hastaların beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçme imkanı sağlaması ve bu yöntemle algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, sağlık işletmelerinin öz eleştiri yaparak sunmuş olduğu hizmetleri değerlendirmesi açısından sağlık işletmesi yöneticilerine önemli bilgiler sağlamaktadır. Sunulan hizmetlerin tatminkar ya da yüksek kalitede algılanabilmesi için öncelikle hizmet alan hastaların beklentilerinin karşılanması veya aşılması gerekmektedir. SERVQUAL Ölçeği hizmet kalitesinin değerlendirmesi ve bazı stratejik kararların alınmasında sağlık işletmeleri yöneticilerine bazı önemli ip uçları vermektedir. Bu nedenle sağlık işletmesinin algılanan hizmet kalitesi düzeyinin belirlenmesi, kalite iyileştirme çalışmaları açısından iyi bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada elde edilen diğer önemli bulgulardan birisi de, algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiğinin belirlenmesidir. EÜTFHHB' nde algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiği ile ilgili elde edilen bazı önemli bulgular aşağıda belirtilmiştir:

- Hizmet alım süreçlerinde herhangi bir problem yaşamamış olan hastaların problem yaşayanlara göre hastanenin sunduğu hizmetleri daha kaliteli algıladığı belirlenmiştir. Bu sonuç, her hizmet sektöründe beklenen bir sonuçtur.

Problem yaşamak, negatif etki taşıdığından genel hizmet değerlendirmesinde algılanan kaliteyi büyük ölçüde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle hizmet alan hastaların önerileri dikkate alınarak problemler ivedilikle çözüme ulaştırılması gerekmektedir. Özellikle fiziksel özellikler boyutunda konunun sağlık hizmeti olması ve sonucun insan hayatını etkilemesi nedeniyle hastaların modern araç-gereç ve donanımının daha iyi hizmet alımındaki etkileri konusundaki hassasiyetinin ön plana çıktığı görülmektedir. Hastane yönetiminin hizmet sunumunda aksaklıklara yol açan problemlere öncelik vererek modernizasyon planı oluşturması yerinde olacaktır. Bu amaçla yönetimin hizmet sunum süreçlerindeki eksiklikleri, engelleri ve problemleri tespitiye yönelik araştırma yaparak durum sorgulaması yapılması önerilir.

- Akut hemodiyaliz hastalarının kronik hemodiyaliz hastalarına göre sunulan hizmetleri daha kaliteli olarak algıladıkları belirlenmiştir. Bunun en önemli sebeplerinden biri akut hastaların kronik hastalara göre daha az deneyime sahip oluşudur. Kronik hastalar uzun yıllar farklı diyaliz merkezlerinde tedavi görmüş, farklı diyaliz makinaları ile seanslara girmiş ve farklı sağlık personelinin bilgi, beceri ve tecrübesini deneyimlemişken, akut hastalar için bu deneyim oldukça azdır. Bu sebeplerden ötürü hastane yönetimi hemodiyaliz biriminde yapacağı yeniliklerde ya da diyaliz merkezinin iyileştirme çalışmalarında kronik hastaların istek şikayet ve beklentilerini göz önüne alarak değerlendirme yapabilir. Böylelikle hastaların kalite algısını yükseltmek için hastane yönetiminin hastaların beklentilerini öğrenerek diyaliz merkezinin yalnızca teknik kalitesini değil, fonksiyonel kalitesine de arttırması da önerilebilir.

- Hastaların cinsiyet değişkeninin hizmet kalite boyutları bazında önemli bir farklılık yaratmadığı bu sebeple hastane yönetiminin konuyla ilgili yapacağı iyileştirmelerde cinsiyet değişkenini önemli bir ipucu olarak almaması önerilmektedir.

- Hemodiyaliz birimindeki hastaların medeni durum değişkeninin hizmet kalite boyutları değerlendirildiğinde “güvenilirlik”, “heveslilik” ve “güven” boyutları açısından katılımcıların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Ortalamalara bakıldığında anılan üç boyutta da bekar hastaların evlilere göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri görülmektedir. Bekar hastalar hemodiyaliz merkezinin söz verdiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde

yerine getirdiğini, deneyimli ve el manipilasyonu gelişmiş deneyimli bir ekibin kendilerine hizmet sunduğunu, ayrıca çalışan personelin işini hevesli bir şekilde yaptığını düşünmektedir. Hastane yönetiminin özellikle güvenilirlik, heveslilik ve güven boyutları açısından evli hastaları mercek altına alarak tercihlerini etkileyen nedenleri araştırmalı ve çözüm önerilerini dikkate almaları önerilmektedir. Böylelikle evli hastaların da kalite algıları yükseltilmeye çalışılabilir.

- Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumunun, hizmet kalitesini değerlendirmede üzerine bir etki yaratmadığı ortaya koyulmuştur. Eğitim seviyesinin getirdiği bilinç düzeyinin beklenti ve algıları etkilediği gerçeği, hemodiyaliz gibi spesifik bir alanda anlamlı bir fark yaratmamıştır. Sağlık çalışanları arasında dahi her doktor veya her hemşire diyaliz cihazlarından ve tedavisinden anlamamaktadır. Bunun için sağlık bakanlığının belirli zamanlarda açtığı diyaliz sertifikası kursları vardır. Bu sebeplerden ötürü hastane yönetimi eğitim konusunda öncelikle diyaliz merkezi çalışanlarının eğitimlerine önem vermeleri önerilir.

- Hemodiyaliz hastalarının yaş durumunun, hizmet kalite boyutları bazında önemli bir farklılık yaratmadığı bu sebeple hastane yönetiminin konuyla ilgili yapacağı iyileştirmelerde yaş değişkenini önemli bir ipucu olarak almaması önerilmektedir.

- Hemodiyaliz hastalarının hastalık süresine bakıldığında hizmet kalite boyutları bazında anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür. Bir yıldan az hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, uzun yıllar hemodiyaliz tedavisi gören hastalara nazaran fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati gibi kalite boyutlarını daha olumlu bulmuştur. Daha önce akut ve kronik hastaların kalite algılarında olduğu gibi hastalık süresi de hastanın deneyim kazanmasında büyük rol oynamaktadır. Diyaliz seanslarında vakit geçirdikçe yani hastalık süresi uzadıkça hastanın kalite algısı da değişmektedir. Bu sebeplerden ötürü hastane yönetimi hastaların diyaliz seansları boyunca rahat ve konforlu bir şekilde diyaliz olmalarını sağlayabilir ayrıca bu konuda deneyimli hastalar ile görüşerek diyaliz öncesi ve sonrası rahat etmelerini sağlayacak bilgi ve deneyimlerine başvurarak kalite ile ilgili yönetim stratejileri geliştirebilirler.

- Hastalar, hastanenin sunduğu hemodiyaliz biriminin hizmet kalitesini genel olarak “iyi” olarak değerlendirmişlerdir. Hastane yönetiminin hizmet kalitesine

yönelik olumsuz değerlendirme yapan iç müşterilerini (kötü, orta) merceğe altına alınarak sunulan hizmetlere yönelik beklenti ve algıları arasında farkın nedenlerine yönelik inceleme yapması ve buna yönelik düzeltici önlemler alması yerinde olacaktır.

Hemodiyaliz birimleri yüksek riskli alanlardır. Bu nedenle diyaliz ünitelerinde hastaların ve çalışanların güvenliği sağlanarak risk en aza indirilmelidir. Ayrıca diyaliz ünitelerinde hizmet kalite standartları uygulanarak hastaların kalite algıları yükseltilmelidir. Örneğin hasta nakil araçları ile hastaların güvenli nakilleri sağlanabilir. Uygun şartları taşıyan bina durumu ile asansör, ısıtma sistemi, hasta kabul dinlenme salonu, soyunma odaları ile hastaların rahat fiziksel koşulları sağlanabilir. Kadın ve erkek hastalar için düzenlenmiş hasta tuvaleti ve lavabo bulunmalı, personel için ayrı tuvalet bulundurulmalıdır.

Diyaliz birimi yöneticilerine diyaliz kalite standartları açısından önerilerde bulunulduğunda; tam donanımlı acil müdahale seti bulundurulmalı, diyaliz makinalarının teknik bakımları düzenli aralıklarla yaptırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bununla birlikte hemodiyaliz ünitelerinde özel olarak su arıtma sistemleri bulunmalı ve suların analizleri günlük olarak yaptırılmalıdır. Ayrıca hemodiyaliz ünitelerinde hassas tartı sistemi bulundurularak hastalar her seans öncesi ve sonrası tartılmalıdır. Diyaliz merkezlerinde enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir program olmalı, personel için yeterli sayıda koruyucu ekipman bulundurulmalıdır. Diyaliz makinalarının dezenfeksiyon işlemi her diyaliz seansı sonrasında yapılmalıdır. Diyaliz merkezlerinde çalışan personelin sağlık taramaları periyodik olarak yapılmalı, hastaların taramaları sonucu serolojilerine göre uygun makine de diyaliz olmaları sağlanmalıdır. Hemodiyaliz birimlerinde görev yapan personelin periyodik eğitimleri verilmeli, hastalara hastalıkları ve dikkat etmeleri hususlar konusunda (fistül bakımı, katater bakımı vb.) eğitimler verilmesi tarafımızdan önerilmektedir.

Belirli periyotlarla, sürekli yapılacak hizmet kalitesi ölçümleri zaman içinde EÜTFHKB'nin hizmet kalitesinde meydana gelen değişiklikleri görebilme imkânı tanıyacak ve yeni yapılacak çalışmalar için doğru karar verme yönünde yönetime

katkı sağlayacaktır. Bu amaçla hizmet kalitesinin ölçülmesi konusunda yönetim tarafından bir prosedürün oluşturulması tarafımızdan önerilmektedir.

SERVQUAL Ölçeği EÜTFH genelinde uygulanabileceği gibi EÜTFH' nde bulunan her bir klinik için bağımsız olarak da uygulanabilir. Böylece, SERVQUAL skorları sayesinde genel hizmet kalitesini olumsuz etkileyen her kliniğe yönelik direkt iyileştirme faaliyetleri yapılabilir. Ayrıca EÜTFHHB' nin rakip diyaliz merkezlerinin SERVQUAL skorlarına göre rekabet politikasına yön vermesi mümkündür. Her ne kadar devlete bağlı üniversite hastanesi olsa bile günümüz rekabetçi ortamında hizmet kalitesinin bu şekilde ölçülmesi ve rakip firmaların göz önüne alınarak değerlendirilmesi önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

Gelecekte yapılan araştırmalarda, bu araştırma temelinde hemodiyaliz hastalarının hizmet kalitesi algı ve beklentileri ile çalışan sağlık personelin hizmet kalitesi algı ve beklentilerinin ayrı ayrı ölçülerek ya da özel diyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalar ile EÜTFHHB hastalarından elde edilen verilerin karşılaştırmalı olarak incelenmesi önerilebilir. Böylece elde edilen verilerin hizmet kalitesini değerlendirme açısından yönetim kararlarına rehberlik etmede daha iyi sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

Hemodiyaliz birimlerinde, algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, pahalı bir tedavi yöntemi olan hemodiyalizin hastalara uygulanırken kısıtlı imkanları olan bu birimlerin maliyetlerinin düşürülmesi, rekabet avantajı elde etme açısından önemli faydalar sağlayacaktır. Ayrıca yönetim tarafından hemodiyaliz hastalarının beklenti ve algıları öğrenilerek gereksiz yatırımların önüne geçilerek, doğru yatırımlar yapılarak hemodiyaliz biriminin hizmet kalitesi yükseltilecektir.

KAYNAKÇA

- Akar.Ç.- Özalp.H., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998.
- Akat.İ.-Budak.G., İşletme Yönetimi, İzmir, 1999.
- Akdemir.A., İşletmeciliğin Temel Bilgileri, Ankara, 2008.
- Akdur.R., "Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler", Halk Sağlığı Dergisi, C.1, S.10, Ankara, 1998.
- Akdur.R., Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum, Ankara, 2003.
- Aktan.C.C., "Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması", Türk İdare Dergisi, S.425, Aralık, 1999.
- Aktan.C.C., "Çağdaş Yönetim Anlayışı: Toplam Kalite", Yeni Türkiye Kalite Özel Sayısı Dergisi, S.5, İstanbul, 1999.
- Alpugan.O., Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye'de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlemesi, EÜ, SBE, YYLT, İzmir, 1981.
- Altunışık.R.-Özdemir.Ş.-Torlak.Ö., Modern Pazarlama, İstanbul, 2002.
- Bozkurt.R.-Odaman.A., ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri, Ankara, 1995.
- Bozkurt.R., "Hizmet Endüstrisinde Kalite", Verimlilik Dergisi, C.3, S.427, Ankara, 1995.
- Bulgan.U.-Gürdal.G., Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi? Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlaması, ÜNAK'05, Kadir Has Üniversitesi, İstanbul, 2005.
- Can.H., Organizasyon ve Yönetim, Ankara, 1999.

- Çatalca, H., Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2003.
- Deming. W.E., Krizden Çıkış, (Çev. Akaş.C), İstanbul, 1998.
- Demirkan.M., Toplam Kalite Yönetimi ve Türk İlişkileri Sistemine Etkileri, Sakarya, 1997.
- Devebakan.N., Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2007.
- Devebakan.N., Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümü, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 2005.
- Devebakan.N.-Aksaraylı.M., "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesinde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması", DEÜ, SBE Dergisi, C.5, S.1., İzmir, 2003.
- Dinçer.Ö., Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, 2003.
- Efil.İ., Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç: ISO 9000 Kalite Güvence Yönetimi, İstanbul, 2003.
- Erbaşı.A.- Ersöz.S., Toplam Kalite Yönetimi Ahilik İlişkisi, Ankara, S.515, 2004.
- Eren.E., Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2011.
- Hayran.O.-Sur.H., Sağlık ve Sağlık Kavramları, Hastane Yöneticiliği, (Ed.O.Hayran-H.Sur), İstanbul, 1997.
- Hayta.H., Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması ve Denizli İl Merkez Örneği, Muğla Üniversitesi (MÜ), SBE, YYLT, Muğla, 2008.
- Imai, M., Kaizen-Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı, (Çev.Kalder-Brisa), İstanbul, 2003.
- Karafakıoğlu, M., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul, 1998.
- Karahan.K., Hizmet Pazarlaması, İstanbul, 2000.

- Kavuncubaşı.Ş.- Yıldırım, S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010.
- Kaya.S.-Tengilimoğlu.D.- Işık.O.-Akbolat.M.-Yılmaz.A., Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, (Ed.Kaya.S.), Eskişehir, 2013.
- Kaya.İ., Muhterem Müşterilerimiz, İstanbul, 2000.
- Kısa.A., Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2002.
- Koparal.C., Yönetim ve Organizasyon, Eskişehir, 1997.
- Koroğlu.E., Sağlık Mevzuatı, Ankara, 1987.
- Kurtulmuş.S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998.
- Küçükaksu.C.-Ünlü.S.-Yarıcı.T.-Mahmutoğlu.L., "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi", Hastane Yaşam Dergisi, C.1, S.1, 2004.
- Menderes.M., “Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi” Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar (Ed.H.Seçim), Eskişehir, 1995.
- Morbil.O.-Küçükçirkin.M., TOBB’ın Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı, 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, (Ed.M.Çoruh), Ankara,1995.
- Odabaşı.Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2001.
- Odabaşı,Y., Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi, Ankara, 2000
- Özkan.Y., Toplam Kalite, Sakarya, 2005.
- Öztürk.A.S., Hizmet Pazarlaması, İstanbul, 2003.
- Özçakar.N., Bir Kamu Kuruluşundaki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi, İÜİF Dergisi, C.39, S.1, İstanbul, 2010.
- Öztürk.A.S., "Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin Arttırılması, Verimlilik Dergisi", S.2, Ankara, 1996.

- Özdamar.K., Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1, Eskişehir, 1999.
- Sevimli, S., Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama, DEÜ, SBE, YYLT, İzmir, 2006.
- Şenturan.Ş.,Yönetmel ve Örgütsel Açından İnsan Kaynakları,İstanbul,2007.
- Şimsek.M.,Toplam Kalite Yönetimi, Gözden Geçirilmiş, İstanbul, 2001.
- Şimsek.M.,Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2004.
- Şimşek.M., Sorularla Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri, İstanbul, 2000.
- Taşçı.D.-Eroğlu.E.-Çabuk.S.N.-Duman.G.-Ağlargoş.O.-Erdemir.E.-Özsoy.E.A., Kalite Yönetim Sistemleri, (Ed.D.Taşçı-S.N.Çabuk), Eskişehir, 2013.
- Tanrıverdi.H.-Erdem.Ş., "Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama", Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, S.1., 2010.
- Tekin. M., Üretim Yönetimi, Konya,1996.
- Tengilimoğlu, D.- Işık, O.-Akbolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009.
- Tengilimoğlu.D.-Çalık.C., "Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar Ve Çözüm Önerileri", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, S.3, 2000.
- Tengilimoğlu. D.-Çıtak. N., Yönetici ve Tıp Sekreterliği, Ankara, 2003.
- Tütüncü.Ö.-Yağcı.K.-Küçükusta.D., "Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi", DEÜ, SBE Dergisi, C.8,S.1,İzmir, 2001.
- Uyguç, N., Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım, İzmir, 1998.
- Uyguç.N., Hizmet Kalitesi Olgusunun Analitik Bir Yaklaşımla İncelenmesi, DEÜ, SBE, YDT, İzmir, 1992.

- Vavra, T.G., Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları, İstanbul, 1999.
- Yanık.A., Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, İÜ, SBE, Doktora Tezi, İstanbul,2000.
- Yazgan.M.,Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, DEÜ,SBE, YYLT, İzmir, 2009.
- Yeğinboy.E.Y., Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, İzmir,1993.
- Yenersoy, G., Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 1997.
- Yenersoy.G., Toplam Kalite Yönetimi: Mükemmeli Arayış Yolculuğuna İlk Adım, İstanbul, 1997.
- Zorlutuna.Y., Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, (Ed.Çoruh.M.), Ankara, 1997.
- Saat, M.,“Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi”, Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi, C.1, S.3, Ankara, 1999, <http://dergi.iibf.gazi.edu.tr/dergi> (Erişim Tarihi: 20.06.2014).
- <http://www.devadım.com/pagelist./konu.php?> (Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2013)
- <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular> (Erişim Tarihi:25.11.2014)

ÖZGEÇMİŞ

02.01.1981 İskenderun'da doğumluyum. İlk öğrenimimi Çanakkale ve İzmir/Foça da, orta öğrenimimi Foça'da tamamlayıp lise öğrenimimi Gaziantep'de tamamladım. Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksek okulundan 2003 yılında mezun oldum. Ankara Başkent Hastanesi olmak üzere bir çok özel ve kamu hastanesinde çeşitli birimlerde görev aldım. İki yıl ilaç firmasında eğitim hemşiresi olarak çalıştım. 2007 yılından bu yana Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde 3 yıl, Anestezi Yoğun Bakım ve Reanimasyon'da 5 yıl olmak üzere spesifik yerlerde görev aldım. 2011 yılından itibaren Ege Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Biriminde çalışmaktayım. 2012 yılında Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans eğitimime başladım. 2012 yılında evlendim. 2014 yılında bir oğlum oldu.

Aday : Burcu Aylin Bayhan

EK-1: ANKET FORMU**HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE ALGILANAN SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ****Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Değerli Hemodiyaliz Hastaları,**

Elinizdeki anket soruları siz hemodiyaliz hastalarınızın aldığınız hizmetlere yönelik kalite algılarınızı ölçmek amacıyla hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar bir yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Vakit ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim.

BurcuAylinBayhan**Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yüksek Lisans Programı**

Hemodiyaliz Hizmeti alan bir hasta olarak, lütfen geçmiş tecrübelerinizi de göz önünde bulundurarak “**mükemmel kalitede sağlık hizmeti veren hastanelerin**” aşağıdaki sorularda belirtilen hangi özelliklere sahip olması gerektiğini düşünerek soruları yanıtlayınız. Eğer soru önermesinde belirtilen özelliğin **bir hastanenin mükemmel hizmet vermesi için mutlaka gerekli olmadığını düşünüyorsanız** “1” rakamını, **mutlaka gerekli olduğunu düşünüyorsanız** “5” rakamını işaretleyiniz. Ayrıca düşüncelerinizle orantılı olarak ara değerler olan;2,3,4’ü de işaretleyebilirsiniz.

1.Bölüm**Kesinlikle Katılmıyorum=1****Kesinlikle Katılıyorum=5**

E1	Hastaneler modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E2	Hastanelerin fiziksel imkanları(iç ve dış binalar,dekor,ışıklandırma,mobilya vb.)görsel açıdan çekici olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E3	Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E4	Hastaneler hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine .	①	②	③	④	⑤
E5	Hastane çalışanları hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E6	Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E7	Hastane çalışanları hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	①	②	③	④	⑤
E8	Hastane çalışanları hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	①	②	③	④	⑤
E9	Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E10	Hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	①	②	③	④	⑤
E11	Hastane çalışanları bilgili olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E12	Hastane çalışanları kibar olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E13	Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	①	②	③	④	⑤
E14	Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	①	②	③	④	⑤
E15	Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	①	②	③	④	⑤

Aşağıda 5 madde halinde sıralanmış olan ifadeler hastaneler ve sağladıkları hizmetlerle ilgilidir. Bir hemodiyaliz hastası olarak siz, bir hastanenin verdiği hizmetin kalitesini değerlendirirken, aşağıdaki 5 maddede belirtilen özelliklerin hangisinin sizin için daha fazla değerli olduğunu düşünürsünüz?

Lütfen düşünceniz doğrultusunda 100 puanı aşağıdaki 5 özellik arasında paylaşınız. Eğer özelliklerden birisi sizin için diğerlerinden daha önemliyse o özellik için daha fazla puan veriniz. Lütfen 5 özellik arasında bölüştürünüz puanların toplamının 100 olmasına dikkat ediniz.

II. Bölüm

1	Hastanenin araç-gereç ve donanımının modernliği. Binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	puan
2	Hastanenin söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	puan
3	Hastanenin hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	puan
4	Hastane çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	puan
5	Hastanenin hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	puan
Toplam		100 puan

- Bir hastanenin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en önemlisidir? Lütfen numarasını yazınız: (.....)
- Bir hastanenin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en az önemlidir? Lütfen numarasını yazınız: (.....)

Aşağıdaki soru önermeleri şu anda hizmet aldığınız **Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi** ile ilgilidir. **Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi**'nin hizmetleriyle ilgili aşağıda belirtilen özelliklere ne derecede katıldığınızı belirtiniz. Eğer sorulardaki ifadelerle kesinlikle katılmıyorsanız “1” i, kesinlikle katılıyorsanız “5”i işaretleyiniz. Ayrıca düşüncelerinizle orantılı olarak ara değerler olan; 2,3, ve 4’ü de işaretleyebilirsiniz.

III.Bölüm

Kesinlikle Katılmıyorum=1 Kesinlikle Katılıyorum=5

P1	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi modern araç-gereç ve donanımına sahiptir.	①	②	③	④	⑤
P2	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin fiziksel imkanları (İç ve dış binalar,dekor,ışıklandırma,mobilya vb.)görsel açıdan çekicidir.	①	②	③	④	⑤
P3	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	①	②	③	④	⑤
P4	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi hizmetlerini söz verdiği zaman yerine getirir.	①	②	③	④	⑤
P5	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi çalışanları,hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.	①	②	③	④	⑤
P6	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi faturalama işlemlerini doğru olarak yapar.	①	②	③	④	⑤
P7	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylerler.	①	②	③	④	⑤
P8	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda veririr.	①	②	③	④	⑤
P9	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları, her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.	①	②	③	④	⑤
P10	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissedir.	①	②	③	④	⑤
P11	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları bilgilidir.	①	②	③	④	⑤
P12	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları kibardır.	①	②	③	④	⑤
P13	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır.	①	②	③	④	⑤
P14	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir.	①	②	③	④	⑤
P15	Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin çalışanları hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar.	①	②	③	④	⑤

- 1) Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin hizmet kalitesini göz önüne aldığınızda hastane ile ilgili genel izleniminiz nedir?
 - ☐ Çok Kötü
 - ☐ Kötü
 - ☐ Orta
 - ☐ İyi
 - ☐ Çok İyi
- 2) Başka seçeneklerim olsa bile gelecekte yine de Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Biriminden hizmet almak isterim (Lütfen ne derecede katıldığınızı belirtiniz)
 - ☐ Kesinlikle Katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Emin Değilim
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle Katılıyorum
- 3) Ege Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Birimi'nin hizmet sunum sürecinde bir problem yaşadınız mı? (Hayır ise 5.soruya geçiniz)
 - ☐ Evet ☐ Hayır
- 4) Yaşadığınız problem hastane yönetimi tarafından sizi tatmin edecek şekilde çözüldü mü?
 - ☐ Evet ☐ Hayır
- 5) Bir Hemodiyaliz hastası olarak sağlık sorunu yaşamanız durumunda Ege Üniversitesi Hastanesi'ni tercih eder misiniz?
 - ☐ Evet ☐ Hayır
- 6) Cinsiyetiniz:
 - ☐ Kadın ☐ Erkek
- 7) Medeni Haliniz:
 - ☐ Evli ☐ Bekar
- 8) Eğitim Durumunuz:
 - ☐ Lise ve Dengi
 - ☐ Ön Lisans
 - ☐ Fakülte/ Yüksek Okul
 - ☐ Lisansüstü (Yüksek Lisans ve Doktora)
- 9) Mesleğiniz.....
- 10) Yaşınız.....
- 11) Kaç yıldır diyaliz hastasıınız.....
- 12) Kaç yıldır ege üniversitesi hemodiyaliz biriminde diyaliz tedavisi alıyorsunuz.....
- 13) Diyaliz hastalığınız?
 - ☐ Akut
 - ☐ Kronik
14. Tedavi ücretinizi kim ödüyor
 - ☐ Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ☐ Kendim ☐ Özel Sigorta

EK-2: SERVQUAL Güvenilirlik Analizleri

Reliability

Notes		
Output Created		27-Kas-2014 12:44:20
Comments		
Input	Data	C:\Users\csp\Desktop\anket veri girişi\ANKET VERİ.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	200
	File	
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=e1 e2 e3 e4 e5 e6 e7 e8 e9 e10 e11 e12 e13 e14 e15 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA /SUMMARY=MEANS.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,000

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,903	,910	15

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	4,901	4,815	4,945	,130	1,027	,002	15

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
73,5200	14,743	3,83970	15

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	195,595	199	,983		
Within People					
Between Items	4,425	14	,316	3,325	,000
Residual	264,775	2786	,095		
Total	269,200	2800	,096		
Total	464,795	2999	,155		

Grand Mean = 4,9013

RELIABILITY

```

/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA
/SUMMARY=MEANS.

```

GUVENİLİRLİK ANALİZİ BEKLENTİ SORULARI

Notes		
Output Created		27-Kas-2014 12:46:57
Comments		
Input	Data	C:\Users\csp\Desktop\anket veri girişi\ANKET VERİ.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	200
	File	
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA /SUMMARY=MEANS.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,015
	Elapsed Time	00 00:00:00,016

[DataSet1] C:\Users\csp\Desktop\anket veri girişi\ANKET VERİ.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	200	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	200	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,659	,886	15

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p1	4,7700	,65517	200
p2	4,5450	,87280	200
p3	4,8500	,51850	200
p4	4,7500	,61595	200
p5	4,7950	,57849	200
p6	4,7950	,53329	200
p7	4,8150	,52167	200
p8	4,7400	,60351	200
p9	4,9950	3,61112	200
p10	4,7450	,56708	200
p11	4,8150	,48160	200
p12	4,7650	,52070	200
p13	4,6900	,74611	200
p14	4,7850	,58350	200
p15	4,8450	,54999	200

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	4,780	4,545	4,995	,450	1,099	,009	15

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
71,7000	47,226	6,87213	15

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	626,533	199	3,148		
Within People					
Between Items	25,130	14	1,795	1,674	,054
Residual	2987,137	2786	1,072		
Total	3012,267	2800	1,076		
Total	3638,800	2999	1,213		

Grand Mean = 4,7800