

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

103817

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE
VE
ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ**

103817

HAZIRLAYAN

Nevzat DEVEBAKAN

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. E. Yasemin YEĞİNBOY

İZMİR

2001

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ FORMU**

Tez No: **Konu Kodu:** **Üniv. Kodu:**

Not: Bu bölüm merkezimiz tarafından doldurulacaktır.

Tez Yazarının:

Soyadı: DEVEBAKAN

Adı: Nevzat

Tezin Türkçe Adı: Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi.

Tezin Yabancı Dildeki Adı: Quality in Health Care Organizations and Measuring Perceived Service Quality

Tezin Yapıldığı

Üniversite: Dokuz Eylül

Enstitü: Sosyal Bilimler

Yıl: 2001

Diğer Kuruluşlar:

Tezin Türü :

Yüksek Lisans : X

Dili: Türkçe

Doktora :

Sayfa Sayısı: 162

Tıpta Uzmanlık :

Referans Sayısı: 116

Sanatta Yeterlilik :

Tez Danışmanlarının

Ünvanı: Yard. Doç.Dr

Adı: E. Yasemin

Soyadı :YEĞİNBOY

Ünvanı:

Adı:

Soyadı:

Türkçe Anahtar Kelimeler:

1-Sağlık İşletmeleri

2-Kalite

3-Hizmet

4-Hizmet Kalitesi

5-SERVQUAL

İngilizce Anahtar Kelimeler

1-Hospitals

2-Quality

3-Service

4-Service Quality

5-SERVQUAL

Tarih: 01.08.2001

İmza:

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi “ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

...../...../2001

Nevzat DEVEBAKAN



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 04.03.2021 tarih 15. sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliğinin 9. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Nevzat DEVEBAKAN'ın "Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi" konulu yüksek lisans tezi incelenmiş ve aday 05.03.2021 tarihinde ve saat 11.20 de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 90 dakikalık süre içinde Jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından, sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna



DÜZELTME yapılmasına



RED edilmesine



OY BİRLİĞİ



OY ÇOKLUĞU



ile karar verilmiştir.

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir

** Bu halde adayın kaydı silinir.

BAŞKAN

Yrd. Doç. Dr. E. Yılmaz YERİNGİ

ÜYE

sd. Doç. Dr. K. Serket SAYIN

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Vahit PAZARLIOĞLU

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

Evet Hayır



Tez, mutlaka basılmalıdır.



Tez, mevcut hali ile basılabilir.



Tez, gözden geçirildikten sonra basılabilir



Tezin, basımı gerekliliği yoktur.



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün tarih sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliğinin 9. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi **yüksek lisans** öğrencisi **Nevzat DEVEBAKAN**'ın "**Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi**" konulu **yüksek lisans** tezi incelenmiş ve aday tarihinde ve saat de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

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

BAŞARILI olduğuna

☐

DÜZELTME yapılmasına

☐

*

RED edilmesine

☐

**

OY BİRLİĞİ

☐

OY ÇOKLUĞU

☐

ile karar verilmiştir.

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir

** Bu halde adayın kaydı silinir.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

	Evet	Hayır
*** Tez, burs, ödül veya Teşvik prog.(Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir	☐	☐
Tez, mutlaka basılmalıdır.	☐	☐
Tez, mevcut hali ile basılabilir.	☐	☐
Tez, gözden geçirildikten sonra basılabilir	☐	☐
Tezin, basımı gerekliliği yoktur.	☐	☐

ÖZET

Maliyete verilen önemin artması, değişen müşteri tutumları ve sıkı rekabet, diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de kalitenin önemini artırmıştır. Günümüzün rekabetçi ve maliyet anlayışlı pazarında, sağlık işletmelerin rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri ve süreklilikleri için, hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Günümüzde sağlık hizmeti sunucularından bir yandan düşük maliyetle çalışmaları, diğer taraftan kaliteden ödün vermemeleri beklenmektedir.

Sağlık işletmelerinin en büyük dış müşteri grubunu oluşturan hastaların, sunulan hizmetin teknik yönünü değerlendirme şansına sahip olmaması, sağlık işletmelerinde kalite olgusunun farklı bir bakış açısı ile ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık işletmelerinde tıp alanındaki profesyoneller daha çok sağlık hizmetlerinin teknik çıktıları üzerinde yoğunlaşmayı tercih ederken, sağlık kurumları yöneticileri ve pazarlamacılar hizmet kalitesinin hastalar tarafından nasıl algılandığı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Diğer taraftan günümüzün rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında teknik kalite, sağlık işletmesinin rekabet üstünlüğü kazanabilmesi için tek başına yeterli olamamaktadır. Hastaların hizmet sunumu sırasında verilen hizmetlerin teknik yönünü değerlendirememesi, sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalitenin önemimi arttırmaktadır. Sağlık işletmelerinin uzun dönemli bir başarı elde edebilmesinin anahtarlarından birisi de, teknik kalitenin yanında, hastaların hizmet kalitesi algısını ölçmek ve değerlendirmektir.

Hizmet işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden birisi de "SERVQUAL Ölçeği"dir. Bu çalışmada hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Özel Altınordu Hastanesi'nin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmüş, daha sonra her iki hastane algılanan hizmet kalitesi düzeyleri bakımından birbirleri ile karşılaştırılmıştır.

ABSTRACT

The growing importance of cost, changing customer attitudes and competition have increased the importance of quality in health care organizations as in other organizations. In today's competitive market; health care organizations should define, measure and evaluate service quality in order to gain superiority and continuity. Nowadays, it is expected to work with minimum cost without considering the quality of the service they provide from the health service providers.

It is fact that the patients, who are the biggest external customers of the health care organizations, are not able to chance to evaluate technical quality of the service. They lead to different aspect of quality in health care organizations. Managers and marketing experts in health care organizations focus on patients' perception of service quality, whereas medical professionals focus on technical outputs of service quality. However, current competitive health services market, technical quality is not sufficient for health care organizations to gain superiority. It is the fact that patients are not able to evaluate technical quality at the time they receive the service, increase the importance of functional quality in health care organizations. Besides measuring and evaluating technical quality, the key of a long-lasting success in health care organizations is to measure and evaluate patients' perception of service quality.

A widespread scale used for measuring perceived service quality in health care organizations is SERVQUAL. In this study, perceived service quality of Dokuz Eylül University Hospital and Private Altınordu Hospital were assessed by using the adapted form of SERVQUAL for hospital services. Afterwards, the two hospitals were compared with each other according to their perceived quality levels.

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

İÇİNDEKİLER

YÖK DOKÜMANTASYON MERKEZİ VERİ FORMU	I
YEMİN METNİ	II
TUTANAK	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
KISALTMALAR	IX
TABLolar LİSTESİ	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XII
GİRİŞ	XIII

BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK İŞLETMELERİ VE KALİTE KAVRAMI

1.1. SAĞLIK İŞLETMESİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI	1
1.1.1. İşletme, Sağlık ve Sağlık İşletmesi Kavramları	1
1.1.2. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri	4
1.1.3. Sağlık İşletmelerinin Sınıflandırılması	7
1.1.4. Hastane İşletmeleri	9
1.1.4.1. Hastane İşletmelerinin Tanımı	9
1.1.4.2. Hastane İşletmelerinin Sınıflandırılması	10
1.1.4.2.1. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler	10
1.1.4.2.2. Verdikleri Sağlık Hizmetinin Türüne Göre Hastaneler	10
1.1.4.2.3. Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hastaneler	11
1.1.4.2.4. Büyüklüklerine Göre Hastane Hastaneler	11
1.1.4.2.5. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler	11
1.1.4.2.6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler	12
1.1.4.2.7. Dikey Bütünleşme Basamağına Göre Hastaneler	13
1.1.4.3. Hastanelerin İşletmelerinin İşlevleri	13
1.1.4.3.1. Hasta ve Yaralıların Tedavisi	13
1.1.4.3.2. Eğitim	14
1.1.4.3.3. Araştırma ve geliştirme faaliyetleri	14
1.1.4.4. Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesine Katkı	15
1.2. KALİTE KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ	15
1.2.1. Kalitenin Boyutları	20
1.2.1.1. Performans	20
1.2.1.2. Diğer Unsurlar	20
1.2.1.3. Güvenilirlik	21
1.2.1.4. Uygunluk	21
1.2.1.5. Dayanıklılık	21
1.2.1.6. Hizmet verme yeteneği	21
1.2.1.7. Estetik	22
1.2.1.8. Algılanan Kalite (itibar)	22
1.2.2. Kalite Hareketinin Tarihsel Gelişimi	22
1.2.2.1. Kalite Muayene	23

1.2.2.2. Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite Kontrol Anlayışı	25
1.2.2.3. Kalite Güvencesi	28
1.2.2.4. Toplam Kalite Yönetimi	28
1.2.2.4.1. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri	30
1.2.2.4.1.1. Sürekli Gelişme "Kaizen"	30
1.2.2.4.1.2. Toplam Katılım	32
1.2.2.4.1.3. Müşteri Odaklı Düşünme	33
1.2.2.4.1.4. Toplumsal Sorumluluk	34
1.2.2.4.2. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları	34
1.3. HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE	34
1.3.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri	36
1.3.2. Hizmette Kalite	38
1.3.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları	40

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE VE ALGILANMASI

2.1. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE VE MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ	44
2.1.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı	44
2.1.2. Sağlık İşletmelerinde Müşteri (Hasta) Tatmini ve Önemi	47
2.1.3. Sağlık Hizmet Kalitesi	54
2.1.4. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Fonksiyonel Kalite	57
2.2. KAVRAMSAL HİZMET KALİTESİ MODELİ VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK GELİŞTİRİLEN SERVQUAL ÖLÇEĞİ	61
2.2.1. Müşteri Görüşmeleri ve Elde Edilen Sonuçlar	61
2.2.2. Yönetici Görüşmeleri ve Elde Edilen Sonuçlar	66
2.2.3. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli	70
2.2.4. SERVQUAL Ölçeği	73
2.2.5. SERVQUAL Ölçeğinin Kullanım Alanları	79
2.2.6. Sağlık İşletmelerinde SERVQUAL Uygulamaları	81
2.2.7. SERVQUAL Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler	92

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. SERVQUAL ÖLÇEĞİNİN SAĞLIK İŞLETMELERİNDE UYGULANMASI	94
3.1.1. Araştırmanın Amacı	94
3.1.2. Araştırmanın Değişkenleri	95
3.1.3. Araştırmanın Metodolojisi	95
3.1.3.1. Araştırmanın Modeli	95
3.1.3.2. Araştırmanın Örneklem Yöntemi	96
3.1.3.3. Verileri Toplama Araçları	96
3.1.3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	97
3.1.3.5. Verilerin Toplanması	97
3.1.3.6. Verilerin Analizi Yöntemi	98
3.1.3.7. Araştırmada Kullanılan SERVQUAL ölçeğinin Güvenilirlik Analizleri	98
3.1.4. SERVQUAL Skorlarının Hesaplanması	99

3.2. SERVQUAL ÖLÇEĞİNDEN ELDE EDİLEN BULGULAR VE SERVQUAL SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	101
3.2.1. Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlere İlişkin Bulgular.....	101
3.2.2. Araştırmaya Katılanların Sahip Olduğu Sosyal Güvence İle İlgili Bulgular.....	103
3.2.3. Araştırmaya Katılanların Hizmet Aldıkları Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Edip Etmemesi İle İlgili Bulgular.....	104
3.2.4. Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmesi.....	104
3.2.5. Araştırmaya Katılanların Tedavi Süresince Herhangi Bir Problemle Karşılaşıp Karşılaşmadığı İle İlgili Bulgular.....	105
3.2.6. Tedavileri Süresince Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların, Problemlerinin Çözülüp Çözülemediği İle İlgili Bulgular.....	105
3.2.7. Gelecekte Aynı Hastaneyi Tercih Edip Etmeme İle İlgili Bulgular.....	106
3.2.8. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklentileri ve Algıları İle İlgili Bulgular.....	107
3.2.9. Araştırmaya Katılanların En Önemli ve En Az Önemli Buldukları Hizmet Kalitesi Boyutları İle İlgili Bulgular.....	114
3.2.10. Hastaların Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanlar İle İlgili Bulgular.....	115
3.2.11. DEÜH ve ÖAH'nin SERVQUAL Skorları.....	116
3.2.12. DEÜH ve ÖAH'nin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması.....	117
3.2.13. Problem Yaşama Durumu Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	118
3.2.14. Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	120
3.2.15. Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	122
3.2.16. Yaş Grupları Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	123
3.2.17. Hastaların Medeni Durumu Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	125
3.2.18. Hastaların Eğitim Düzeyleri Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	127
3.2.19. Hastaların Gelir Düzeyleri Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	131
3.2.20. Hastaların Sahip Olduğu Sosyal Güvence Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	134
3.2.21. Hastanenin Hizmet Kalitesine Yönelik Yapılan Genel Değerlendirme Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	136
3.2.22. Hastaların Gelecekte Aynı Hastaneyi Tercih Edip Etmemesi Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi.....	140
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	146
KAYNAKÇA.....	153
EKLER	

KISALTMALAR

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

DEÜH : Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

ÖAH : Özel Altınordu Hastanesi



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo-1.1 : Kalite ile İlgili Eski ve Yeni Yaklaşımlar.....	11
Tablo-2.1: 2001 yılı Sağlık Bakım Hizmetleri ile ilgili Baldrige Ödülü Kriterleri ve Puan Tablosu.....	51
Tablo-3.1: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	101
Tablo-3.2: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	102
Tablo-3.3: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	102
Tablo-3.4: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	103
Tablo-3.5: Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarına Göre Dağılımı	103
Tablo-3.6: Hastaların Sahip Olduğu Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı	104
Tablo-3.7: Araştırmaya Katılanların Hizmet Aldıkları Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Edip Etmemesi ile İlgili Dağılım.....	104
Tablo-3.8: Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirme ile İlgili Dağılım	105
Tablo-3.9: Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Süresince Problem Yaşayıp Yaşamadığı ile İlgili Dağılım.....	105
Tablo-3.10: Tedavileri Süresince Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların, Problemlerinin Çözülüp Çözülemediği ile İlgili Dağılım	106
Tablo-3.11: Araştırmaya Katılanların Gelecekte Aynı Hastaneyi Tercih Edip Etmemesi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı	106
Tablo-3.12: Hasta Beklentileri ile İlgili Dağılım	110
Tablo-3.13: Hastane Hizmetlerine Yönelik Hasta Algılarının Dağılımı	111
Tablo-3.14: Hasta Beklenti ve Algı Ortalamaları Arasında Önemli Bir Farklılık Olup Olmadığını Belirleyebilmek İçin Yapılan t-Testi (DEÜH).....	113
Tablo-3.15: Hasta Beklenti ve Algı Ortalamaları Arasında Önemli Bir Farklılık Olup Olmadığını Belirleyebilmek İçin Yapılan t-Testi (ÖAH).....	114
Tablo-3.16: Araştırmaya Katılanların En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu ile İlgili Dağılım	115
Tablo-3.17: Araştırmaya Katılanların En Az Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu ile İlgili Dağılım.....	115
Tablo-3.18: Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı (DEÜH).....	116
Tablo-3.19: Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı (ÖAH)	116
Tablo-3.20: DEÜH ve ÖAH'nin Kalite Boyutları Bazında SERVQUAL Skorları.....	117
Tablo-3.21: DEÜH ve ÖAH'nin Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorları	117
Tablo-3.22: DEÜH ve ÖAH'nin Ağırlıklı SERVQUAL Skorları.....	117
Tablo-3.23: Hastanelerinin Kalite Skorları Arasında Önemli Farklılık Olup Olmadığını Belirlemek İçin t-Testi.	118
Tablo-3.24: Tedavileri Sürecinde Problem Yaşayan Ve Yaşamayan Hastalar Açısından SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin Yapılan t-Testi (DEÜH).....	119
Tablo-3.25: Tedavileri Sürecinde Problem Yaşayan Ve Yaşamayan Hastalar Açısından SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin Yapılan T-Testi (ÖAH)	120

Tablo-3.26: Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Eden ve Etmeyen Hastaları SERVQUAL Skorları Açısından Karşılaştırmak İçin t-Testi (DEÜH).....	121
Tablo-3.27: Hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastaları SERVQUAL skorları açısından karşılaştırmak için t-Testi (ÖAH)	121
Tablo-3.28: Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin t-Testi (DEÜH)	122
Tablo-3.29: Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin t-Testi (ÖAH)	123
Tablo-3.30: Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH).....	124
Tablo-3.31: Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)	125
Tablo-3.32: Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH).....	125
Tablo-3.33: Medeni Duruma Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)	126
Tablo-3.34: Medeni Duruma Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)	127
Tablo-3.35: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH).....	129
Tablo-3.36: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (DEÜH).....	129
Tablo-3.37: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH).....	130
Tablo-3.38: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)	131
Tablo-3.39: Gelir Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH).....	132
Tablo-3.40: Gelir Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)	133
Tablo-3.41: Gelir Düzeyine Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)	133
Tablo-3.42: Sosyal Güvenceye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)	135
Tablo-3.43: Sosyal Güvenceye Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin t-Testi (ÖAH).....	136
Tablo-3.44: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH).....	137
Tablo-3.45: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (DEÜH)	138
Tablo-3.46: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)	139
Tablo-3.47: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH).....	140
Tablo-3.48: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)	142
Tablo-3.49: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (DEÜH).....	143
Tablo-3.50: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH).....	144
Tablo-3.51: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)	145

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1.1: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri.....	8
Şekil-1.2: Kalitenin Gelişim Süreci.....	23
Şekil-1.3: Buluş Yaklaşımı ve Gelişme.....	31
Şekil-1.4: Sürekli Gelişme (Kaizen) Yaklaşımı ve Gelişme.....	31
Şekil-1.5: Deming Döngüsü.....	32
Şekil-1.6: Gronroos'un Hizmet Kalitesi Modeli.....	42
Şekil-2.1: Bir Sağlık İşletmesinin İç ve Dış Müşterileri	46
Şekil-2.2: ACSI Müşteri Tatmini Modeli	47
Şekil-2.3: Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'nda Tatminin Oluşum Süreci	49
Şekil-2.4: Algılanan Kalite, Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığı Arasındaki İlişki.....	53
Şekil-2.5: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	57
Şekil-2.6: Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi.....	66
Şekil-2.7: Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli.....	71
Şekil-2.8: Hizmet kalitesinin Sürekli Ölçülmesi ve Geliştirilmesi İçin Süreç Modeli.....	72
Şekil-2.9: Hizmet Kalitesi Boyutları ve SERVQUAL Ölçeği Boyutlarının Karşılaştırılması	76
Şekil-3.1: Araştırmanın Modeli	96
Şekil-3.2: DEÜH'nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar.....	111
Şekil-3.3: ÖAH'nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar	112



GİRİŞ

Sanayi devrimi ile birlikte gelişen bilimsel yönetim anlayışı çerçevesinde kaynakların kıt olması ve etkin kullanılması zorunluluğu, üretimde verimli olmayı gerektirmekteydi. Bu bakış açısında, ürünün ihtiyacı karşılayacak kadar üretilebilmesi, kaliteli ürün üretilmesinden daha ön plandaydı. Ancak gelişen teknoloji, bilimsel yönetim anlayışını yeni boyutlara taşımıştır. Üretim miktarının özellikle gelişmiş ülkelerde ihtiyacı karşılaması ve hatta üretim fazlasının ortaya çıkması sonucunda, üretim felsefesinde yeni boyutların göz önüne alınması gereğini ortaya koymuştur. Bunun sonucunda işletmeler üretim fazlalarını etkin pazarlama anlayışı içerisinde diğer bölge ve ülkelere ulaştırma yolunu seçmişlerdir. Böylece işletmeler yeni bölge ve ülkelerde rekabet olarak bilinen bir pazarlama olgusuyla karşı karşıya gelmişlerdir.

Pazarlama çabaları ve ürün kalitesi, günümüzün rekabetçi pazar anlayışının temel unsurlarındandır. Müşteriye sunulan ürünlerin çeşitli olması, diğer bir deyişle müşteri seçeneklerinin artması, müşteri tatminini ön plana çıkarmıştır. Müşteri artık kendi zevk ve tercihlerini göz önüne alarak kendisi için en uygun olanı tercih etmektedir. Bu nedenle günümüz rekabetçi pazarında işletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri büyük ölçüde müşteri beklenti ve ihtiyaçlarını karşılaması ile mümkün olacaktır.

Özellikle 2.Dünya Savaşından sonra gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün ülke ekonomisi içindeki payının arttığı görülmektedir. Günümüzde gelişmiş bir çok ülkenin milli gelirinin çok büyük kısmını hizmet sektöründen elde ettiği bilinmektedir. Diğer taraftan söz konusu ülkelerdeki bu gelişmeye paralel olarak hizmet sektöründe çalışan işgücü payının da arttığı görülmektedir.

Hizmet sektörünün ülke ekonomisi ve yaşam standardı açısından artan önemi, söz konusu sektörde verimlilik, pazarlama ve kalite uygulamalarının güncellik kazanmasına neden olmuştur. Üretim işletmeleri için geliştirilen kalite ilke ve uygulamaları, hizmet işletmeleri için de model oluşturmuş; buna bağlı olarak son yıllarda hizmet işletmelerinde kalitenin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik araştırmalar hızla artmıştır.

Ancak hizmetin özellik olarak üründen farklı olması (örneğin depolanamaması, ya da yaratıldığı anda tüketilmesi) hizmetlerde kalitenin farklı bir bakış açısıyla ele alınmasını gündeme getirmiştir. Hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde, hizmet kalitesini tanımlama, boyutlarını belirleme ve ölçülmesine

yönelik bir çok kuramsal çalışma ve modelin geliştirildiği görülmektedir. Hizmet işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden birisi de SERVQUAL ölçeğidir. Pazarlama bakış açısıyla hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak geliştirilen SERVQUAL ölçeğinin, günümüz sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesi düzeylerini belirlemede de bir standart olarak kullanılmaya başlandığı görülmektedir.

Hastaların sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin teknik kalitesini değerlendirme şansına sahip olmaması, hasta bakış açısı ile kalitenin önemini arttırmaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri arzındaki artış, hasta ve yakınlarının ulaşım olanaklarının artması, teknoloji ve iletişimde meydana gelen hızlı değişimler de diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmeleri arasında da rekabet olgusunu gündeme getirmiştir. Günümüz sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi, sağlık işletmelerinin rekabet üstünlüğü kazanması, başarısı ve sürekliliği için büyük önem taşımaktadır.

Bu tez çalışması çerçevesinde, hizmet işletmeleri grubunda yer alan sağlık işletmelerinin müşterileri olan hastalar üzerinde bir çalışma yapılarak, bir üniversite hastanesi ile bir özel hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır.

Tezin birinci bölümünde işletme, sağlık işletmesi, kalite kavramı ve kalite olgusunun tarihsel gelişimi, hizmet, hizmet işletmesinde kalite ile ilgili kullanılan temel terim ve kavramlara yer verilmiştir.

Tezin ikinci bölümünde sağlık işletmelerinde kalite, kavramsal hizmet kalitesi modeli ve hizmet işletmelerinde (dolayısı ile sağlık işletmelerinde) algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik geliştirilen SERVQUAL ölçeği ve sağlık işletmelerinde SERVQUAL ölçeği ile algılanan hizmet kalitesinin ölçümüne yer verilmiştir.

Tezin üçüncü bölümünde ise SERVQUAL ölçeği ile Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Özel Altınordu Hastanesi'nin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin ölçülmesi ve bu iki hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından karşılaştırılmasını kapsayan bir araştırmaya yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİ VE KALİTE KAVRAMI

1.1. SAĞLIK İŞLETMESİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

1.1.1. İşletme, Sağlık ve Sağlık İşletmesi Kavramları

İlk çağlardan günümüze kadar bireyler yaşamlarını devam ettirebilmek için çeşitli mal veya hizmetlere gereksinim duymuşlardır. Bu gereksinimlerin modern dünyamızda her geçen gün arttığı ve daha da karmaşık hale geldiği görülmektedir. İnsan ihtiyaçlarının sınırsızlığı, buna karşın kaynakların kıtlığı göz önüne alındığında, toplumda bireylerin mutluluğunun ancak ihtiyaçlarının karşılanması ile mümkün olabileceğini söyleyebiliriz. İnsanların gereksinimlerinin karşılanması ve tatmin olmaları ise büyük ölçüde ekonomik mal ve hizmetlerin üretilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu mal ve hizmetlerin yaratılması için üretime ihtiyaç vardır. Üretimi ise ekonomik mal ve hizmetlerin yaratılması ve bir fayda sağlaması süreci olarak değerlendirebiliriz. Bu nedenle üretimi, doğal kaynaklara sermaye ve insan emeği uygulanması işleri olarak tanımlamak mümkündür (Doğan,1998; 3). Bu anlamda üretim faktörleri olan doğal kaynaklar, işgücü, sermaye ve girişimcinin uyumlu bir şekilde bir araya getirilmesi kaçınılmaz olmaktadır. İşletmeler genellikle kurucularının, müşterilerin ihtiyaç duydukları konuları bilmeleri ve bu ihtiyaçları, rakip kuruluşlardan daha iyi şekilde karşılayacaklarına inanmaları sonucunda kurulurlar (Day, 1998; 1).

Bu bilgiler ışığında işletmeyi; insanların ihtiyaç duyduğu ekonomik mal ve hizmetlerin üretimini üstlenen birimler olarak tanımlayabiliriz (Doğan; 1998; 6). Bir başka tanımda işletme kavramı; ihtiyaç duyulan ekonomik mal ve hizmetleri üretmek ve/veya pazarlamak, böylece var olan talebi tatmin ederek fayda yaratmak, dolayısıyla kâr elde etmek için faaliyette bulunan ekonomik kuruluş olarak tanımlanmaktadır (Can vd.,1995; 17). Benzer bir tanımda işletme kavramı; insanların istek ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla mal ve/veya hizmet üretiminde bulunan ekonomik ve teknik birimler olarak tanımlanmaktadır (Tatar ve Üner, 1992; 3).

Görüldüğü gibi işletme kavramı çeşitli yazarlara göre farklı şekillerde tanımlanmasına karşın, tanımların hepsinin odak noktası, işletmenin toplumun ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetlerin üretilmesi için üretim faktörlerini bir araya getirdiğidir.

Sağlık kavramı bir çok yazara göre farklı tanımlanmakla beraber günümüzde en çok kabul gören tanımlardan birisi de Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sağlık tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri bakımından bir bütün olarak iyi olma durumu" olarak tanımlamaktadır (aktaran Yeğinboy; 1993; 1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş sözleşmesinde erişilebilir en yüksek sağlık standardına ulaşmanın, herhangi bir ırk, din, siyasal görüş, ekonomik ya da toplumsal koşul ayırımı yapmaksızın her insanın temel haklarından birisi olduğu ifadesine yer verilmektedir. Dünya Sağlık Asamblesi, 1970 ve 1977 yıllarında sağlığın bir "insan hakkı" olduğunu ilan etmiş, bu durum Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) 1978 yılında Alma-Ata'da ortaklaşa düzenledikleri Uluslararası Temel Sağlık Konferansı'nda bir kez daha teyit edilmiştir. Sözü edilen konferansta ilk kez temel sağlık hizmetlerinden söz edilmiştir. Temel sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturur ve toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu nedenle temel sağlık hizmetleri, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olabildiğince yakınında kurulur ve ilk başvuru yeri olan sağlık hizmeti zincirinin ilk halkasını oluşturur (Dünya Sağlık Örgütü, 1998; 23 ; Hayran, 1997; 24).

Sağlık, bireyin cenin durumundan ölünceye kadar sahip olduğu temel bir haktır. Bu nedenle genel olarak toplumun, özel olarak her bireyin sağlık haklarını kollamak ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmasını sağlamak devletin, dolayısıyla da devleti temsil eden hükümetlerin öncelikli görevleri arasında yer almaktadır. Bireyler için hak olan sağlık, devletler açısından da görev olup, bu görev uluslararası hukuk belgeleri ile de desteklenmektedir (Yeğinboy, 1993; 3).

Sağlık tanımında sözü edilen iyi olma durumunun oluşmasına sağlık işletmeleri de sundukları sağlık hizmetleri ile katkıda bulunurlar. Sağlık bakım hizmetleri sayesinde çevresel faktörler ve davranışlar etkilenebilmekte ve hastalanmış olanlar da sağlığına kavuşabilmektedir. Hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavi, rehabilitasyon ve iyi kişisel sağlık alışkanlıkları bu sağlık bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir (Menderes ve Ersoy, 1993; 39).

Ülkemizde anayasal bir hak olan sağlık hizmetlerinden yararlanma, 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde düzenlenmektedir. Söz konusu maddede, "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" denilmekte, yine aynı maddenin başka bir fıkrasında da, "Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" hükmüne yer verilmektedir.

İşletmelerin toplumun ihtiyaç duyduğu mal veya hizmetleri üretmesi amacıyla kuruldukları göz önüne alındığında, birey için yaşamsal öneme sahip olan ve ülkemizde olduğu gibi aynı zamanda anayasal bir hak olan sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi için, sağlık hizmetleri arzı gerçekleştirecek işletmelerin de kurulması kaçınılmaz olmaktadır.

Bu anlamda insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmeti arzını gerçekleştirmek ve pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlara sağlık işletmesi denilmektedir (Akar ve Özalp, 1998; 41).

Bazı sağlık işletmelerinin sağlık hizmeti yanında mamul de üretebileceği düşünüldüğünde, daha geniş bir ifade ile sağlık işletmesini; bireyde fizyolojik gereksinimlere bağlı olarak ortaya çıkan sağlıkla ilgili sorunlarını uyumlu bir biçimde çözümleyerek, onun bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam uyum içinde yaşantısını sürdürmesine katkıda bulunan ekonomik hizmet ya da mamul üreten sosyo-ekonomik birim olarak tanımlanabilir (Yeğinboy, 1992; 2-3).

Görüldüğü gibi bireyin üretime katılması ve ülke ekonomisine katkı sağlaması büyük ölçüde sağlıklı olması ile mümkün olacaktır. Sağlıksız her bireyin üretken olamadığı ve ülke ekonomisine katkı sağlayamadığı düşünüldüğünde, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyi olmasını sağlayan sağlık işletmelerinin varlığı yaşamsal bir önem taşıyacaktır.

Sağlık işletmelerini diğer hizmet işletmelerinden ayıran belirleyici özellikleri bulunmaktadır. Sağlık işletmelerinin söz konusu belirleyici özellikleri aşağıda belirtilmeye çalışılmıştır.

1.1.2. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri

Sağlık işletmeleri de hizmet üretmekte ve dolayısıyla bir hizmet işletmesi olarak diğer hizmet işletmelerinden ayrılmaktadırlar. Sağlık işletmelerinin yapı, süreç ve sonuç ile ilgili belirleyici özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Kavuncubaşı, 2000;50-56 ; Yerebakan, 2000; 46-50 ; Seçim, 1991; 21).

a) Yapısal Özellikler

- Sağlık İşletmelerinde Uzmanlaşma Düzeyi Çok Yüksek.

Tıp biliminin hızla gelişmesi, teknolojik gelişmeler, hastalıkların oluşmasında ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyini arttıran nedenlerin başında gelmektedir. Özellikle 20. yüzyılda tıpta ve teknolojiye görülen gelişmeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta uzmanlaşmaya yol açmış, bu durum sağlık işletmelerinde aşırı işbölümüne ve yapısal karmaşıklığa yol açmıştır.

- Sağlık İşletmelerinde İşlevsel Bağımlılık Çok Yüksek.

Çok sayıda meslek grubunun hizmet verdiği sağlık işletmelerinde, bir birim veya kişiden kaynaklanacak aksaklık verilen hizmeti ve dolayısıyla sağlık işletmesini olumsuz etkiler. Yapılacak bir ameliyatta cerrah, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri vb. gibi sağlık profesyonellerinin yer alması yetmemekte, destek hizmetlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin tıbbi gazlarla ilgili meydana gelebilecek bir sorun ameliyatın gerçekleşmesini imkansız hale getirebilecektir. Bu nedenle sağlık işletmelerinde hizmet sunumunda yer alan kişi, birim ve gruplar arasında eşgüdümünün sağlanması, yönetimin temel görevlerinden birisi olmaktadır.

- Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynakları, Kurumsal Hedeflerden Çok Mesleki Hedeflere Önem Veren Profesyonellerden Oluşur.

Sağlık işletmelerinde çalışanların çoğu eğitim düzeyi yüksek olan sağlık profesyonellerinden oluşur. Bir uzman hekimin yetişmesi için minimum sekiz yıllık bir zamana ihtiyaç vardır. Ayrıca sağlık işletmelerinde hekimlik faaliyetleri dışındaki tıbbi hizmetleri gerçekleştiren eczacı, fizyoterapist, psikolog, hemşire vs. sağlık profesyonelleri de üniversite mezunudur. Sağlık profesyonelleri

öncelikle mesleki hedeflerinin üzerinde yoğunlaşmakta ve görevlerini mesleğin etik kuralları içinde icra etmektedirler. Bu nedenle söz konusu profesyoneller için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önünde gelmektedir. Bir hekim maliyeti ne olursa olsun hastasını en iyi şekilde tedavi etmek isterken, sağlık kurumları yöneticisi aynı zamanda kalite ve verimlilik hedefleri doğrultusunda örgütsel performansı sağlamaya çalışır. Sağlık kurumları yönetiminin kalite ve verimliliğin artırılması için aldığı kurallar ve aldığı önlemler, sağlık profesyonelleri ile yönetim arasında çatışmaya neden olmaktadır.

- Sağlık İşletmelerinde Hizmetin ve Dolayısıyla Gelirin Önemli Bir Bölümünü Oluşturan Hekimlik Fonksiyonları, Tümüyle Denetlenebilir Özellikte Değildir.

Sağlık işletmelerinde hizmet birimlerinin çoğu hekimden gelen talebe göre hizmet sunmaktadır. Bu nedenle sağlık işletmelerinde hizmet miktarını büyük ölçüde hekimlerin belirlediğini rahatlıkla söyleyebiliriz. Bir sağlık işletmesinde hekimin isteği olmadan bir röntgen teknisyeninin film çekmesi ya da bir laboratuvar teknisyeninin kan analizi yapması mümkün değildir. Yapılan araştırmalar sağlık harcamalarının %75'nin hekimlerin kararı ve istekleri doğrultusunda gerçekleştiğini göstermektedir. Ancak mevcut kaynakların etkili ve verimli kullanımını sağlamak için hekimlerin karar ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal mekanizmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

- Hastane İşletmeleri Başta Olmak Üzere, Tüm Sağlık İşletmelerinde İkili Otorite Vardır ve Bu Durum Eşgüdümleme, Denetim ve Çatışmalara Yol Açmaktadır.

Sağlık işletmelerinde profesyonelleşme (meslekleşme) düzeyinin çok yüksek olması nedeniyle sağlık profesyonellerinin önemli derecede özerkliği bulunmaktadır. Profesyonellerin mesleki bilgi ve deneyimleri, yönetime karşı otorite geliştirmelerine yol açmakta ve bu durum sağlık işletmelerinde önemli ölçüde eşgüdümleme, denetim ve çatışmalara yol açmaktadır.

b) Süreç

- Sağlık İşletmelerinde Yapılan İşler Oldukça Karmaşık ve Değişkendir.

Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin çok karmaşık olması ve sağlık işletmelerinin çok sayıda amacının bulunması yapısal karmaşıklığa neden

olmaktadır. Sunulan hizmetlerin çeşitliliği, sağlık işletmelerinde bölüm, makam ve yönetsel kademe sayısını artırmaktadır. Sağlık işletmelerinde temel işlev olan tanı ve tedavi hizmetleri dışında eğitim hizmeti de verilebilmektedir. Dolayısıyla verilen hizmetlerin sayısı arttıkça karmaşıklık derecesi ve buna bağlı olarak da sorunlar artmaktadır. Örneğin bir üniversite hastanesinin tanı ve tedavi hizmetleri dışında eğitim ve araştırma hizmetleri gibi misyonlarının olması nedeniyle, bir ilçe hastanesinden daha fazla yapısal karmaşıklığa sahiptir. Ayrıca sağlık işletmelerinin en önemli hizmet kullanıcıları olan hastaların farklı yaş, cinsiyet, ırk ve genetik özelliklere sahip olması ve hastalıklarının şiddetinin farklı olması nedeniyle, aynı hastalığı bulunan farklı kişilerin farklı yöntemlerle tedavi edilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu anlamda her hastayı farklı bir proje gibi düşünebiliriz. Söz konusu değişkenler nedeniyle tıbbi bakım hizmetlerinde önemli mesafeler alınmış olmasına rağmen etkili bir standardizasyon sağlanamamıştır.

- Sağlık İşletmelerinde Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Büyük Bölümü Acil ve Ertelenemeyecek Özelliktir.

Sağlık işletmeleri 24 saat kesintisiz hizmet üreten organizasyonlardır. Sağlık durumu bozulan, ya da sağlığından şüphe eden bir hastanın herhangi bir zamanda hastaneye başvurma ihtimali vardır. Sağlık işletmelerine yapılan başvuruları hukuksal, bilimsel ve etik açıdan geri çevirmek olanaklı değildir. Birkaç istisnai durum dışında kalan hastaların hizmetlerden yararlanması ertelenemez, hasta tedavisi için gerekli işlemler zaman geçirilmeksizin gerçekleştirilir. Hastaya acil müdahale yapılmaması durumunda hasta ölebilecek ya da sakat kalarak ileride giderilmesi olanaksız sorunlarla karşılaşabilecektir.

- Sağlık İşletmelerinde Verilen Hizmetlerin Yanlışlık ve Belirsizliklere Karşı Toleransı Dardır.

Sağlık işletmelerinde yürütülen faaliyetler doğrudan insan yaşamı ile ilgilidir. Tanı ve tedavi süresince yapılan hatalar ve gecikmeler insan yaşamına mal olabilmekte ya da geri dönüşü olmayan sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. İnsan yaşamı ile doğrudan ilgili olan faaliyetlerde deneme ve sonradan düzeltme şansı olmadığından; yapılan işlerin ilk seferinde ve her zaman doğru olarak yapılması kalite ilkesi olarak benimsenmiştir.

c) Sonuç

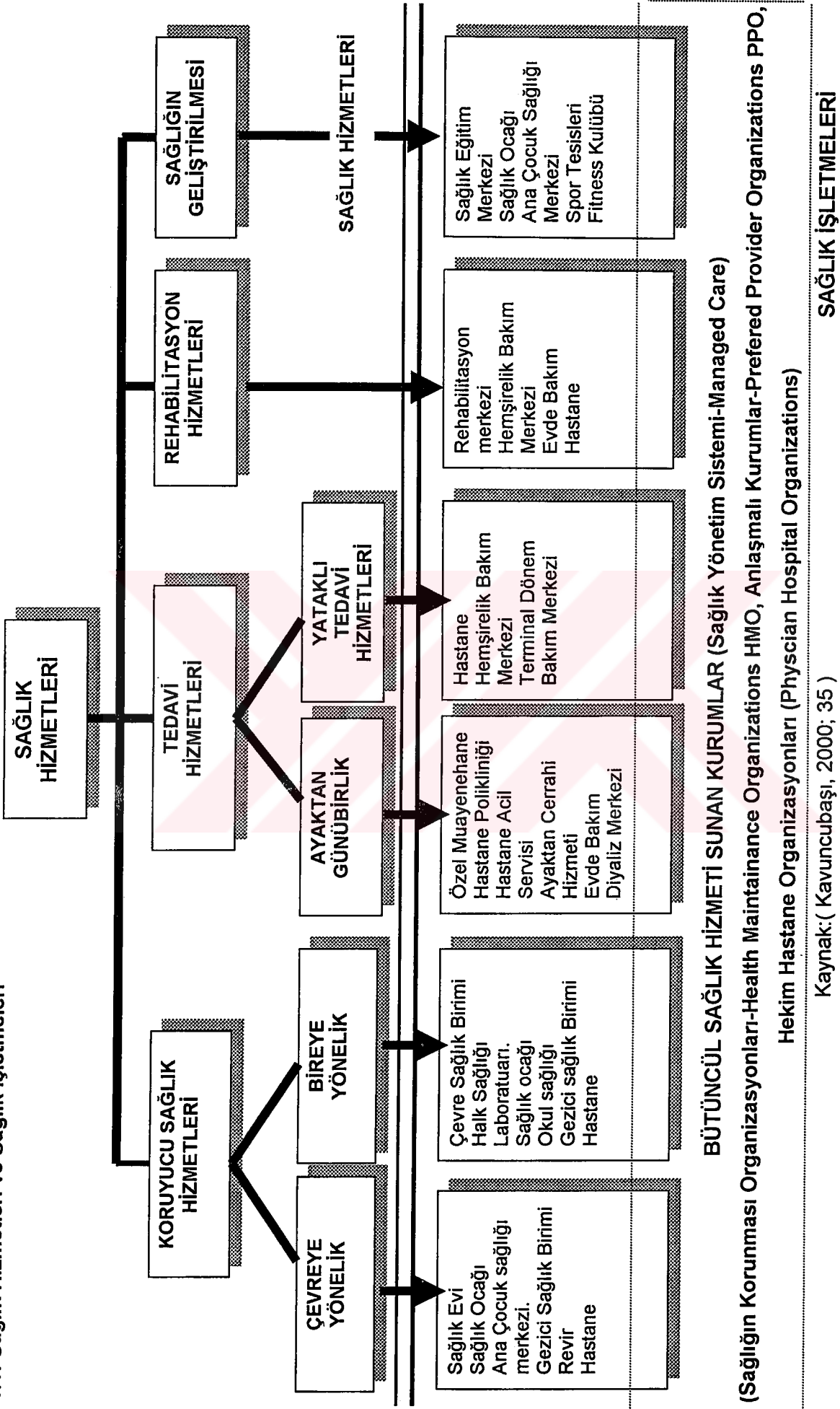
- Sağlık İşletmelerinde Çıktının Tanımlanması ve Ölçümü Zordur.

Sağlık işletmelerinde temel girdi ve çıktı insandır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin çıktılarını diğer endüstrilerde olduğu gibi kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün değildir. Örneğin bir imalat işletmesinin çıktısı olan televizyonunun kalitesi, standartlar ve ürün spesifikasyonları göz önüne alınıp rahatlıkla değerlendirilebilir. Aynı şekilde bir hizmet işletmesi olan otelde de müşteri verilen bir yemeğin miktarı ve niteliği hakkında kolayca bir yargıya ulaşabilir. Buna karşın sağlık işletmelerinde, yapılan bir ameliyatın sonuçlarını değerlendirmek için bazen uzun bir zamana ihtiyaç duyulmakta, bu nedenle hastaların sonuçları anında ve kolayca değerlendirmeleri mümkün olmamaktadır.

1.1.3. Sağlık İşletmelerinin Sınıflandırılması

Sağlık işletmelerini, sağlık hizmetleri üreten organizasyonlar olarak toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan işletmeler olarak tanımlayabiliriz. Sağlık işletmesi tanımlarında sözü edilen sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaları ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler ise çeşitli sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık işletmeleri ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre sınıflanmakla beraber, sözü edilen dört sağlık hizmeti çeşidini değişik düzeylerde ürettikleri gözlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 24-57). Sağlık hizmetleri ve söz konusu hizmet arzını gerçekleştiren sağlık işletmelerinin sınıflandırılması şekil-1.1' de gösterilmiştir.

Şekil-1.1: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri



1.1.4. Hastane İşletmeleri

Sağlık sisteminin alt sistemlerinden olan hastane işletmeleri bütün toplumlarda rastlanan en kompleks organizasyonlardan birisidir (Menderes ve Ersoy, 1993;36-40). Hastane işletmeleri konusunda dünyada en fazla bilginin yer aldığı ABD’de 400 yataklı bir sağlık işletmesinde yaklaşık 700-800 civarında meslek olduğu düşünüldüğünde sağlık işletmelerinde ne kadar değişik işin bir arada ve aynı zamanda yürütüldüğünü anlamak kolaylaşacaktır (Yerebakan, 2000; 41). Tokat tarafından yapılan bir araştırmaya göre, 1996 yılında ülkemizde Sağlık Bakanlığının toplam harcamalarının % 62’sinin hastane işletmelerine yapıldığı görülmektedir. Aynı yıla ait Türkiye toplam sağlık harcamaları içinde tedavi hizmetlerinin oranının % 93 olduğu görülmektedir. Söz konusu toplam harcamanın % 64’ü ayaktan tedavi hizmetlerine, % 29’u yatarak tedavi hizmetlerine yapılmıştır (Tokat, 1997; 18-61). Bu bilgiler ışığında ülkemizde de hastanelerin sağlık hizmeti üreten en büyük sağlık işletmeleri olduğu rahatlıkla söylenebilir.

1.1.4.1. Hastane İşletmelerinin Tanımı

Hastane sözcüğü latince konukların ağırlandığı yer anlamına gelen “hospitium” kelimesinden gelmektedir. Hastane işletmelerini, “ kendisine başvuran hasta ve yaralılara (Yatan hasta, ayaktan bakım hastaları ve acil hastalar) tanı ve tedavi, sürekli hemşirelik bakımı, yemek ve otelcilik hizmetleri olanakları sağlayarak hastalığı azaltan veya tedavi eden kuruluşlar” olarak tanımlamak mümkündür (Willian, 1992; 2). Dünya Sağlık Örgütü hastane işletmelerini, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır (Seçim, 1991; 5). Benzer bir tanımla Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde hastane işletmeleri, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlıklarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak izleme (müşahede), muayene, tanı (teşhis), tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2000; 6). Bir başka tanımda hastane işletmeleri; “her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, eğitim ve araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen,

çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren bir hizmet işletmesi olarak da tanımlanabilmektedir (Akar ve Özalp, 1998; 58). Tanımlardan da anlaşıldığı gibi hastane işletmeleri, eğitimden otelcilik hizmetlerine, tanı ve tedaviden kontrol ve doğum hizmetlerine kadar kompleks bir çok faaliyeti bir arada yürüten işletmelerdir. Sözü edilen heterojen etkinliklerin, hastane işletmelerinin farklılaşması üzerinde büyük etkisi olduğu söylenebilir.

1.1.4.2. Hastane İşletmelerinin Sınıflandırılması

Hastane işletmelerinin sınıflandırılması ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastane işletmelerinin aşağıda belirtilen ölçütlere göre sınıflandırılabilceği görülmektedir. Bu ölçütlerin bazıları şunlardır (Kavuncubaşı, 2000; 77-80 ; Yerebakan, 2000; 39-42 ; Akar ve Özalp, 1998; 59-60 ; Menderes ve Ersoy, 1993; 40-41, Seçim, 1991; 7-9):

- Mülkiyet
- Verilen sağlık hizmetin türü
- hastaların kalış süresi
- Büyüklük
- Eğitim Statüsü
- Akreditasyon Durumu
- Dikey Bütünleşme Basamağı

1.1.4.2.1. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler

Mülkiyetlerine göre hastane işletmeleri, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşu ait olduğuna ve kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmada temel ölçüt hastane işletmelerinin finansal kaynaklarının hangi kurum veya kuruluşu ait olduğudur. Ülkemizde mülkiyet durumuna göre hastane işletmeleri; sağlık bakanlığı, milli savunma bakanlığı, sosyal sigortalar kurumu, kamu iktisadi teşekkülleri, diğer bakanlıklar, tıp fakülteleri, belediyeler, dernekler, yabancılar, azınlıklar ve özel hastane işletmeleri olarak sınıflanabilmektedir.

1.1.4.2.2. Verdikleri Sağlık Hizmetinin Türüne Göre Hastaneler

Verdikleri sağlık hizmetinin türüne göre hastane işletmeleri genel hastane işletmeleri ve özel dal hastane işletmeleri olarak ayrılmaktadır. Genel hastane

işletmeleri, her türlü acil vaka ile, yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin bünyesindeki mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği, yatarak ve ayaktan tedavilerin verildiği hastane işletmeleridir. Özel dal hastane işletmeleri ise Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde, "Belirli bir yaş, cinsiyet grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların, ya da bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, ve tedavi edildikleri yataklı kurumlar" olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı,2000; 6). Doğum, çocuk, acil yardım, lepra, trahom, kanser, kemik, akıl ve göğüs hastalıkları hastaneleri özel dal hastanelerine örnek verilebilir.

1.1.4.2.3. Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hastaneler

Hastane işletmeleri ayrıca yatarak tedavi edilen hastaların ortalama yatış sürelerine göre akut bakım hastane işletmeleri ve kronik bakım hastane işletmeleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut bakım hastane işletmeleri hastalarının % 50'sinden fazlasının 30 günden daha kısa sürede hastanede yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisi için, kronik bakım hastane işletmeleri ise 30 günden daha uzun süreli hastalıklar için hizmet veren hastane işletmeleridir. Türkiye'deki Devlet Hastaneleri akut hastane işletmelerine, akıl ve ruh hastalıkları, tüberküloz, kemik hastalıkları hastane işletmeleri kronik bakım hastane işletmelerine örnek olarak verilebilir.

1.1.4.2.4. Büyüklüklerine Göre Hastane Hastaneler

Hastane işletmelerinin sınıflandırılmasında kullanılan bir diğer ölçüt de hastane işletmelerinin büyüklüklerine göre yapılan sınıflamadır. Hastane işletmelerinin büyüklüğü ile ilgili sınıflandırmalarda kullanılan başlıca ölçütler, yatak sayısı, personel sayısı ve hasta gün sayısıdır. Yatak sayısı baz alınarak hastane işletmeleri 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastane işletmeleri olarak sınıflanabilmektedir.

1.1.4.2.5. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

Hastane işletmeleri eğitim statüsüne göre, eğitim hastane işletmeleri ve eğitim amacı olmayan hastane işletmeleri olarak ikiye ayrılır. Eğitim hastane işletmeleri, tanı, teşhis ve tedavinin yanında sağlık profesyonellerine yönelik öğretim, eğitim ve araştırma hizmeti de vermektedir. Ülkemizde hekimlerin

uzmanlık ve ileri dal uzmanlık eğitimleri sadece eğitim hastane işletmelerinde verilmektedir. Diğer taraftan eğitim amacı olmayan pek çok hastane işletmesinde yardımcı tıp personeli ve öğrenci hemşirelere verilen staj niteliğindeki eğitim hizmetine rağmen, bu hastane işletmeleri eğitim hastane işletmesi olarak değerlendirilmediği görülmektedir.

1.1.4.2.6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Hastane işletmeleri akreditasyon durumuna göre, akredite edilmiş ve akredite edilmemiş hastane işletmeleri olarak da sınıflandırılmaktadır. Ancak söz konusu bu sınıflandırma ülkemiz hastane işletmeleri için geçerli değildir. ABD’de Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JCAHO) tarafından belirlenen standartlara uygunluğu saptanan hastane işletmeleri, akredite edilen hastane işletmeleri olarak tanımlanmaktadır.

JCAHO sağlık bakım organizasyonları ile ilgili 5 çeşit akreditasyon kararı vermektedir (Stamatis,1996; 11):

- **Övgü ile akreditasyon:** JCAHO’nun yaptığı en yüksek akreditasyon kararıdır. Bu akreditasyon kararı, performansı örnek olarak gösterilecek sağlık bakım organizasyonları için verilir,
- **Akreditasyon:** Bu akreditasyon kararı bir sağlık bakım organizasyonunun genel olarak uygun standartlara sahip olduğunu gösterir,
- **Geçici akreditasyon:** JCAHO’nun sağlık bakım organizasyonları için verdiği geçici akreditasyon kararıdır. Organizasyon bazı standartları yerine getirmekle beraber eksiklikleri bulunduğundan 6 ay süre ile akredite edilir ve daha sonra tekrar değerlendirilmeye tabi tutulur,
- **Koşullu akreditasyon:** Organizasyonda JCAHO standartları ile ilgili eksikliklerin olması durumunda, eksikliklerin giderilmesi koşulu ile organizasyon akredite edilir,
- **Akredite edilmemesi:** Akreditasyon sürecinden çıkarılan veya akreditasyonu JCAHO tarafından geri alınan organizasyonlar için geçerlidir.

Akreditasyon özellikle ABD'de hastane işletmelerinin finansal yapısını büyük ölçüde etkilemektedir. Sigorta kuruluşları, JCAHO tarafından belirlenen standartları yerine getirmeyen hastane işletmeleri ile sözleşme yapmamaktadır. Ayrıca akreditasyon, hastane işletmesinin toplumsal imajını ve saygınlığını büyük ölçüde arttırmaktadır.

1.1.4.2.7. Dikey Bütünleşme Basamağına Göre Hastaneler

Hastane işletmelerinin sınıflandırılmasında kullanılan diğer bir kriter de, hastane işletmesinin dikey bütünleşme basamaklarındaki konumu veya kapsamlı bir sağlık hizmetleri planı içindeki yeridir. Bu kritere göre yapılan sınıflamaya göre hastane işletmeleri, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak hastane işletmeleri olmak üzere üçe ayrılır. Birinci basamak hastane işletmeleri genellikle ayaktan-günübirlik tanı ve tedavi hizmeti vermektedir. İkinci basamak hastane işletmeleri, kısa süreli yataklı tedavi hizmeti gerektiren hastaları kabul etmektedir. Üçüncü basamak hastane işletmeleri ise, gelişmiş teknolojik donanım ve olanaklara sahip olup, birinci ve ikinci basamak hastane işletmelerinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklar ile ilgili hizmet üreten hastane işletmeleridir.

1.1.4.3. Hastanelerin İşletmelerinin İşlevleri

Hastane işletmelerinin işlevleri kuruluş amaçlarına ve taşıdıkları misyonlara göre farklılık göstermekle beraber dört temel işlevi bulunmaktadır. Söz konusu işlevler aşağıda sıralanmıştır (Seçim, 1991; 9-19 ; Kavuncubaşı, 2000; 76-77 ; Akar ve Özalp, 1998; 58-59):

- Hasta ve Yaralıların Tedavisi
- Eğitim
- Araştırma ve Geliştirme Faaliyetleri
- Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesine Katkı

1.1.4.3.1.Hasta ve Yaralıların Tedavisi

Hasta ve yaralıların tedavisi hastane işletmelerinin en eski ve en temel işlevidir. Hasta olma hali insanda psikolojik ve/veya fizyolojik bağımlılık yaratmaktadır. Bu anlamda hastanın korunması, gözlenmesi, ayrıca ihtiyaç duyduğu bakımın verilmesi ve ilgi gösterilmesi gerekmektedir. Söz konusu bakımın verilmesi için ise bir ekibe ihtiyaç vardır. Hasta tedavisi için bir araya

gelen bu ekip, dünyanın ilk biçimsel organizasyonlarından biridir ve günümüz hastane işletmelerinin başlangıcını oluşturmaktadır (Seçim, 1991; 10).

1.1.4.3.2. Eğitim

Hastane işletmeleri aynı zamanda birer eğitim kurumudur. Hastane işletmelerinin hasta ve yakınlarına, öğrencilere, kendi personeline ve kamuoyuna yönelik eğitim işlevi bulunmaktadır.

Hastane işletmelerinin ana işlevi durumundaki hasta ve yararlıların tedavisinin yapılması işlevinin başarıya ulaşması, büyük ölçüde eğitim ile mümkün olacaktır. Hastaların hastane işletmelerinden taburcu olduktan sonra da tedavi süreci devam edeceğinden ve bazen bu tedavinin ömür boyu süreceğinden dolayı, hasta ve yaralıların eğitimi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hasta ve yakınlarına hastalıkla ilgili temel bilgiler, hastalığın özellikleri ve tedavisine yönelik bilgiler verilmektedir. Söz konusu eğitim, sadece hastanın tedavisi açısından değil, aynı zamanda hastane işletmesinin masraflarının azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından da önem taşımaktadır. Hastane işletmelerinde hasta ve yakınlarının eğitimleri yanında öğrencilerin eğitimi ve personele yönelik hizmet içi eğitimler de verilmektedir. Diğer taraftan hastane işletmelerinde tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yardımcı tıp personeli sınıfına giren öğrencilere de eğitim verilmektedir. Laboratuvar asistanlığı, eczacı kalfalığı, hemşire yardımcılığı gibi eğitim süresi bir yıl ya da daha kısa olan dallarda eğitimin tamamı, hekimlik (intörnlük ve tıpta uzmanlık gibi), yüksek hemşirelik, diyetisyenlik gibi lisans eğitimi gerektiren alanlarda da öğrencilerin klinik eğitimleri hastanelerde yapılmaktadır. Ayrıca hastane yönetimi ve biomedikal mühendisliği alanında eğitimin uygulamaya yönelik kısmı hastane işletmelerinde yapılmaktadır. Hastane işletmesine yeni alınan bir personelin iş adaptasyonunu sağlamak, personelin mevcut bilgilerini yenilemek ve becerilerini geliştirmek için yapılan hizmet içi eğitim "Sürekli tıp eğitimi" olarak adlandırılmaktadır (Seçim, 1991;15-16).

1.1.4.3.3. Araştırma ve geliştirme faaliyetleri

Hastane işletmelerinde biri tıbbi, diğeri idari olmak üzere iki tür araştırma ve geliştirme faaliyeti yapılmaktadır. Tıbbi araştırma faaliyetleri de, hasta ya da deney hayvanları üzerinde yapılan klinik araştırmalar ve hasta dosyalarına

dayanılarak geçmişe dönük yapılan araştırmalar olmak üzere ikiye ayrılır. İdari araştırma ise, hastane işletmelerinde işletmecilik sorunlarının saptanıp, çözümüne yönelik yapılan araştırmalardır. Batı 'da, özellikle A.B.D' de hastane işletmesi endüstrisi büyük endüstriler arasında yer aldığından, hastane işletmelerinde idari araştırmalara çok önem verilmektedir. Hastane işletmesinin etkililiği ve verimliliği üzerinde çok etkili olan bu tür araştırmalar ya hastane işletmesi içinde bir ekip, ya da hastane işletmesi dışında bir uzmanlar grubu tarafından yapılmaktadır (Seçim,1991; 18)

1.1.4.4.4. Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesine Katkı

Hastane işletmeleri koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri de vererek toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Hastane işletmeleri yukarıda sözü edilen işlevleri yerine getirirken dolaylı olarak toplumun sağlık düzeyini de yükseltmektedir. Hastane işletmeleri tedavi edici hizmetler yanında koruyucu tıp hizmeti de vermektedir. Hastane işletmelerindeki sağlam çocuk birimleri bu hizmetlere örnek verilebilir (Kavuncubaşı, 2000; 76).

Görüldüğü gibi toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri arzı farklı misyonları olan sağlık işletmeleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Eskiden temel olarak hasta ve yaralıların tedavisini amaçlayan sağlık işletmelerinin günümüzde daha karmaşık hale geldiği görülmektedir. Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılan hataların insan yaşamına neden olacağı düşüncesi sağlık işletmelerinde kalite sağlamanın önemini arttırmaktadır.

Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında sağlık işletmelerinde kalite ve müşteri (hasta) bakış açısı ile algılanan hizmet kalitesinin daha iyi açıklanabilmesi için öncelikle kalite kavramı ve kalitenin boyutları, kalite hareketinin tarihsel gelişimi, hizmette kalite ve boyutları konularına değinilecektir.

1.2. KALİTE KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Kalite hem objektif hem de subjektif özellikleri olan bir kavramdır. Kalite objektiftir çünkü kişisel duyu ve hislerden bağımsız somut kriterler ve önceden yapılan somut tanımlara, şartnamelere, standartlara ve spesifikasyonlara bağlı olarak ölçülebilir. Diğer taraftan kalite subjektiftir, çünkü insanın değer

yargılarından, beğenilerinden ve psikolojisinden etkilenmektedir. Kalitenin objektif ve subjektif olan özelliklerine aşağıdaki örnekler verilebilir (Peşkircioğlu, 1993; 146 ; Bozkurt, 1996; 181):

<u>Objektif</u>	<u>Subjektif</u>
Ölçümler	Hisler
Saymalar	Duygular
Veriler	Motivasyon
Formüller	Beklentiler
Sorunlar	Tatmin
Kontrol Şemaları	Gereksinimler
Örnekler	Tercihler
Kusurlar	Davranışlar
Hatalar	Arzular
Boşa geçen zaman	Gurur
Gecikme zamanı	Hedefler
Maliyet	Ümitler
Üretim	İdealler
Yöntemler	Korkular
Süreçler	Yardımlaşma
Grafikler	Nezaket
Veri toplama	Değerler
Teknikler	Algılamalar
Ürün	Amaç

Kalite kavramı Latince'deki "qualitas" kelimesinden türetilmiştir. Çiçero ve bazı Yunanlı yazarların bu kelimeyi "nitelik " anlamında kullandıkları görülmektedir (Bergman ; Klesfjö, 1994; 16).

Kalitenin iyi olarak nitelendirilebilecek, fakat her zaman da "tam bir tanım" olarak nitelendirilmesi güç olacak bir tanımı şu şekilde yapılmaktadır: "Bir ürünün (mal veya hizmet) kalitesi, müşterilerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılama yeteneğidir" (Bergman ve Klefsjö, 1994; 16).

Amerikan Kalite Kontrol Derneği (American Society for Quality Control- ASQC) Kalite Sözlüğü'nde, kalitenin subjektif bir terim olması nedeni ile farklı kişiler için farklı anlamlar taşıyabileceğine değinilmiş ve kalitenin teknik ve genel

anlamdaki kullanımlarını tanımlanmıştır. ASQC, teknik anlamı ile kaliteyi, "bir malın ya da hizmetin önceden belirlenmiş ya da tanımlanmış olan müşteri isteklerine uyum sağlaması için sahip olması gereken özellikler ve nitelikler" olarak tanımlar. Genel anlamda kaliteyi ise, "bir malın ya da hizmetin belirlenmiş olan bir takım özellikler esasına dayalı olarak diğer mallar ve hizmetler karşısındaki göreceli konumunun tayini ile belirlenen mükemmellik derecesi olarak" tanımlamakta ve buna "göreceli kalite" adını vermektedir (Summers,1997; 4; Peşkircioğlu, 1999; 31).

Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC), kaliteyi; bir ürün yada hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlamaktadır (Bozkurt, 1996; 172)

Uluslararası Standart ISO 8402 Kalite Sözlüğü'nde ve ISO 9000 serilerinde kalite, "bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır" şeklinde tanımlanmaktadır (Bergman ve Klefsjö, 1994; 16)

Taguchi, kalitesizliği, "ürünün dağıtılmasından sonra toplumda neden olduğu sosyal kayıplar", kaliteyi de, "ürünün dağıtılmasından sonra toplumda neden olduğu minimal zarar" şeklinde tanımlamaktadır (Bergman ve Klefsjö, 1994; 16).

Kalite başarı standardını "sıfır hata " olarak belirten Crosby kaliteyi, "gereksinimlere uygunluk " olarak tanımlamaktadır (Crosby,1984; 60).

Kalitenin öncülerinden Juran kaliteyi, "kullanıma uygunluk" olarak tanımlamaktadır (Juran, 1989; 15). Kalite için tek ve basit bir tanım yapmaktan kaçınan Juran kaliteyi, "ürün tatmini sağlamak amacı ile bir ürünün müşteri gereksinimlerine uyum koşullarını tanımlayan özellikler " ya da "kalite kusur barındırmamaktır" şeklinde tanımladığı görülmektedir (Peşkircioğlu,1999; 28).

Kalite çoğu kere müşteri tatmini olarak tanımlanmaktadır (Dicle, 2000; 15). Feingenbaum kaliteyi, "En düşük maliyetle müşteri tatmini" olarak tanımlarken (Akın ve Çetin,1998; 117), benzer bir tanımda kalite, "müşteri ihtiyaçlarının sürekli olarak tatmin edilmesi" olarak tanımlanmaktadır (Koch, 1992; 1).

Kalite hareketinin öncülerinden Edwards Deming'e göre kalite, bir anlayış ve işletmedeki yaşam biçimi olup, üretimin daha başlangıçta doğru yapılmasıdır (Budak, 1996; 3).

Reeves ve Berdnar'a göre kalitenin yukarıda yer alan tanımları işletmelerin bileşik çıktıları üzerinde odaklanmıştır. Sözü edilen bileşik çıktı, bir çok ürün ve hizmet bileşeninin bir araya gelmesiyle oluşmuştur. Buna göre bir işletmenin bileşik çıktısı bölünmeli ve çıktının her bir bileşeni için uygun kalite tanımları saptanmalıdır (Koçak, 1997; 25)

Kalite kavramı sadece "gereksinimlere uygunluk" olarak algılanmayıp, bunun ötesine geçmeli ve daha geniş bir alanı kapsamalıdır. Bir işletmenin minimum amacı ise, müşterilerini memnun etmek olmalıdır. İşletmeler müşterileri memnun etme amacının genişletip, memnuniyetin ötesinde heyecan verici ve rakip ürünlerden farklı ürünler ortaya koyan bir kalite yaklaşımına geçmelidir (Day, 1998; 12).

Görüldüğü gibi kalitenin subjektif özelliği, kalite kavramının bir çok kurum, kuruluş ve bilim adamı tarafından farklı şekillerde tanımlanmasına yol açabilmektedir. Konu ile ilgili yazın incelendiğinde kalitenin tanımı üzerinde bir fikir birliğinin olmadığı ileri sürülebilir. Ancak kalite ile ilgili tanımlar incelendiğinde tanımların çoğunluğunun kalitenin asıl değerlendiricileri olan müşterileri baz aldığı görülmektedir.

Günümüzde kalite, belli bir standardı yakalamak değil, müşteri isteklerine tam uyum olarak tanımlanabilir. Böyle olunca da kalite, dinamik bir kavram haline gelmektedir. Rekabet yoğunlaşınca, müşteri talepleri karmaşılaşır, bu duruma uyum sağlamak için de firmalar sürekli gelişmeyi günlük yaşamın bir parçası haline getirirler (Budak, 1996; 5). Kalite kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için, kalite ile ilgili eski ve yeni yaklaşımlar tablo-1.1' de gösterilmiştir:

Tablo-1.1 : Kalite ile İlgili Eski ve Yeni Yaklaşımlar

Eski Yaklaşım	Yeni Yaklaşım
1. Düşük kalite insandan kaynaklanır. Çözüm için otomasyona geçmek gerekir. 2. Ortalama kalite standartları içinde kalan hatalı mamuller kabul edilebilir. 3. Kaliteli mamul yüksek maliyet demektir ve bu kârları düşürür. Kalite pahalıdır ve üretimi engeller. 4. Kalite kontrolü ayrı bir bölümdür. Üretim çıktılarını muayene eder. Üretim kalitesini değerlendirir. 5. Hatalar bulunur ve düzeltilir. 6. Tedarikçi işletmelerin seçiminde her mamul için en az iki kaynak belirlenir ve gerektiğinde sipariş verilir. 7. Kalite üretimin bir işlevidir. 8. Yönetim, kalite ve gelişmelerde yetkilidir. Çalışanlar planlara göre faaliyetlerini yürütür. 9. Kalite sorunlarından çalışanlar sorumludur ve bu nedenle çalışanlar üzerinde otorite kullanılmalı ve eğitilmelidir. 10. Stok bulundurulur ve çalışanların atıl zamanları doldurulur. 11. Çok sayıda mamul üretmek kaliteyi artırır. Üretim maliyetlerini ve işleme hazırlık süresi azalır. 12. Kalite kontrol bölümü kaliteden sorumludur. Üretim bölümü ile ilişkileri sınırlıdır.	1. Düşük kalite, yetersiz yönetimden kaynaklanır. Çözümü insana saygıda yatar 2. Hedef sıfır hataya ulaşmaktır. Kabul edilebilir ortalama yoktur. Tüm mamullerin hatasız olması gerekir. 3. Kaliteli mamul yüksek kar demektir. Kalite amaçtır ve üretimi engellemez 4. Kalite örgüt içindeki her bireyin görevidir. Toplam Kalite Kontrolü tüm fonksiyonları ve bireyleri ilgilendirir. 5. Başlangıçta doğru yakalanır ve kaynakta kaliteye ulaşılır. 6. Tedarikçi işletmeler grubun bir üyesidir. Kalite açısından daha çok bir işletme ile çalışılır. 7. Yüksek kaliteye tasarımdan yüklemeye kadar bütün işlevlerin katılımı ve desteği ile ulaşılır. 8. Yöneticiler sorunlarını tanımlama ve çözmede çalışanlarla birlikte hareket eder 9. Kalite sorunlarının büyük bir kısmı yönetim sistemlerinden kaynaklanır. Çalışanlar yönetime katılmalıdır. 10. Stok bulundurmak yararsızdır. Çalışanlar atıl zamanlarını diğer yararlı işlerle değerlendirebilirler. 11. İşleme hazırlık süreci azaltılmalıdır. Az sayıda mamul üretmek esneklik ve yeniden işlem sayısının azaltılmasıdır. 12. Kalite bilinci işletme içinde yaygınlaştırılmalıdır. Kalite konusunda öneriler verilir ve tartışmalar yapılır.

Kaynak: (Budak, 1996; 6)

1.2.1. Kalitenin Boyutları

Kalitenin çok boyutlu olması yukarıda sıralanan değişik kalite tanımlarını da beraberinde getirmiştir. David A. Garvin kalitenin sekiz boyut altında analiz edilebileceğini ileri sürmektedir (Garvin, 1988; 49-60 ; Costin, 1994; 13). Söz konusu sekiz kalite boyutu aşağıda sıralanmıştır:

- Performans
- Diğer Unsurlar
- Güvenirlilik
- Uygunluk
- Dayanıklılık
- Hizmet verebilirlik
- Estetik
- Algılanan Kalite

1.2.1.1. Performans

Kalite boyutlarından birincisi olan performans bir üründe bulunması gereken birincil özellikler anlamına gelmektedir. Örneğin bir otomobilde bulunması gereken hız, otomobilin kontrolü ve konfor gibi özellikler ya da bir televizyonunun ses ve görüntü netliği, renk kalitesi ve uzak istasyonları çekebilme kabiliyeti gibi özellikler bu ürünlerin performansı ile ilgilidir. Bu anlamda performans önemli bir kalite boyutu olmaktadır. Aynı şekilde birer hizmet işletmesi olan fast food restoran ve hava yolu şirketlerinde hizmet kalitesini değerlendirmede önemli bir kriter olarak kabul edilen hizmetin hızı ve bekleme zamanı gibi özellikler de söz konusu hizmetin performansını oluşturacağından performans, bu tür hizmet işletmelerinin ürünlerinde de tıpkı imalat ürünlerindeki gibi önemli bir kalite boyutu olmaktadır.

1.2.1.2. Diğer Unsurlar

İkinci kalite boyutu o ürünün diğer unsurlarıdır. Burada bir kalite boyutu olarak diğer unsurlar, ilgili ürünün temel fonksiyonlarının yanında ikinci derecede önemli olan özellikleri anlamına gelmektedir. Örneğin bir hava yolu şirketinin uçuş sırasında yolcularına bedava içecekler sunması ya da bir televizyonda performans kalite boyutunun gerektirdiği özelliklerin yanında otomatik ayar

düğmelerinin bulunması bir kalite boyutu olan diğer unsurlara örnek olarak verilebilir.

1.2.1.3.Güvenilirlik

Bir diğer kalite boyutu olan güvenilirlik, bir ürünün belirli bir zaman periyodu içinde maruz kalacağı kötü çalışma, arıza, aksaklık veya beklenen sonucu vermeme olasılığını yansıtır. Genel olarak güvenilirlik, bir ürünün ilk arızası, arızalar arası zaman süreci ve birim zamanda ürün başına düşen arıza veya başarısızlık sayısı baz alınarak ölçülebilmektedir. Ürünün istenen performansı gösterememesi durumunda zaman kaybı ve tamir-bakım hizmetlerinin çok pahalı olması durumlarından dolayı doğal olarak güvenilirlik müşteriler için en önemli kalite boyutlarından birisi olmaktadır.

1.2.1.4.Uygunluk

Bir diğer kalite boyutlarından olan uygunluk, genel olarak bir ürünün tasarımının ve özelliklerinin önceden tespit edilmiş standartları karşılayabilme derecesidir. Başka bir deyişle uygunluk kalite spesifikasyonlarının karşılanmasıdır.

1.2.1.5.Dayanıklılık

Dayanıklılık ya da bir ürünün ömrünün ölçümü, teknik açıdan bir ürünün fiziksel olarak bozulmadan önceki kullanım miktarı ile ilgilidir. Işıklandırma ampulleri buna iyi bir örnektir. Bilindiği gibi belli bir zaman süresi içinde ampulün ömrü bitecek ve teknik olarak onarılması imkansız hale geleceğinden yenisi alınmalıdır. Bu anlamda bir ürünün bozulmadan önce kullanıcıya sağlayacağı yarar, yani bir ürünün dayanıklılığı önemli bir kalite boyutu olacaktır.

1.2.1.6.Hizmet Verme Yeteneği

Bir başka kalite boyutu olan hizmet verme yeteneği, bir ürünle ilgili hızlı hizmet verme, kibarlık, ustalık ve o ürünle ilgili onarımın rahatlıkla yapılması eylemlerini kapsamaktadır. Müşteriler sadece aldıkları bir ürünün arızalanması ile değil, aynı zamanda o ürünün arızalanması durumunda onarılmasına kadar geçen zamanla da ilgilidirler. Bu anlamda onarım için verilen randevulara tam zamanında gitme, hizmet personelinin davranışları ve sorunu saptayıp çözümünü

bulma konusundaki becerileri büyük önem kazanmaktadır. Müşterilerin bu hizmetler konusundaki yargıları ürün veya hizmetin kalitesi konusundaki değerlendirmelerini büyük ölçüde etkileyecektir.

1.2.1.7. Estetik

Estetik kalite boyutu, tıpkı bir diğer kalite boyutu olan algılanan kalite gibi son derece subjektif bir kavramdır. Estetik kalite boyutu bir ürünün görünüşü, sesi, kokusu, tadı gibi özellikleri anlamına gelmektedir. Bu özellikler müşteriler tarafından bireysel olarak değerlendirilebilir. Başka bir deyişle söz konusu subjektif ürün özellikleri, müşterilerin düşünceleri üzerinde bir etki yaratarak ürünle ilgili bireysel tercihlerini yansıtacaktır.

1.2.1.8. Algılanan Kalite (itibar)

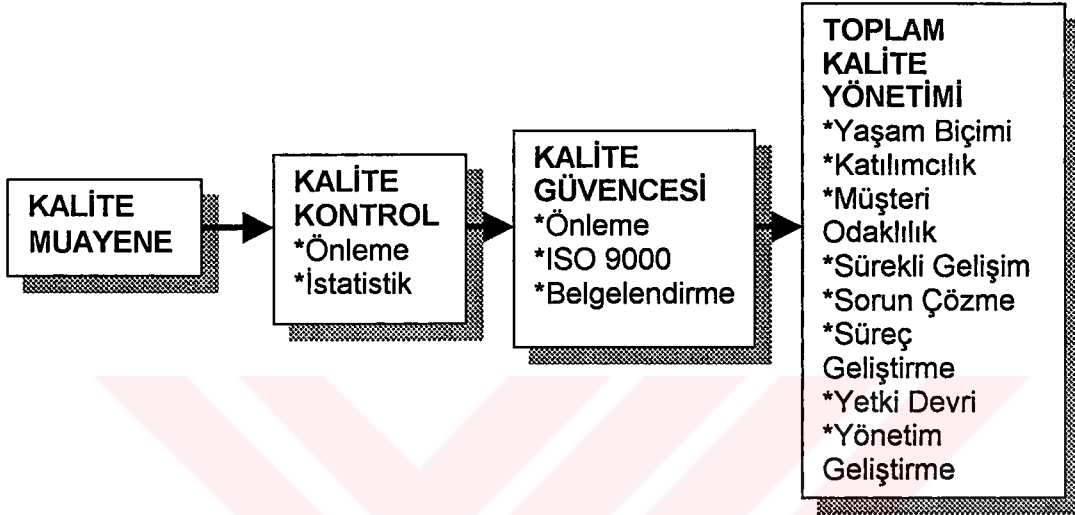
Müşteriler her zaman bir ürün ya da hizmetin nitelikleri ile ilgili tam bir bilgiye sahip olmadıklarından, ürünler hakkında bir kıyaslama yapmak için sık sık objektif olmayan ölçütleri tek temel yöntem olarak kullanırlar. Bu anlamda firmanın imajı, reklamlar ve firmanın ün yapmış ismi gibi faktörler kalite konusundaki değerlendirmeler için kritik bir anlam ifade etmektedir. Söz konusu faktörler müşterilerin ürün kalitesini olumlu ya da olumsuz algılamasına neden olabilmektedir.

1.2.2. Kalite Hareketinin Tarihsel Gelişimi

Kalite ile ilgili yazın incelendiğinde, kalite ile ilgili kayıtların milattan öncesine kadar uzandığı görülmektedir. Örneğin eski Mısır'da piramitlerin yapımında ustaların kalite konusunda sorumluluk aldığı, yonttukları taş bloklarının yüzey ve kenarlarının ölçütsel kontrolünü yaptıkları bilinmektedir. Eski Mısır'da muayene elemanları taş blokların yüzeylerinin dikliğini bir tel ile kontrol ediyorlardı. Öte yandan Grek ve Romalıların antik eserleri kalite anlayışının tarihsel kökeni hakkında bize ip uçları vermektedir. Yine J. Gutenberg'in matbaayı buluşu, değiştirilebilen standart parça üretimi ve bunun kullanımının ilk örneği olarak kabul edilmektedir (Mitra, 1998; 2 ; Peşkircioğlu, 1999; 11). Aynı şekilde tarihin bilinen ilk yazılı kalite güvence belgesi niteliğinde olan Hammurabi Yasaları'nın 229. maddesinde "eğer bir inşaat ustası bir ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp sahibinin üstüne çöker ve ev sahibinin ölümüne neden

olursa, o inşaat ustasının başı vurulur” denilmekte ve bu şekilde kalitesizlik cezalandırılmaya çalışılmaktaydı. Ancak kalitenin bu gün kullandığımız anlamıyla bilimsel bir kavram olarak ortaya çıkması 19.yüzyıla rastlamaktadır (Halis, 2000; 37-38).

Kalite hareketinin gelişim süreci dört ayrı aşamada incelebilir: Bu aşamalar Şekil-1.2’ de gösterilmiştir:



Şekil-1.2: Kalitenin Gelişim Süreci

Kaynak: (Akat vd.,1999; 391)

Şekil-1.2’de görüldüğü gibi kalite muayene ile başlayan kalite gelişim süreci, önleme ve istatistik faaliyetlerinin ağırlık kazandığı kalite kontrol sürecine kaymıştır. Kalite kontrol aşamasını takip eden süreçte önleme, ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri ve bunun sonucu olarak belgelendirme faaliyetlerinin önem kazandığı görülmektedir. Kalite anlayışı gelişiminin son halkası ise Toplam Kalite Yönetimi’dir.

1.2.2.1. Kalite Muayene

13. yüzyılda Avrupa’da zanaatkarlıkta usta-çırak ilişkisinin gelişmesi ile, imalat yerlerinde ustalar bir taraftan yapılan işlerin kalitesine nezaret etmiş, diğer taraftan çırakları eğitmişlerdir. Söz konusu dönemde işin kaliteli olarak yapılması ve çırakların yetiştirilmesi ustaların zanaatkârlık ve ahlaki sorumluluğu olarak kabul edilmekte ve bunun toplum açısından onursal bir amacı bulunmaktaydı.

Başka bir deyişle ustalar bir taraftan eğitici konumunda iken diğer taraftan muayene elemanı idiler (Akat vd., 1999; 391 ; Peşkircioğlu, 1999; 11).

Nüfusun artması ve toplumların gelişmesi insanların gereksinimlerini artırmış ve çeşitlendirmiştir. Modern endüstriyel sistemlerin ortaya çıktığı 19. yüzyılda, ABD’ de Frederic Taylor bilimsel yönetimin öncülüğünü yapmış, planlama ve yönetim fonksiyonunu yöneticilere ve uzman kadrolara devrederek, işçi ve ustaları bu fonksiyonların dışında “kol gücü ” olarak tanımlamıştır. Taylor, işgücü performansının zaman-hareket etütleri ile oluşturulacak randıman standartları ve kuralları ile belirlenebileceğini söyleyerek, işlerin küçük ve basit adımlara bölünerek, üretimin ve verimliliğin artırılabilirliğini savunmuştur (Peşkircioğlu, 1999; 12).

Endüstri devrimi öncesi, üretimin atölyelerde yapıldığı yıllarda, kalite o malı üreten ustanın sorumluluğu altında olmasına karşılık, endüstri devrimi sırasında, ilk takım tezgahlarının ortaya çıkması ile üretim sistemi ve ürün yapısı karmaşık hale gelmiştir. İşletmelerin büyümesi ve çok sayıda ustanın istihdam edilmesi, ürün kalitesi sorumluluğunu ürünü üreten kişiye yüklemiştir (Doğan, 2000; 34).

20. yüzyıl, önemli teknolojik gelişmelerin yaşandığı ve bunun yarattığı zenginlik ve refahın geniş toplum kesimlerine yayıldığı bir dönemi de başlatmıştır. Bu yüzyılın başında, endüstriyel sistemlere önemli yenilikler getirmiş olan Henry Ford, 1905 yılında Ford Motor şirketinde ilk kez montaj hattı uygulamasını başlatmış ve imalat ortamındaki karmaşık süreçleri niteliksiz işgücü tarafından yapılabilecek basit montaj operasyonlarına ayırmıştır. Ford’ un modelinde kalite sağlama görevi, montaj hattı sonunda mamullerin “iyiler” ve “kötüler” şeklinde ayırımını yapan muayene elemanlarına devredilmiştir. Bu uygulama ile kalite kayıplarının önlenmesi amacı ile ürün kalitesinden üretim nezaretçilerinin sorumlu olması uygulamasına geçildi. Nezaretçiler kalitesiz üretime neden olan işçilere yaptırım uygulayarak, firma güvencesi sağlamaya çalışıyorlardı (Peşkircioğlu, 1999; 12).

Son ya da nihai muayene yönteminde üretilen ürünlerin tek tek veya örnekleme yolu ile kontrol edilmesi amaçlanmaktadır. Kontrol sonucunda “iyiler” ve “kötüler” birbirinden ayıklanarak, belirli bir kabul edilebilir kalite düzeyine ulaşılmaya çalışılmıştır. Üretilen ya da sevk edilen parti içerisindeki kabul

edilebilir hatalı ürünlerin sayısı yüzde, binde veya milyonda ifadeleri ile açıklanmaktadır. Üretilen partilerden belli tekniklere göre örnekler alınır ve bu örnekler test edilerek tüm parti hakkında genel bir fikir yürütülmeye çalışılmaktadır. Ancak tahmin edileceği üzere bu uygulama ile yüzde yüz kalite sağlama mümkün olmamaktadır (Doğan, 2000; 35). Bu nedenle ileride belirtileceği gibi kalitenin ekonomik bir şekilde kontrolünün sağlanması bir gereklilik haline gelmiştir.

1.2.2.2. Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite Kontrol Anlayışı

1924 yılında matematikçi W.Shewart üretim ortamlarında kalitenin ekonomik bir şekilde kontrolünü sağlamak amacıyla İstatistiksel Kalite Kontrolü uygulamaları üzerinde çalışmaya başlamış ve istatistiksel teknikler kullanılarak süreçler üzerinde kontrol kurmaya ve böylece üretim sırasında ortaya çıkan uygunsuzlukları istatistiksel yöntemler aracılığı ile tahmin etmeye çalışmıştır. Bu yaklaşımla son kontrolde ayıklanarak piyasaya sürülmeyecek ürünlerin üretilmemesine çalışılıyordu (Peşkircioğlu,1999; 13). W.Shewart'ın Bell Laboratuvarlarında kontrol kartlarının endüstriyel kullanımı ile ilgili buluşu, bu gün modern anlamda bildiğimiz kalite kontrol, ya da istatistiksel kalite kontrolün başlangıcı sayılmaktadır (Summers, 1997; 9). Birinci dünya savaşı sırasında Amerika, kontrol kartlarını kullanarak çeşitli endüstrilerde yeniden yapılanmaya gitmiş ve özellikle askeri levazım alanında ucuz ve geniş miktarda üretim yapabilmıştır. Z-1 olarak bilinen savaş zamanı standartları bu gelişmenin sonucu olarak yayınlanmıştır (Ishikawa, 1985; 14).

Kalite Kontrol Kavramı ilk kez 1947 yılında Japonya'da Kaoru Ishikawa tarafından ortaya atılmıştır. Tokyo Üniversitesi laboratuvarlarındaki deneylerinde dağınık verilerle karşılaşan Ishikawa, istatistiksel yöntemler üzerinde çalışmaya başlamış, 1946 yılında Japon bilim adamları ve mühendisler tarafından kurulmuş özel bir organizasyon olan Japon Bilim Adamları ve Mühendisler Birliği'nin (JUSE) Kalite Kontrol Araştırma Grubu'nda (QCRG) yer alarak kalite kontrol çalışmalarına başlamıştır. 1950'de JUSE, bir diğer uzman olan Deming'i ABD'den Japonya'ya davet edip bir dizi konferanslar vermesini sağlamıştır. Deming ile birlikte modern kalite kontrol ve istatistiksel yöntemler Japonya'da uygulanmaya başlandığı görülmektedir (Halis, 2000; 57).

Deming, Juran ve Feigenbaum'dan etkilenen Ishikawa'nın, kalite yönetimi alanına getirdiği en anlamlı katkılardan birisi de, kalite kontrol çemberlerini geliştirip nasıl kullanılacaklarını belirlemesidir. Aynı zamanda Ishikawa, balık kılçığı diyagramını (Ishikawa Diyagramı) geliştirip kalite kontrol alanına önemli katkılarda bulunmuştur (Omachonu, 1991;78). Modern yönetim tekniklerinden olan kalite kontrol çemberleri; aynı çalışma biriminde bulunan yönetici ve personelin iş yerinde karşılaşılan problemlerin analizi, tanımlanması ve çözülmesi amacıyla gönüllü olarak belirli periyotlarla bir araya gelerek gruplar kurmasıyla meydana gelmektedir. Kalite kontrol çemberleri düşüncesi ilk olarak Amerika'da ortaya atılmasına karşın, öncelikle Japonya'da uygulama olanağı bulmuştur. Günümüz Japonya'sında 6 milyon işçiyi kapsayan 600.000 kalite kontrol çemberi oluşturulmuştur. Japon firmalarında ortalama her 8 işçiden biri kalite kontrol çemberlerine katılmaktadır (Terzi, 1995; 43).

Kaoru Ishikawa kalite kontrolünü, "en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi her zaman memnun eden kaliteli bir ürün geliştirmek, tasarlamak, üretmek ve sonra bakımını yapmak " olarak tanımlarken, Japon Endüstriyel Standartları (Japanese Industrial Standardts-JIS) kalite kontrolünü, "müşterinin gereksinimlerini karşılayan kaliteli mal veya hizmetleri ekonomik olarak üreten bir yönetim sistemi" olarak tanımlamaktadır (Ishikawa, 1985; 44). ISO 9000 Standartları'na göre ise kalite kontrolü, "kalite sisteminin unsurlarından biri olarak, kalite isteklerini karşılamak amacı ile kullanılan uygulama teknik ve faaliyetler"dir. (Peşkircioğlu, 1997; 26).

Kalite kontrolü, ürün kalite oluşum sürecinin çeşitli aşamalarında tasarım, prototip, hammadde, malzeme, yarı mamul, süreç ve operasyonlar üzerinde kalite kriterlerine uygunluğunun gözlenebilmesi ve yetersiz performansla neden olan unsurların belirlenerek ortadan kaldırılması amacı ile yapılan uygulama teknikleri ve faaliyetler olup, sadece mamul ve yarı mamuller üzerinde değil, aynı zamanda üretim sürecine ilişkin tasarım parametrelerinin istenen kalite düzeyine uygunluğunun izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsamaktadır (Peşkircioğlu, 1997; 26).

Toplam Kalite Kontrol kavramını ilk kez ortaya koyan kişi Dr. V. Feigenbaum'dur. Feigenbaum Toplam Kalite Kontrolü'nü; "en ekonomik seviyede, tam olarak müşteri tatmini sağlamaya yönelik olarak, bir işletme

içindeki üretim, pazarlama, insan kaynakları, finansman, mühendislik vb. birimlerdeki çeşitli grupların çabalarını entegre eden bir sistem olarak" tanımlamıştır (Ishikawa, 1985; 90 ; Akın ve Çetin, 1998; 109). Feigenbaum 1961 yılında Toplam Kalite Kontrol (Total Quality Control) adlı kitabını yayınlamış ve kalite kontrolünün tasarımdan, satışa kadar bir işletmenin tüm sahalarına yayılmasını sağlamıştır (Omachonu, 1991; 77 ; Bozkurt,1994; 118). Söz konusu kitabında hata maliyetlerine çok fazla para harcadığı halde, önlem için kaynakların yeterince kullanılmadığına değinmiş ve bu düşünceleri ile Amerika'da kalite maliyetlerini, kalite uzmanlarının araştırma konusu haline getirmiştir. Başka bir deyişle Feigenbaum, kalite yönetimine parasal bir yaklaşım getirmiştir. Kalite programlarının etkili bir şekilde uygulanması kurulması ve yönetiminin bu alanda yapılacak yatırımların geri dönüş hızını belirleyeceğine inanan Feigenbaum, kalitesizliğin maliyetinin -belirlenmesinin kalite yönetimi için gerekli olduğunu öne sürmüştür, kalitesizliğin maliyetini; değerlendirme maliyetleri, önleme ve başarısızlık maliyetleri olarak üç kategoride tanımlamıştır. Bu üç maliyet çeşidi ise kalitesizliğin toplam maliyetini oluşturmaktadır (Peşkircioğlu, 1997; 8).

Japonya'da Toplam Kalite Kontrol yaklaşımı Feigenbaum'un Toplam Kalite Kontrol yaklaşımından farklı olarak ele alınmış, kalite kontrolü faaliyetlerine tüm çalışanların aktif katılımı sağlanmıştır. Ishikawa'ya göre kalite kontrolü faaliyetlerinde genellikle sadece ciddi problemlere yanıt veren kalite kontrol uzmanlarının çalışması yetmemekte, tüm çalışanların katılımı gerekmektedir (Ishikawa, 1985; 90-91 ; Omachonu,1991; 78). ABD'de yaygın olarak kullanılan parti üretildikten sonra örnekleme ile muayene faaliyetini Kalite Kontrol bölümünden muayeneciler yaparken (Doğan, 1991; 31), Japon yaklaşımında kalitenin sorumluluğu nezaretçi ve işçilerde olup, bu görev Kalite Kontrol departmanına bırakılmamıştır. Japon Toplam Kalite Kontrol yaklaşımının temel bakış açılarından birisi de; hata ve eksikliklerin kaynağında bulunması ve mümkünse düzeltilmesidir (Omachonu, 1991; 77). Üretim süreçlerinde hatanın doğrudan olduğu yerde tespit edilip düzeltilmesi anlamına gelen "kaynağında kalite" sloganı Japon yaklaşımına hakim olmuş, bu sayede kusurlara ilişkin hızlı bir geri besleme sağlanarak, yeniden işleme için daha az zaman ve materyal kaybı sağlanmıştır (Doğan, 1991; 31).

1.2.2.3. Kalite Güvencesi

İşletmelerde üretim sonrası muayene ve düzeltmeye dayanan kalite kontrolü, bitmiş ürünlerin kalitesini güvenceye alacak yeterlikte değildir. Çünkü imalat sürecinde ürünün bitirileceği sırada kusurlarının düzeltilmeye çalışılmasının maliyeti oldukça yüksektir. Yüksek maliyet ise rekabetçi koşullarda işletmeler için büyük bir dezavantaj olabilmektedir. Kalite güvencesi, önlemenin düzeltmekten daha iyi olduğu düşüncesinden yola çıkmakta; tasarımda materyal seçimi, üretimi ve dağıtılmasına kadar her aşamada ürün kalitesinin tamamen kontrolünü sağlamaktadır (Bozkurt, 1993; 7). Bir organizasyonda, belli standartlarla tespit edilen kaliteyi geliştirme, koruma, iyileştirme, müşterinin beğenisini kazanma ve en ekonomik düzeyde bir üretim sağlamayı amaçlayan planlı ve sistematik çabaların bütünü olarak tanımlanan kalite güvencesinin üzerinde durduğu alan; ürünün prosedürlere ve şartnamelere uygunluğudur. Bu kavram BS 5750 ve ISO 9000 gibi kalite güvence sistemleri ile eş anlamlıdır. Esas olarak bir denetim süreci olan bu araç, sık sık istatistiksel süreç kontrol teknikleri kullanılarak belirlenmiş prosedürleri uygulayıp kaliteyi sağlamayı amaç edinir. Kalite kontrolü ve kalite güvencesi arasındaki fark birincisinin ürün, ikincisinin ise ürünü meydana getiren süreç çapında bir yaklaşımı benimsemiş olmasıdır (Halis, 2000; 61-62).

1.2.2.4. Toplam Kalite Yönetimi

Kalite yönetimi felsefesi evrensel üç süreç olan kalite planlama, kalite kontrol ve kalite iyileştirme aşamalarından meydana gelmektedir. Juran üçlemesi olarak da bilinen (The Juran Trilogy) bu yaklaşım, yönetimin kaliteye ulaşmadaki sorumluluğuna ve hedeflerin belirlenmesi ihtiyacına odaklanmaktadır (Juran, 1992; 15 ; Akın ve Çetin, 1998; 95-96). Söz konusu süreçlerden kalite planlama aşaması; kalite hedeflerinin minimum bir maliyetle sağlanması ve müşteri ihtiyaçlarının belirlenmesi, müşteri ihtiyaçlarına cevap verecek ürün özelliklerinin geliştirilmesi, süreçteki yeterliliğin ispat edilmesini kapsar. Kalite kontrol ise mevcut performansın ölçümünü, mevcut performans ile kalite hedeflerinin karşılaştırılmasını ve sapmalardaki farkla ilgili düzeltici önlemlerin alınmasını, nelerin kontrol edileceğinin belirlenmesini, ölçüm birimlerinin seçimini, ölçütlerin oluşturulmasını ve performans standartlarının belirlenmesini kapsamaktadır. Kalite yönetiminde kalite geliştirme ise; kalite iyileştirme ile ilgili olarak ihtiyaçların belirlenmesi, özel projelerin hazırlanması, ilgili projelerin organize edilmesi, kalite

iyileştirme nedenlerinin keşfinin organize edilmesi, kalite nedenleri bulmak için teşhisin yapılması, iyileştirme ile ilgili tedavilerin yapılması ve etkinliğinin onaylanması ve kalite iyileştirme ile ilgili faydanın tespiti için gerekli kontrollerin yapılmasını kapsamaktadır.

1980'li yıllarda Amerikan sanayi sektörü, ürünlerini ve hizmetlerini farklılaştırma, maliyetlerini düşürme ve rekabet gücü elde etme açısından kalitenin önemini anlamıştır. Bu gelişmenin yanı sıra endüstrideki deneyimler de klasik kalite görüşüyle bu amaçlara ulaşamayacağını göstermiştir (Kocadağ ve Özgen, 1994; 325). 1987 yılında Amerikan yapımı ürün ve hizmetlerde kalitenin düşüşü karşısında harekete geçme gereği duyan Amerikan kongresi, şirketleri olağanüstü kaliteli ürün ve hizmetler üretmeleri konusunda teşvik etmeye karar vermiş ve Japonların saygın Deming Ödülü örnek alınarak, Malcolm Baldrige Kalite Ödülünü oluşturmuştur. Bu kararın en büyük gerekçesi ise, kalite konusunda Deming'in Japonya'daki etkisidir (Vavra,1999; 36)

Uluslararası rekabetin gelişmesi, koşullarının zorlaşması ve tüketici hareketinin evrensel düzeyde gelişmesi, kaliteyi bütünsel olarak ele alma gereğini doğurmuştur. Kaliteye ve onun sağladığı sürece bütünsellik içinde bakma gereği, 1980 yılların başından itibaren "toplam kalite" kavramının tüm dünyaya yayılmasına neden olmuştur. Bu kavram içinde yer alan "toplam" sözcüğü kalitenin "tüm süreçlerde", "tüm işlerde" ve "herkesin katılımı" ile sağlanabileceğini ifade etmektedir (Peşkircioğlu,1999; 57).

Toplam Kalite Yönetimi sürekli gelişmeyi, tüketici ihtiyaçlarının sürekli karşılanmasını, ekip çalışmasına dayalı problem çözme tekniklerini, sonuçların sürekli ölçülmesini ve arz edicilerle daha yakın ilişkiler kurmasını ön plana çıkaran bütünsel bir yönetim felsefesidir. Deming Toplam Kalite Yönetiminin kurucusu ve öncüsü olarak kabul edilmektedir. Deming, geliştirmiş olduğu 14 yönetim ilkesi ile Toplam Kalite Yönetiminin çatısını oluşturmuştur. Bu ilkeler, müşteri odaklı politikalar, üretimde ve dağıtımda geliştirme, yüksek kaliteye ulaşmak için süreçlere ilişkin standartları geliştirme, kalitenin çalışanlar yoluyla artırılması, işçi katılımının geniş bir şekilde sağlanması ve toplam örgütsel bağlılığı gerektiren kalite geliştirme sürecidir (Akgeyik, 2000; 625). Toplam Kalite Yönetimi sadece kaliteyi ve verimliliği öngören bir sistem olmayıp, bir sistem bütünlüğü içinde bir örgütün ve onun etkinliklerinin tüm yönlerinde; insan

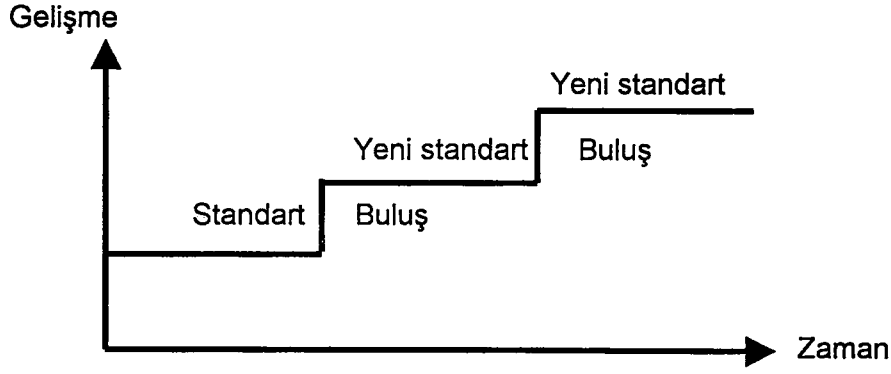
davranışlarında, süreçlerde uygulanan yöntem ve tekniklerde, çalışma ortamında, ürün ya da hizmette, yani bütünüyle örgüt kültüründe sürekli gelişim için değişimi esas alan bir felsefedir (Akal, 1996; 85).

1.2.2.4.1. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

Toplam kalite yönetiminin ilkelerini başlıca dört başlık altında toplamak mümkündür. Bu ilkeler; sürekli gelişme, toplam katılım, müşteri odaklı düşünme ve toplumsal sorumluluk ilkeleri olarak sıralanabilir.

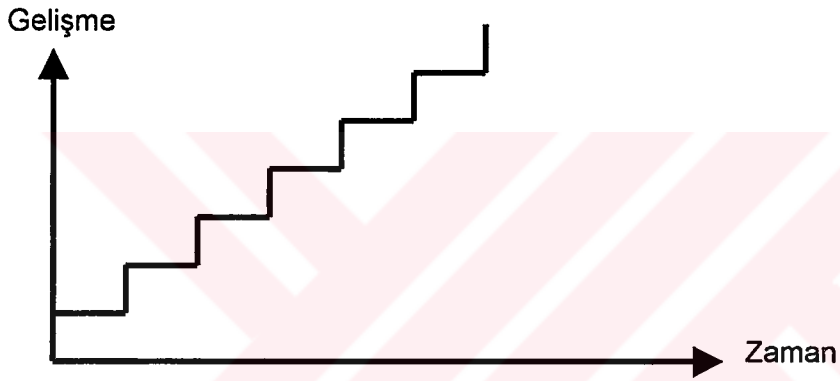
1.2.2.4.1.1. Sürekli Gelişme “Kaizen”

Japonca’da Kai=değişim, Zen=iyi, daha iyi anlamına gelmektedir. Bu iki sözcüğün birleşmesinden oluşan Kaizen sözcüğü “sürekli gelişme” anlamında kullanılmaktadır. Gerçekte sürekli gelişme kavramını Shewart ortaya atmıştır, ancak en başarılı uygulamaları Japonların gerçekleştirdiği görülmektedir (Doğan,2000; 110 ; Bayrak, 1997; 80 ; Tokgöz, 1994;47). Japonlar kalite yaklaşımını Deming ve Juran gibi Amerikalı kalite öncülerinden öğrenmelerine rağmen, bu konuda çok büyük gelişme göstermişlerdir. Günümüzde Amerikalı ve Avrupalıların kendilerinden Toplam Kalite Yönetimini öğrenmeye çalıştığı bilinmektedir. II. Dünya Savaşında harabe olan Japonya’nın başarısının altında yatan faktör ise, sürekli gelişme anlamına gelen “Kaizen” felsefesidir. Kaizen, küçük adımlarla uzun yolların alınması esasına dayanır ve tepe yönetiminden en alt kademedeki kişiye kadar herkes tarafından inanılması gereken bir süreçtir. Bu felsefe ile gelişme, küçük ama sık adımlarla gerçekleşir. Gelişme küçük ve sık olduğundan, çalışanlar uyum sorunu ile karşılaşmaz ve gelişme düzenli bir biçimde yükselen bir eğri şeklinde olur. Diğer taraftan buluş yaklaşımı, her biri belli araştırma projelerine bağlı olarak ulaşılan bir çıktı görünümündeki buluşlara bağlı olarak gelişmeyi ifade eder. Bu durumda gelişmeler oldukça aralıklıdır ve çalışanların uyum sorunu gündeme gelir. Bu sorunu aşmak için buluşlar standart hale getirilmekte ve çalışanların bu yeni standartlara bağlı kalmaları istenmektedir. Kaizen’ nin daha iyi anlaşılabilmesi için batılı ülkelerdeki gelişmeyi simgeleyen “Buluş yaklaşımı” ve “Kaizen yaklaşımı” nın şekilsel ifadeleri aşağıda gösterilmiştir (Budak, 1996; 39-44):



Şekil-1.3: Buluş Yaklaşımı ve Gelişme

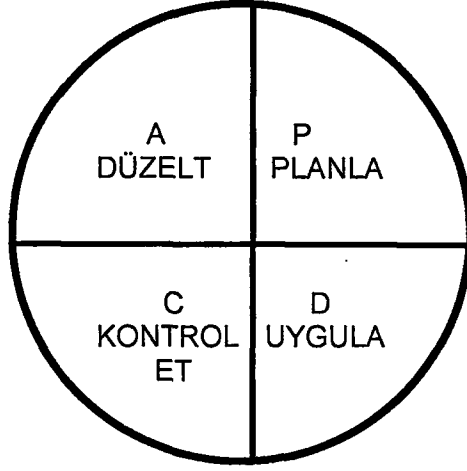
Kaynak: (Budak, 1996; 42)



Şekil-1.4: Sürekli Gelişme (Kaizen) Yaklaşımı ve Gelişme

Kaynak: (Budak, 1996; 43)

Sürekli gelişmede (P-D-C-A) çevirimi uygulanmaktadır. (P-D-C-A) çevirimini ilk olarak ortaya atan kişi Shewhart olmasına rağmen, bu çevirimi doğru bir şekilde özümseyerek 1950 yılında Japonlara aktaran Deming olmuştur. Bu nedenle "Deming Döngüsü" de denilmektedir. (P-D-C-A) çevirimi "planla-uygula-kontrol et-düzeltil" evrelerinden oluşmakta ve bu evrelerde iyileştirme için bir dizi faaliyet yer almaktadır. Söz konusu evreler ve iyileştirme faaliyetleri aşağıda belirtilmiştir (Geçikli, 1999; 228-230):



Şekil-1.5: Deming Döngüsü

- Planla:** Geliştirme amaçlı bir değişiklik planlanması.
Hedeflerin Saptanması.
Hedefin kim veya kimler tarafından gerçekleştirileceğinin belirlenmesi.
- Uygula:** Planın uygulanması.
- Kontrol Et:** İstenilen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı ile ilgili uygulama sonuçlarının kontrol edilmesi, değişikliğin yararlı olup olmadığının irdelenmesi, sonuç başarılı ise, uygulamanın standartlaştırılması ve bu iyileşmeden sürekli olarak faydalanılması.
- Düzeltil:** Eksik ya da yanlışların belirlenmesi ve revize edilmesi, hedeflenen ve gerçekleşen performans arasındaki sapmalara neden olan faktörlerin tespit edilmesi.

1.2.2.4.1.2. Toplam Katılım

Toplam kalite felsefesi, çalışanların yönetime çeşitli mekanizmalar ile katılmaları halinde çalışanların daha çok motive edileceklerini ve işlerinden daha fazla tatmin duyacaklarını ve sonuçta verimlilik ve etkililiğin artacağını ileri sürmektedir. Bu nedenle, toplam kalite yönetimi işletmedeki tüm bireylerin katılımını ve yetkilendirmesini istemektedir. Bu katılım, organizasyonu geliştirmek

için çalışanların otorite, sorumluluk ve yetkilerle donatılmasını beraberinde getirmektedir. Katılım süreci, tüm personelin bu yönde motive edilmeleri ile başlamaktadır (Akgeyik, 2000; 625). Toplam Kalite Yönetiminde tam katılım ya da toplam katılımcılık, bir kuruluştaki çalışan herkesin işini daha iyi yapabilmesi ve müşterilerin talep ve beklentilerini karşılayabilmesi için karar alma gücünün etkin yaygın ve etkin paylaşımı olarak tanımlanabilir (Akat vd., 1999; 395).

1.2.2.4.1.3. Müşteri Odaklı Düşünme

Günümüzün pazarında satılan ürünlerin teknolojik gelişmişliği ve çeşitliliği karşısında müşteri, eskisinden daha fazla seçici olmuştur. Bu nedenle müşteri daha zor tatmin olabilmekte ve kolaylıkla aldığı ürünü veya satıcısını değiştirebilmektedir. Bu yüzden müşterinin şimdi ve gelecekteki ihtiyaçlarını bilen, tahmin eden ve bu ihtiyaçları yerine getirmek için ürün geliştirme, çeşitlendirme vb. yönetim stratejilerini çok hızlı ve herkesten daha önce uygulayan firmaların rekabet gücü daima daha yüksek olmaktadır. Toplam kalite yönetimi, bu gerçeklerden hareketle, geleneksel yönetimin rekabet gücü ölçütlerini de içine alan, fakat önceliklerini değiştiren ve firmanın faaliyetlerini bu yönde gelişen bir davranış biçimine yöneltmeyi hedef alan bir kavramı hayata geçirmiştir. Bu kavram "müşteri tatmini" dir. Müşteri tatminini ön plana alan yönetim anlayışı ise, toplam kalite yönetiminin müşteriye odaklı (veya müşteriye yönelme) yaklaşımının ifadesidir (Yenersoy, 1997; 52).

Kalite yönetiminin öncüleri (başta Deming olmak üzere), üreticilere ürünlerinin kalitesini yükseltmede yardımcı olmaya çalışırken, şirket içi kalite ölçümlerinin (örneğin spesifikasyonlara uygunluk ya da şirket içinde saptanmış hedeflere ulaşma gibi) bir değeri olmadığını fark etmişlerdir. Kalite, müşteri açısından uygun ve onun tarafından algılanabilecek yollardan açığa vurulmadığı sürece, gelişme çabaları boşa gidecektir. Bu nedenle Deming'in tüm kalite geliştirme süreci müşteri bilgisi ve geri bildirimine dayanır. Örneğin Deming "Sürekli Gelişme Sarmalı" kavramını açıklarken, müşteri tatmini ölçümünün özellikle müşteri tepkilerinin ürün tasarımına yansıtılmasında kullanılması gerektiğini ve böylece yönetimin değişen talepleri ve gereksinimleri tahmin edebileceğini ifade etmiştir (Vavra, 1999; 32).

1.2.2.4.1.4. Toplumsal Sorumluluk

Geleneksel yönetim anlayışı, kuruluşların topluma karşı sorumluluklarını ve toplumsal gelişime katkılarını dile getirmezken, bilgi paylaşımına dayalı toplam kalite yönetimi bu olguyu kuruluş içinde olduğu kadar, kuruluş dışında da gerçekleştirmeye çalışır. Toplam Kalite Yönetiminin toplumsal boyutu, bilinenlerin ve öğrenilenlerin toplumla ve diğer kuruluşlarla paylaşımı ile “tekerleğin yeniden keşfi” için boşa vakit harcanmasının önlenmesi ile ilgilidir. Toplam kalite anlayışının yerleştiği kuruluşlarda, çalışanların bu anlayışı ailelerine ve topluma yayarak, ülke ve dünya sorunlarına karşı daha ilgili birer birey olarak bu konularda üstlerine düşen ödevleri yerine getirmede daha duyarlı olmaları beklenir (Peşkircioğlu, 1999; 66)

1.2.2.4.2. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları

Toplam Kalite Yönetiminin gerek işletmeler açısından gerekse müşteriler açısından bir çok yararını sıralamak mümkündür. Söz konusu yararlar ; karlılık düzeyinde artış sağlanması, verimin artması, maliyetlerin azalması, çalışanların tatmini, müşteri şikayetlerinin ve garanti ödemelerinin azalması, müşteri sürekliliğinin sağlanması, mevcut pazar payının korunması ve artırılması, ekip çalışması anlayışının benimsenmesi, çalışanların katılımlarının ve iş doyumlarının sağlanması, işgücü devrinin azalması, kalite düzeyinin iyileştirilmesi, fire ve yeniden işlemlerin azalması, ortam koşullarının iyileştirilmesi, yöneticiler ve çalışanlar arasında iyi ilişkiler geliştirmesi, önceliklerin belirlenerek anahtar hedeflere odaklanmanın sağlanması, ortak bir dil kullanılması, müşterilere ulaşma becerilerinin kazanılması, daha az servis-bakım hizmeti gerektirmesi, maliyet ve zamandan tasarruf sağlanması ve kaynakların optimum kullanımı olarak sıralanabilmektedir (Karagöz,1998; 99-100 ; Budak; 1996; 35-36).

1.3. HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE

Günümüzde hizmet sektörünün ülke ekonomileri içindeki yeri, bir kalkınmışlık ölçütü olarak karşımıza çıkmaktadır. Son otuz yıllık süreç içinde tüm dünya ulusal ekonomileri içinde hizmetler sektörünün payının hızla arttığı görülmektedir. Örneğin 1970'lerden bu yana ABD hizmet sektöründe işveren sayısının %60, Japonyada %40 arttığı görülmektedir (Bergman ve Klefsjö, 265).

ABD'de hizmetler sektörü son kırk yılda olağanüstü büyüyerek, gayri safi milli hasılanın %70'ni, toplam istihdamın ise %75'ini yaratır duruma gelmiştir (Gözlü, 1995;85). Öte yandan 1989 yılı verilerine göre İngiltere'de hizmet sektörünün ulusal gelir içindeki payının %62, Almanya'da %60, Japonya'da %56 ve Fransa'da %67 olduğu tespit edilmiştir (Ghobadian vd.,1994; 43). Diğer taraftan Dünya Bankası'nın 132 ülke arasında yaptığı refah sıralamasında, refah düzeyleri ve hizmet sektörünün ağırlığı arasında bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Öztürk, 1996; 65). Amerika'da yapılan nüfus sayımına göre her 100 insandan 75'inin hizmet işletmelerinde çalıştığı saptanmıştır. Bu sayıya imalat sektöründe hizmetlerle ilgili çalışanları da eklediğimizde, her 100 kişiden 86'sının hizmet sektöründe çalıştığını söylemek mümkündür. Hizmet sektörü ile ilgili verilen bu rakamlardan da anlaşılıyor ki yaşam standartlarımızın yükselmesi büyük ölçüde hizmet sektöründe kalite ve verimliliğin artmasına bağlıdır (Deming, 1994; 184-185).

Hizmet işletmelerinde kaliteye olan ilginin 1980'li yıllarda gittikçe arttığı görülmektedir. Toplam Kalite Yönetimi, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) ve Avrupa Kalite Ödülü, Malcolm Baldrige Ulusal Ödülü, ISO 9000 Standartları ve Uluslararası Hizmet Kalitesi Derneği (ISQA) gibi faktörlerin de bu ilginin artmasına ivme kazandırdığı söylenebilir (Gummerson, 1994; 87). Hizmet sektörünün ülke ekonomileri ve yaşam standardı açısından artan önemi, daha önce imalat sektöründe uygulanan kalite ilke ve uygulamalarının hizmet sektörüne de uygulanmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Ancak son yıllara kadar kalite konusunda yapılan çalışmaların mamul kalitesi ile ilgili olması, hizmet işletmelerinin kalite ile ilgilenmekte oldukça geç kaldıklarını göstermektedir (Uyguç, 1998; 22). Öte yandan hizmet sektörünün ülke ekonomileri içinde büyümesi ve gelişmesi, hizmet üretimi ile ilgili sorunların güncellik kazanmasına yol açmış, buna bağlı olarak son yıllarda hizmet sektöründe verimliliğin artırılması, hizmet kalitesinin kontrolü, hizmet kalitesi modellerinin geliştirilmesi ve hizmet kalitesinin ölçülmesi gibi konularda yapılan araştırmalar hızla artmıştır. Kalitenin öncülerinden Deming, hizmet işletmelerinde verimsizliğin tıpkı imalat işletmelerinde olduğu gibi tüketiciler için fiyatları yükselttiğini ve yaşam standardını düşürdüğünü öne sürmektedir. Deming'e göre kalite iyileştirme ilke ve yöntemleri üründen ürüne, hizmetten hizmete farklılık gösterse de imalat ve hizmet sektörleri için aynıdır (Deming, 1994; 183).

1.3.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Fiziksel mallardan farklı olması nedeniyle hizmetlerin tanımlanması daha zordur. Hizmetler güzellik salonlarında verilen hizmet etkinliklerinden, sigorta işletmelerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş alana yayıldığından ve çok çeşitli heterojen etkinlikleri kapsadığından oldukça karmaşık hale gelmekte ve tanımlanmasını da o kadar güçleştirmektedir. Bazı araştırmacılar genel kabul görmüş bir hizmet tanımının bulunmadığını, diğer bir kısım ise böyle tanımın geliştirilemeyeceğini öne sürmektedir (Uyguç,1992; 12). Günümüzde sözü edilen güçlüklerle rağmen hizmet kavramının bir çok yazar tarafından tanımlandığı görülmektedir.

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür (Kuriloff vd.,1993; 247). Aynı zamanda hizmeti zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyet olarak tanımlamak mümkündür (Gözlü, 1995; 86). Bir başka tanımda ise hizmetler, "Tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar" olarak tanımlanmaktadır (Mucuk, 1994; 319). Goetsch ve Davis hizmeti, "Hizmet başka birisi için iş icra etmektir" şeklinde tanımlarken (Goetsch ve Davis; 1998; 104), Collier hizmeti, "üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba " olarak tanımlamaktadır (Uyguç, 1998; 8). Başka bir tanımda hizmet, müşteri ile hizmeti sunan kişi veya kurumun karşılıklı olarak birbirleri ile diyalog kurmasını gerektiren sosyal bir faaliyet olarak da tanımlanabilmektedir (Tarım, 2000; 1025). Tanımdan da anlaşılacağı gibi, hizmetlerde çalışanların rolü ve davranışı çok büyük öneme sahiptir. Bu önem müşterinin kısmen hizmet üretiminin içinde olmasından ve müşteri ile hizmet personeli arasındaki yüksek derecedeki etkileşimin gerekliliğinden kaynaklanmaktadır (Dotchin ve Oakland, 1994; 28).

Yukarıdaki tanımları göz önüne aldığımızda hizmet; fiziksel ve psikolojik olarak kişiye, sosyal açıdan ise topluma zaman, mekan ve yer faydası sağlama olgusu olarak tanımlanabilir.

Hizmet kavramının çeşitli yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanması, büyük ölçüde hizmet kavramının özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmetlerin mallardan ayrılan çeşitli karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Söz konusu özellikler; fiziksel varlığının olmaması (soyutluk),

üretimle tüketimin birbirinden ayrılmaz olması (ayrılmazlık), değişkenlik, heterojenlik ve dayanıksızlık olarak sıralanabilir (Ghobadian vd., 1994; 44-46 ; Mucuk, 1994; 320-322 ; Bergman ve Klefsjö, 1994; 266):

- Soyutluk (Fiziksel varlığının olmaması)

Hizmetler fiziksel varlığı olmayan, dolayısıyla elle tutulamayan, gözle görülemeyen, tatma, işitme, koklama duyuları ile tüketicinin hakkında fikir edinemeyeceği türden, kısaca “soyut” mallardır. Hizmetlerin soyutluk özelliğinden dolayı hizmeti sağlayan ve sunan kişiler için açıklanması ve spesifik hale getirilmesi zordur. Ayrıca hizmeti alan tüketiciler için de hizmetin değerlendirilmesi zor olmaktadır. Diğer taraftan hizmetler faaliyetler ya da süreçler olduğundan, müşterilerin hizmeti satın almadan önce test etme şansı yoktur. Müşteri hizmeti satın aldığı anda somut bir şeyin sahibi olmayacağı için, hizmetin kalitesi hakkında fikir edinebilmek için somut ip uçları bulmaya, hizmetin verileceği yerden, verecek insanlardan, teçhizat, sembol veya fiyattan yararlanmaya çalışır. Hizmetlerin fiziksel varlığının olmaması onları mallardan ayıran en önemli karakteristik özellik olduğu gibi, hizmet pazarlamasını mal pazarlamasından ayıran bazı pazarlama sorunlarına da (hizmetlerin depolanmaması, patentle korunamaması, kolayca teşhir ve tanıtma imkanının olmaması) neden olmaktadır.

- Ayrılmazlık (Üretimle Tüketimin Eşzamanlı Olması)

Fiziksel mallar önce üretilip depolanır, daha sonra satılır ve tüketilirler. Hizmet ürünü ise, önce satılır, sonra da üretimi ile tüketimi aynı zamanda gerçekleşir. Başka bir deyişle üretim ve tüketimin birbirinden ayrılmazlık özelliği söz konusudur. Bu nedenle hizmetler, onu sağlayan veya hizmeti gerçekleştirenlerden ayrılmaz. Müşteri ise, hizmetin üretimine direkt olarak katılıp, hizmet üretim sürecinin bir parçası durumuna gelir.

- Değişkenlik ve Heterojenlik

Hizmetler bir çok alt hizmet sistemlerinden oluştuğu için, müşteri bu alt hizmet sistemlerinin toplamını değerlendirir. Bu nedenle hizmetin kalitesi ve çekiciliği, müşterilerin toplam değerlendirmesine bağlı olacaktır. Hizmetin kalitesi ise, hizmetin nerede, nasıl ve ne zaman verildiğine ve özellikle de hizmet sunan

kişilere bağlıdır. Başka bir deyişle hizmet sunanlar, müşterinin hizmet kalitesi algısını etkileyecektir. Aynı hizmeti sunanlar arasındaki değişkenlik bir yana, aynı insan bile, farklı zamanlarda farklı kalitede hizmet verebilir. Çoğu zaman nazik ve kibar olan bir çalışan, bazen kaba ve sinirli olabilmektedir. Bu durum kişinin moral durumu, iş yükü, müşterilerinin hizmetle ilgili olarak işbirliği yapma derecesi ve kişilik özellikleri gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Hizmet sektöründeki işletmeler değişkenlik riskini azaltmak yoluyla rekabet üstünlüğü ve rekabet avantajı sağlayabilir. Başka bir ifade ile hizmet işletmeleri, sundukları hizmetin kalitesini yükseltmek için, farklı zamanlarda veya farklı kişilere değişik kalitede hizmet değil, istikrarlı bir biçimde aynı düzeyde hizmeti vermelidirler. Hizmette heterojenliği gidermek ve standart sağlamak için, çalışanların titizlikle seçilmesi, eğitilmesi, işe alıştırma programlarının uygulanması, kalite için motive edilmesi, iyi bir denetim sistemi ile etkili bir geri bilgi akışı düzeninin kurulması gerekmektedir.

- **Dayanıksızlık**

Hizmetler sunulduğunda hemen kullanılmazsa (depo edilemeyeceğinden dolayı) boşa gider. Başka bir deyişle hizmetler üretildikleri anda tüketildiğinden depolanma ve taşınma şansı yoktur. Boşa giden bir uçak koltuğu, hastanın gelmemesi nedeniyle kullanılmayan bir doktor randevusu, depolanamayan hizmet özelliklerine örnek olarak verilebilir. Hizmetlerin bir özelliği de talebin fazla dalgalanmasıdır. Hizmet sektöründe talep, mevsimden mevsime, aydan aya, haftadan haftaya, günden güne hatta saatten saate değişkenlik gösterebilmektedir. Hizmet özelliklerinden dayanıksızlık ve talebin fazla dalgalanması, hizmetlerle ilgili planlama, fiyatlandırma ve tutundurmada ciddi problemler yaratabilmektedir.

1.3.2. Hizmette Kalite

Hizmetlerin temel özellikleri olan soyutluk, değişkenlik ve heterojenlik, dayanıksızlık, hizmet üretim ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi faktörleri (ayrılmazlık); hizmet üretimini, satışını, müşterilerin kalite algısını ve müşteri tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmetlerin soyut oluşu, müşterilerin satın almadan önce, alacakları hizmetin kalitesini değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Bir çok durumda ise, hizmet satın alınması ve kullanımı sonrasında da

hizmetlerde kalite kontrolü de son derece zordur. Ancak dikkatli personel seçimi ve eğitimle, hizmet kalitesini bir ölçüde standartlaştırmak mümkün olabilir (Parasuraman vd.,1985; 42 ; Kuns ve Lemmink, 1996;2 ; Tek, 1999; 430 ; Uyguç, 1998; 28 ; Öztürk, 1996; 66 ; Tütüncü, 2001; 50 ; Karafakıoğlu, 1998; 113).

En geniş anlamıyla hizmet kalitesi, “müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak tanımlanır (Odabaşı, 2000; 93). Başka bir tanıma göre ise hizmet kalitesi, “bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneği” olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 1996; 66). Tanımlardan da anlaşılacağı gibi hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır.

Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (Uyguç, 1998; 27).

Zeithaml algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı olarak “ tanımlamaktadır (Robledo, 2001; 23). Ghobadian’a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir (Ghobadian vd., 1994; 50).

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirip kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman, Zeithaml ve Berry ‘e göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Parasuraman vd., 1985; 48-49).

Tutum, bireyin nesnelere, sembollere ya da düşüncelere ilişkin olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri, duyguları ve eğilimleridir (Aytuğ, 1997; 39). Bazı yazarlara göre tatmin kısa dönemli bir kavram olmasına karşılık, algılanan hizmet kalitesi bir tür tutumdur ve beklentiler ile performansa yönelik algıların karşılaştırılmasından oluşmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi bir tür tutum olup tatmin ile ilgili ama aynı şey değildir. Bu nedenle hizmet kalitesi yazınında kullanılan “tatmin” kavramı, müşteri tatmini yazınında kullanılan “tatmin” kavramından farklıdır. Algılanan hizmet kalitesi, hizmetin üstünlüğüne yönelik uzun dönemli genel bir yargılama ya da tutum iken, tatmin spesifik bir iş ile ilgilidir (Parasuraman vd.,1988; 16 ; Uyguç, 1998; 46 ; Tütüncü, 2001; 53).

Diğer taraftan hizmet kalitesi ve müşteri tatmini ile ilgili yazın incelendiğinde hizmet kalitesi ve müşteri tatmini kavramları bazı yazarlarca eşanlamlı kullanıldığı, bazılarının ise söz konusu iki kavramı birbirlerinden farklı anlamlarda kullandıkları görülmektedir.

Çalışmanın bundan sonraki kısmında hizmet kalitesi olgusunun daha iyi açıklanabilmesi için hizmet kalitesini oluşturan boyutların açıklanmasına çalışılacaktır.

1.3.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Christian Gronroos bir hizmetin toplam kalitesini etkileyen üç önemli boyut olduğunu belirtmektedir. Söz konusu boyutlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite, ve firma imaj boyutlarıdır. Teknik kalite; hizmet sunumu süreçlerinde müşterinin “ ne “ aldığı ile ilgilidir (örneğin müşterin trene binip yolculuk yapması veya bir müşterinin bir otel odasını tutması). Örneklerde olduğu gibi tüketicilerin “ ne “ aldıkları, teknik sonuçlardır, buna hizmetin teknik kalite boyutu da denilebilir (Gronroos, 1984; 36-44):

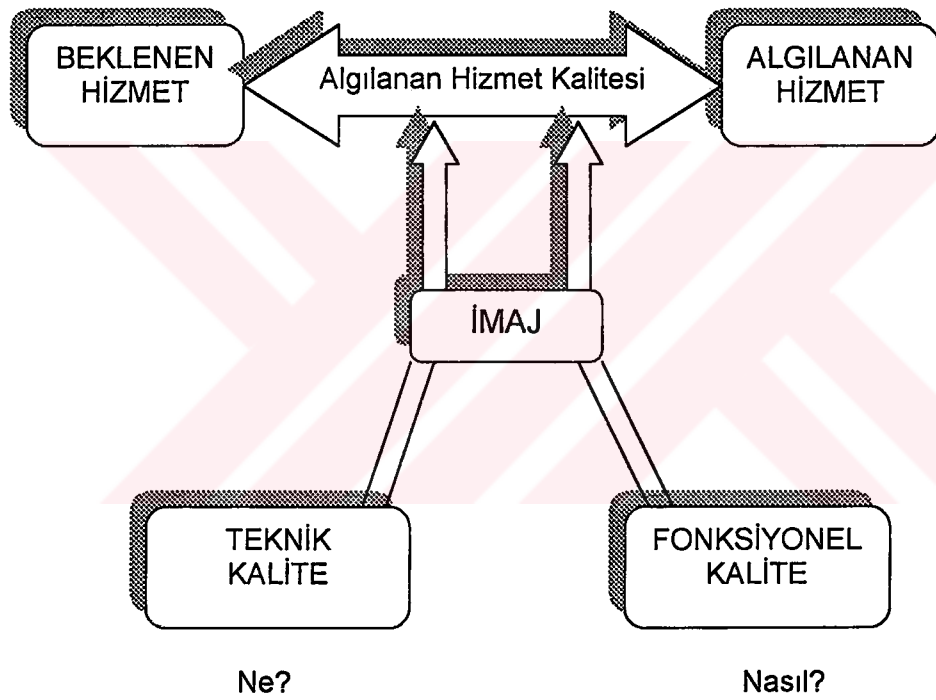
Gronroos’a göre tüketiciler teknik kaliteyi daha objektif bir şekilde değerlendirme şansına sahiptir. Hizmet üretimi tüketicilerle etkileşim halinde sunulduğunda, sadece teknik kalite boyutu, tüketicilerin söz konusu hizmetlerle ilgili algıladıkları toplam kaliteyi göstermeyecektir. Başka bir deyişle tüketiciler üretim sürecinin sonuçları yanında, sürecin kendisi ile de ilgilenirler. Tüketicilerin hizmeti veya teknik kaliteyi “nasıl” aldığı da önemlidir. Hizmet kalitesinin bu boyutu ise fonksiyonel kalite boyutu olarak adlandırılabilir.

Bu yaklaşımda teknik kalite, tüketicilerin "ne " aldığının bir sonucuyken, fonksiyonel kalite söz konusu hizmetin tüketiciler tarafından nasıl alındığının bir cevabıdır. Ancak burada önemli olan konu, fonksiyonel kalitenin, tüketiciler tarafından objektif olarak değerlendirilememesidir. Başka bir deyişle, fonksiyonel kalite müşteriler tarafından çok subjektif bir şekilde algılanır ve teknik kalite gibi kolayca değerlendirilemez. Algılanan hizmet, tüketici bakış açısı ile, bir kısmı teknik, bir kısmı fonksiyonel olan hizmet boyutları paketinin bir sonucudur. Algılanan hizmet kalitesi ise, tüketicilerin bekledikleri hizmet ile algıladıkları hizmeti karşılaştırma esasına dayanır. Hizmet kalitesinin bir diğer boyutu olan firma imajı, hizmet üreten firmanın tüketiciler tarafından nasıl algılandığının bir sonucudur. Müşterilerin beklentileri, hizmet aldıkları firma ile ilgili olan düşüncelerinden etkilenecektir. Bu anlamda firmanın hizmetlerinin tüketiciler tarafından nasıl görüldüğü ve algılandığı önemlidir. Firma, hizmetlerinin teknik ve fonksiyonel kalitesini birlikte inşa ederek, imajını istenen duruma getirebilir. Öte yandan firmanın imajı, geleneksel pazarlama faaliyetleri (reklam, fiyat düzenlemeleri vs.) ve dış faktörlerden de (gelenekler, ideoloji, kulaktan kulağa iletişim vs) etkilenmektedir. Örneğin çok iyi imajı olan bir restorana giden müşteri, yediği yemeğin kaliteli olmaması durumunda bile onu kaliteli olarak algılayabilir. Ancak yemeğin üst üste kötü olması durumunda müşteri açısından firmanın imajı değişebilecektir. Bununla birlikte söz konusu etkilenme, teknik ve fonksiyonel kalitenin firma imajı üstündeki etkisi kadar önemli değildir.

Gronroos'a göre fonksiyonel kalite, algılanan hizmetin çok önemli bir boyutudur ve bazı durumlarda teknik kalite boyutundan daha önemlidir. Başarılı bir hizmet yönetimi, hizmetlerin fonksiyonel kalitesini artırmaya ilgi göstermelidir. Çünkü fonksiyonel kalite yaratma, güçlü bir pazarlama fonksiyonudur ve geleneksel pazarlama faaliyetlerinden daha önemli olabilir. Algılanan hizmet kalitesinin yönetimi; beklenen ve algılanan hizmetin eşleştirilmesi, dolayısıyla müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır. Bu anlamda beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki açığı en düşük düzeyde tutmak için iki noktaya dikkat edilmelidir:

- Geleneksel pazarlama faaliyetleri yöntemleriyle müşterilere vaat edilenler inanılmaz olmamalıdır.
- Yöneticiler teknik ve fonksiyonel kalitenin nasıl etkilendiğini ve bu kalite boyutlarının müşteriler tarafından nasıl algılandığını anlamalıdır.

Hizmet işletmelerinde müşteri ile doğrudan ilişkide bulunan personelin fonksiyonel kalite üzerinde yaşamsal bir önemi vardır. Aynı şekilde fiziksel kaynaklar, teknik kaynaklar, firmanın hizmetlerine ulaşılabilirlik, müşterilerle sürekli iletişim ve müşteri odaklı self servis sistemleri gibi faktörlerde de fonksiyonel kaliteyi etkileyecektir. Öte yandan Gronroos, iyi teknik çözümler, çalışanların teknik yeterlilikleri, makinelerin uygun kullanımı ve bilgisayar tabanlı sistemlerle teknik kalite artırılabilirliğini öne sürmektedir. Şekil-1.6' da görüldüğü gibi firmanın imajı teknik ve fonksiyonel kalitenin bir sonucudur. Bu nedenle firma imajının yükseltilmesi ve dolayısıyla hizmetin toplam kalitesinin yükseltilmesi için teknik ve fonksiyonel kalitenin bir arada değerlendirilmesi gerekmektedir.



Şekil-1.6 : Gronroos' un Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak:(Gronroos, 1984; 40)

Lehtinen ve Lehtinen'nin araştırmalarında hizmet kalitesinin üç ayrı boyut altında incelendiği görülmektedir. Söz konusu boyutlar; fiziksel kalite (physical quality), firma kalitesi (corporate quality) ve etkileşim kalitesidir (interactive quality). Binalar, tesisler ve donanım gibi faktörler fiziksel kaliteyi etkilemektedir. Firma kalitesi ise, şirketin profilini ya da imajını yansıtmaktadır. Firma kalitesi, müşterilerin ve potansiyel müşterilerin şirket ya da firmayı kamuoyunda yarattığı

imaj açısından değerlendirmelerinin bir sonucudur. Bir diğer hizmet kalitesi boyutu olan etkileşim kalitesi, müşteriyle ilişkide bulunan personel ile firma müşterilerinin ilişkileri sonucu oluşur. Hizmetin türüne göre etkileşim kalitesi, müşterilerle hizmet veren personel arasında meydana gelebileceği gibi, müşteri ile diğer müşteriler arasında da oluşabilmektedir. Örneğin bir restoranda diğer masadaki müşterilerin gürültülü konuşmaları veya rahatsız edici davranışları sunulan hizmetin kalitesinin daha düşük algılanmasına neden olabilmektedir (Uyguç, 1998; 37-38 ; Parasuraman vd., 1985; 42 ; Öztürk, 1996; 71 ; Ghobadian vd., 1994; 51 ; Tütüncü, 2001; 54).

Sasser; Olsen ve Wyckoff hizmet performansının, materyal düzeyi, imkanlar ve personel olmak üzere üç farklı boyutu olduğunu belirtmektedir (Parasuraman vd., 1985; 42-43). Söz konusu boyutlardan materyal düzeyi, hizmet üretiminde kullanılan materyallerin niteliklerini ifade etmektedir. İmkanlar ise, hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer ile araç gereç gibi teknik olanakları ifade etmektedir. Başka bir boyut olan personel ise, hizmet veren personelin tutum ve davranışlarını kapsamaktadır (Uyguç, 1998; 36).

Jarmo Lehtinen hizmet kalitesini “süreç kalitesi” ve “ çıktı kalitesi” olarak iki boyutta değerlendirmektedir. Hizmetin süreç kalitesi, müşteri tarafından hizmet sunumu sırasında değerlendirilen kalitedir. Başka bir ifade ile süreç kalitesi, müşterinin hizmet üretimine katılımının niteliksel bir değerlendirmesi olup, onun kişisel ve öznel yargılarını kapsamaktadır. Hizmetin çıktı kalitesi ise, hizmet sunumundan sonra müşterinin, üretim sürecinin sonucu ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan kalitedir. Örneğin bir kuaförün seç kesimi sırasındaki sohbeti ve görülen yeteneği süreç kalitesini, saç kesimi sonunda saçın kesimi ve görüntüsü ise çıktı kalitesini ifade etmektedir (Öztürk, 1996; 71 ; Uyguç, 1998; 38).

Parasuraman ve arkadaşları tüm hizmet sektörleri için geçerli olabilecek 5 hizmet kalitesi boyutunun olduğunu öne sürmektedir. Söz konusu boyutlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarıdır. Hizmet kalitesi boyutlarını ayrıntılı bir şekilde açıklayan Parasuraman ve arkadaşlarının çalışmalarına çalışmanın ikinci bölümünde geniş yer verileceğinden, burada kısaca değinilmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE VE ALGILANMASI

2.1. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE VE MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle hekim-hasta ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içerdiği görülmektedir.

Hammurabi kanunlarının 215-220 maddeleri arasında yer alan bir maddesinde, "eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır, ya da apsesini açıp iyileştirirse, bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse ona 10 gümüş şekel (16.37 gramlık gümüş para) verilecektir" denilmekte, bir başka maddesinde ise, " eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adama derin bir kesik yapıp ölümüne neden olursa, ya da gözünü kör ederse, cerrahın sağ eli kesilecektir" denilmektedir (Eren, 1996; s.12-13).

Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD'de her yıl yaklaşık seksen bin kişinin tıbbi özensizlik/dikkatsizlik sonucu öldüğü tespit edilmiştir. Öte yandan sağlık işletmelerinde kötü bakımın parasal maliyeti de çok yüksektir (Brashier vd., 1996; 31).

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olabileceği düşüncesi, sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır. Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında sağlık işletmelerinde kalite olgusunun daha iyi anlaşılabilmesi için, öncelikle sağlık işletmelerinde müşteri ve müşteri tatmini konularına yer verilecektir.

2.1.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı

Rekabet ortamında kaliteyi kuruluşun yöneticileri veya kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirler. Bu nedenle müşterilerin kim olduğunun

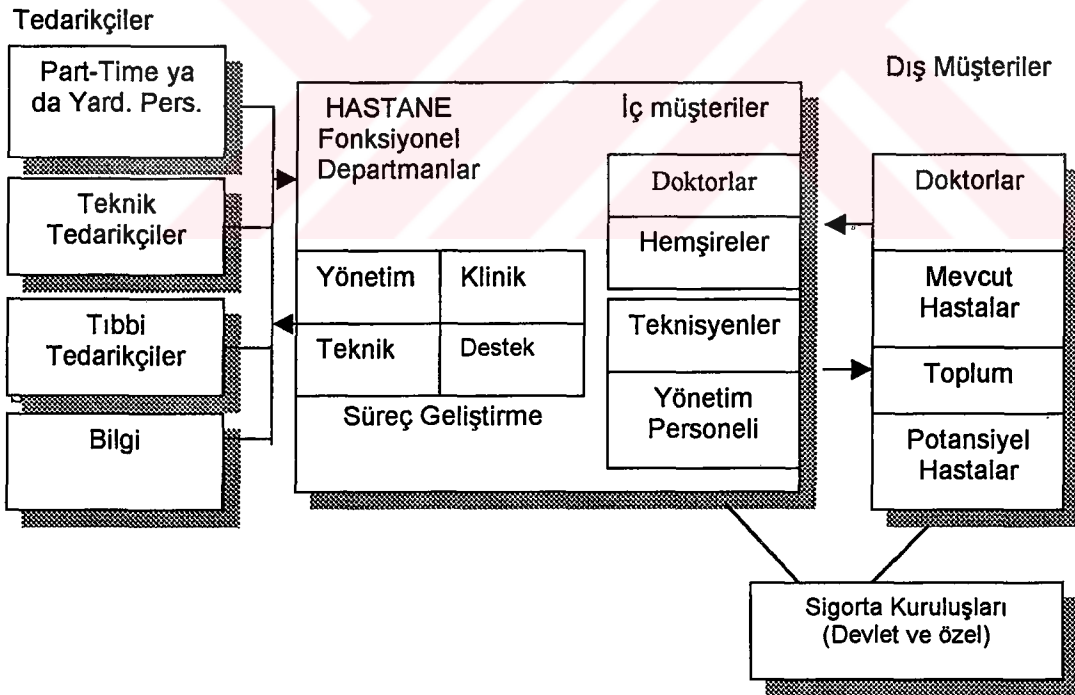
belirlenip, müşteri gereksinimlerinin etkin bir biçimde karşılanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gerekir (Dicle, 2000; 15).

Müşteri kavramını genel olarak, "bir mal veya hizmeti satın alan kişi" olarak tanımlanabilir. Gerek imalat işletmelerinde, gerekse de hizmet işletmelerinde, iç müşteriler ve dış müşteriler olmak üzere iki farklı müşteri grubu bulunmaktadır (Besterfield vd, 1999; 49).

Sağlık işletmelerinin yapısal açıdan çok karmaşık olması, müşterilerinin de karmaşık olmasını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık işletmeleri müşterilerinin oldukça heterojen bir yapıya sahip olduğu söylenebilir (Boonekamp, 1994; 14). Sağlık işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık işletmelerinin müşterisi denildiği zaman yalnızca hastalar akla gelirken, günümüzde "sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar " müşteri olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 292-293).

Sağlık işletmelerinin müşterilerini de, diğer bir çok organizasyonda olduğu gibi, iç ve dış müşteriler olarak iki grupta toplamak mümkündür (Omachonu, 1991; 31-39 ; Rakich vd., 1992; 409 ; Macintyre ve Kleman; 1994; 103-104 ; Kavuncubaşı, 2000; 292). Sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan kişi veya gruplar iç müşterileri oluşturmaktadır. Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar ise sağlık işletmesinin dış müşterileridir. Sağlık işletmelerinde hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanır ve aynı zamanda büyük bir dış müşteri grubunu oluşturur. Hasta yakınları ve çevresi, refakatçılar, ziyaretçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri (third-party payers), tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, çamaşırhane işletmeleri, çiçek satıcıları, müteahhitler, devlet ve toplum sağlık işletmelerinin diğer dış müşterilerine örnek olarak verilebilir. Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuvar teknisyeni, ev idarecisi vb.), sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar vb.), üst ve orta kademe yöneticileri, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık işletmelerinin iç müşterilerini oluşturmaktadır. Diğer taraftan, part-time çalışan doktorlar, sağlık işletmesinin hem iç müşterisi hem de dış müşterisi olabilmektedir.

Günümüzün kaliteye bakış açısı müşteriler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Örneğin "İç müşteri" kavramının yönetime kazandırılması, büyük ölçüde Toplam Kalite Yönetiminin prensiplerinden kaynaklanmıştır. Toplam Kalite Yönetimi bakış açısına göre, işletme içindeki birimler birbirlerinden mal veya hizmet alıyorsa birbirlerinin müşterisidirler (Özveren, 1997; 40). Bu yaklaşıma göre, sağlık işletmelerinde de hizmetin uygunluğu, kalite denetimi ve kalite geliştirme bütün kademe ve bütün süreçlerde yönetilmesi gerektiğinden, sağlık işletmesi içindeki birimlerin çıktıları da müşteri olarak kabul edilir (Rakich vd., 1992; 408). Bu anlamda sağlık işletmelerindeki birimler fonksiyonel ilişkiler nedeniyle birbirlerinin müşterisi olabilmektedirler. Örneğin hemşirelik servisi, ilaç kullanımı nedeniyle eczanenin, hastaların diyeti ile ilgilendiği için de beslenme biriminin müşterisi olabilmektedir. Aynı şekilde doktorlar da tanı için test istedikleri birimlerin (laboratuvar, röntgen vb.) müşterisidir. Yoğun bakım servisi acil servisin, sigorta şirketleri faturalama birimlerinin müşterisi olabilirken, sağlık işletmesinin tüm departmanları yönetimin müşterisi olabilmektedir. Bir sağlık işletmelerinin iç ve dış müşterilerine örnekler aşağıdaki şekilde verilmiştir:



Şekil-2.1: Bir Sağlık İşletmesinin İç ve Dış Müşterileri

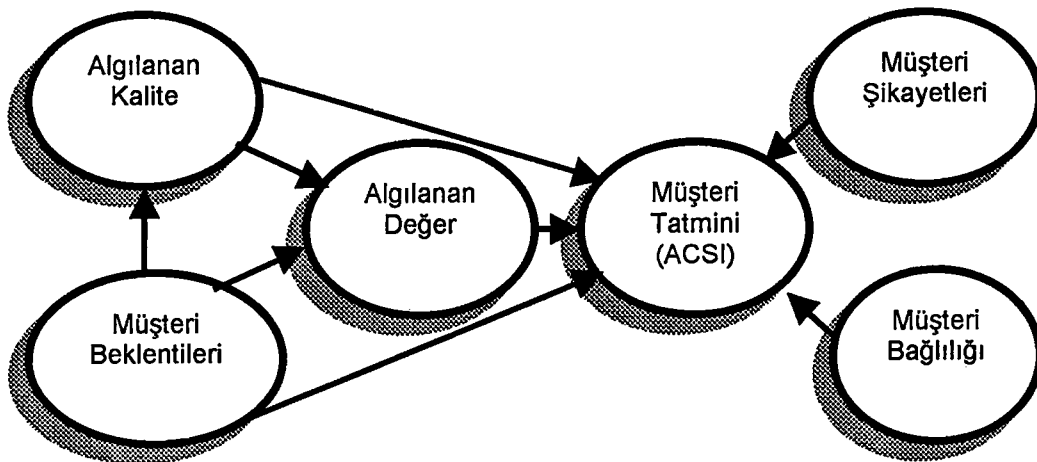
Kaynak:(Rakich vd., 1992; 409)

2.1.2. Sağlık İşletmelerinde Müşteri (Hasta) Tatmini ve Önemi

Tatmin olgusu, "müşterinin seçtiği alternatifin en azından beklentilerini karşılayacağı veya aşacağı şeklinde satın alma öncesindeki değerlendirmesi " olarak tanımlanabilir. Tatminsizlik de negatif olarak onaylanan beklentilerin sonucudur (Tek, 1999, 216). Başka bir ifade ile tatmin, bir ürün ya da hizmet ile ilgili olarak satın alma eyleminden önceki beklenti çerçevesinde satın alma eyleminden sonra yaşanan deneyimin tatmin edici olması durumudur. Öte yandan tatmin olgusunun ortaya çıkışından önceki ve sonraki ilişkileri kesin çizgileri ile anlayabilmek açısından bir tatmin modelinden yararlanmak büyük ölçüde yardımcı olabilir (Vavra, 1999; 51).

Müşteri tatmini ölçüm metodolojilerinden birisi de Glaes Fornell ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Daha önce İsveç' de uygulanmış olan İsveç Müşteri Tatmini Barometresi'nin de (Swedish Costumer Satisfaction Barometer- SCSB) mimarı olan Fornell, Michigan Üniversitesi İş İdaresi Okulu Ulusal Araştırma Merkezi ile, Amerikan Kalite Kontrol Derneği arasındaki ortak proje ile Amerikan Müşteri Tatmini Endeksini (American Costumer Satisfaction Index-ACSI) geliştirmiştir (Wallance ve Kanji, 2000; 882-893 ; Vavra, 1999; 39-40).

Şekil-2.2' de görüldüğü gibi ACSI tatmin modelinde tatmin olgusu, algılanan kalite, beklentiler ve algılanan değer unsurlarının sonucu olarak oluşmaktadır. Fornell ayrıca tatminin müşteri bağlılığı ve müşteri şikayetlerini de etkilediğini öne sürmektedir.



Şekil-2.2: ACSI Müşteri Tatmini Modeli

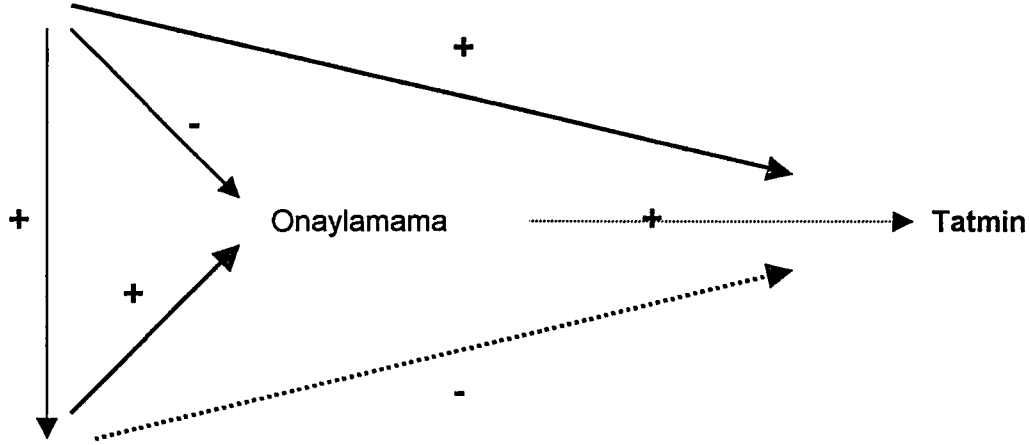
Kaynak : (Wallance ve Kanji, 2000; 893)

Beklentiler, müşterinin kullanacağı ürün performansına yönelik tahmin ve inançlarıdır (Özer, 1999; 163). Bir başka tanıma göre beklentiler, müşterilerin bir ürünün ya da hizmetin özelliklerine ilişkin ya da gelecekteki bir zamanda tercih etmesi konusundaki inançlarıdır (Vavra, 1999; 55). Beklentiler önceki deneyimlerden etkilenir. Örneğin müşteri beklentileri satıcılardan, arkadaşlardan ve diğer bilgi kaynaklarından elde ettiği bilgilere göre oluşabilmektedir (Tek, 1999; 216). 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 (Vavra, 1999; 55).

Müşteri tatmininin oluşumu ve tatmini etkileyen faktörler hakkında literatürde birbirinden farklı kuramlar geliştirilmiştir. Söz konusu kuramlar; Beklentinin Onaylanmaması (expectancy disconfirmation), Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki) (cognitive or cognitive dissonance), Benzeşim (assimilation), Benzeşim –Karşıtlık (assimilation-contrast), Denkserlik (equity), Atfetme (attribution), Kıyaslama (karşılaştırma) Düzeyi (comparison level) ve Uyumlaştırma (adaptation level) Kuramlarıdır. Ancak bu alanda en çok kabul gören kuram; Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'dır (Özer, 1999; 163).

Richard Oliver'in Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'na göre, müşteriler satınalma ve kullanma öncesinde, ürünün kullanım anında göstereceği performansa yönelik beklentilere girerler. Burada beklenen sonuç tatmindir. Söz konusu kurama göre, müşteri satınalma eylemine beklentileriyle girmekte ve satınalma veya kullanma sonucunda algıladığı performans ile satınalma öncesindeki beklediği ürün performansını kıyaslamaktadır. Kıyaslama sonucunda her iki performans birbirine eşitse onaylama gerçekleşmektedir. Algılanan ürün performansı, beklentilerden daha büyük olduğunda pozitif, küçük olduğunda ise negatif onaylamama gerçekleşmektedir. Şekil-2.3'te görüldüğü gibi, onaylamama tatmin öncesinde oluşmaktadır. Oliver, tatmin yargılarının beklentiler ve beklentilerle algılanan performans kıyaslaması sonucu oluşan onaylamamanın bir fonksiyonu olduğunu savunmaktadır. Onaylama ve pozitif onaylamama tatmin, negatif onaylamama ise tatminsizlik şeklinde duygusal tepkilere neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ürünün performansı, beklenenden daha iyi, aynı ve çok daha kötü çıkabilir (Özer, 1999; 163 ; Tek, 1999; 216 ; Vavra, 1999; 55-56).

Beklentiler



Algılanan Performans

Şekil-2.3: Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'nda Tatminin Oluşum Süreci

(Kaynak:Özer, 1999; 164)

Sağlık işletmelerinde de hizmet kalitesini değerlendirmede hasta beklentileri ve tatmini arasındaki ilişki önemlidir. Bu nedenle hasta tatminini ölçme, değerlendirme ve geliştirme ihtiyacı 90'lı yılların önemli araştırma konusu haline gelmiştir.

Sağlık bakım işletmelerinin pazarlama ve rekabet gücü kazanabilmeleri ve bunu korumaları için hasta tatmini önemli bir unsurdur. Ancak hasta tatminini sadece ölçmek yeterli değildir. Sağlık bakım kalitesini geliştirmek için bu ölçümün göstergelerinden yararlanmak gerekmektedir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları bağımsız bir aktivite olarak düşünülmemeli, sağlık işletmesinin genel performansını arttırmak yönünde kullanılmalıdır (Finkel, 1997; 12-15)

Amerika'da ürün ve hizmet kalitesinin düşüşü karşısında harekete geçme gereği duyan Amerikan Kongresi, 1987 yılında çıkardığı bir yasa ile, Japonların Deming ödülü örnek alınarak, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülünü oluşturmuştur. Bu ödül, A.B.D' de işletmelerin kalite geliştirme ve mükemmel performansa ulaşmada gösterdikleri üstün başarının, ulusal düzeyde tanınması amacıyla verilmektedir. Günümüzde Toplam Kalite Yönetimi anlayışını benimseyen kuruluşlarda müşteri tatmini, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite ödülü ile "meşruluk" kazanmış durumdadır. İşletmeler hizmet ve ürün sunma kalitesinin kontrolü amacıyla, müşteri tatminini bir kriter olarak kullanmaktadır. Başka bir deyişle müşteriye sunulan ürün/hizmetlerin ve bunlara eşlik eden hizmet verme

yöntemlerinin gerçek kalitesinin saptanmasında müşteri tatmini başı çeken bir kriter durumundadır (Vavra, 1999; 22).

Malcolm Baldrige Ödülü dokümantasyonu işletmeleri 7 ayrı kategoride, toplam 1000 puan üzerinden değerlendirmektedir. Tablo-2.1'deki sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili Baldrige Ödülü kriterleri incelendiğinde, gibi hasta ve diğer müşteri tatmini sonuçları kriterleri için yüksek puanın belirlendiği görülmektedir. 2001 yılı sağlık hizmetleri ile ilgili Malcolm Baldrige Ödülü kriterleri ve kriterlere ait puanlar Tablo-2.1'de gösterilmiştir:



Tablo-2.1: 2001 yılı Sağlık Bakım Hizmetleri ile İlgili Baldrige Ödülü Kriterleri ve Puan Tablosu

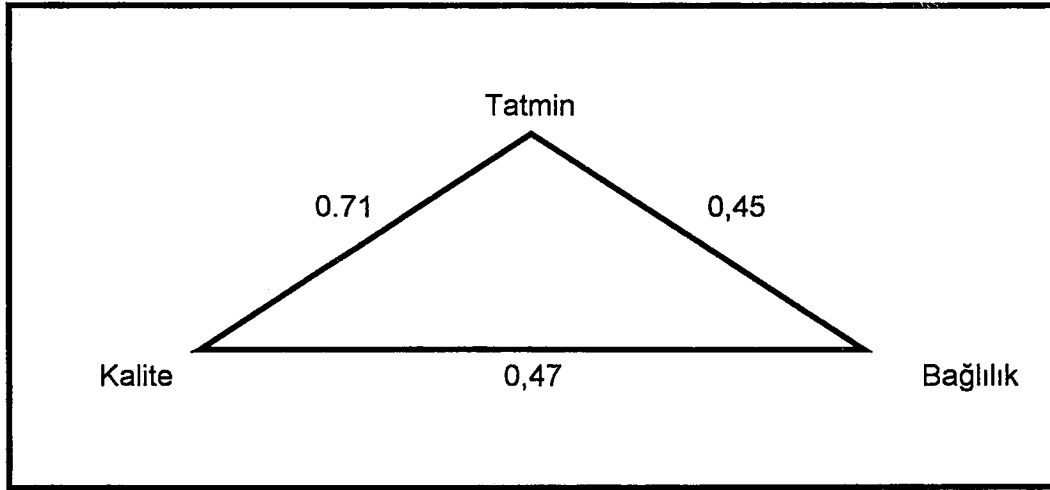
Kategoriler / Maddeler	Puanlar
1.0. Liderlik	120
1.1. Örgütsel Liderlik	75
1.2. Kamusal sorumluluk ve Şirket Vatandaşlığı	45
2.0. Stratejik Planlama	85
2.1. Strateji Geliştirme	40
2.2 .Stratejiyi Yayma	45
3.0. Hasta, Diğer Müşteri ve Pazara Odaklanma	85
3.1. Hasta/Müşteri ve Sağlık Bakımı Pazar Bilgisi	40
3.2. Hasta/Müşteri ilişkileri ve Tatmin	45
4.0 . Bilgi ve Analiz	90
4.1. Ölçüm ve Örgütsel Performansın Analizi	50
4.2. Bilgi Yönetimi	40
5.0. Çalışanlara Odaklanma	85
5.1. İş Sistemleri	35
5.2. Çalışanların Eğitimi ve Geliştirilmesi	25
5.3. Çalışanların İyiliği ve Tatmini	25
6.0 Süreç Yönetimi	85
6.1. Sağlık Bakımı Hizmet Süreçleri	45
6.2. İş Süreçleri	25
6.3. Destek Süreçleri	15
7.0. Örgütsel Performans Sonuçları	450
7.1. Hasta ve Diğer Müşteri Tatmini Sonuçları	125
7.2. Finans ve Pazarlama Sonuçları	125
7.3. Çalışanların ve İş Sisteminin Sonuçları	80
7.4. Örgütsel Etkililik Sonuçları	120
TOPLAM PUAN	1000

Kaynak:(<http://www.qualitytoday.com/library/bald-top-1.htm>, 2.5.2001)

Hizmet işletmelerinde müşteri beklentilerinin dikkate alınması veya ölçülmesi, işletmenin performansını gözden geçirme ve değerlendirmesi açısından önem taşımaktadır. Ancak Amerika'da Tüketici Hizmetleri Çalışanları tarafından derlenen ve yayınlanan kırk müşteri tatmini araştırmasından yalnızca iki tanesinin beklentilere ilişkin sorular içerdiği ya da beklentileri değerlendirmek gibi bir amaç taşıdığı veya tatmin değerlendirilmesi ile beklentiler arasında bağ kurduğu görülmektedir (Vavra, 1999; 55-56).

1970'li yılların ortalarına kadar sağlık işletmelerinin rekabet içinde oldukları düşüncesi yoktu. Oysa günümüzde rekabet "oyunun adı" olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmeti pazarlama uzmanları bu günün rekabet ortamı ile çeşitli nedenler öne sürmektedir. Bazı araştırmacılar sağlık işletmelerinde güçlü bir şekilde ortaya çıkan rekabetin en önemli nedeninin kapasite fazlası olduğunu öne sürerken, bazıları rekabetin asıl kaynağı olarak tüketim eğilimini neden göstermektedir (Arnold, 1994; 13). Güçlü bir şekilde ortaya çıkan rekabet karşısında sağlık işletmelerinin hasta tatmini ve sonuçlarına önem vermeye başladıkları görülmektedir. Örneğin 1990 yılında Amerika'da ki sağlık işletmelerinin %90'nının hasta tatmini ölçümlerini periyodik olarak kullandıkları tespit edilmiştir (Steiber ve Krowinski, 1990; 37).

Steiber ve Krowinski tarafından yapılan bir araştırmada algılanan kalite, hasta tatmini ve hasta bağlılığı arasındaki ilişki incelenmiş ve söz konusu üç unsur arasında yüksek düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Steiber ve Krowinski, 1990; 21). Şekil-2.4 incelendiğinde özellikle algılanan kalite ve hasta tatmini arasındaki korelasyon katsayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlerden tatmin olan hastaların aynı zamanda sunulan hizmetleri de yüksek kaliteli olarak algıladıkları söylenebilmektedir.



Şekil-2.4: Algılanan Kalite, Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığı Arasındaki İlişki

Kaynak: (Steiber ve Krowinski, 1990; 21).

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 artırıp 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 artırılabilceğini tespit etmişlerdir (Peyrot vd; 1993; 24-34).

Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı, hasta tatminini ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye edilmesi durumunu etkilemektedir. Bu nedenle hasta tatmini ölçüm sonuçları hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Öte yandan Sağlık işletmelerinin uzun dönemli bir başarı elde etmesinin temel anahtarından birisi de hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında sağlık hizmet kalitesi olgusu ile sağlık işletmelerinde teknik ve fonksiyonel kalite konularına yer verilecektir.

2.1.3. Sağlık Hizmet Kalitesi

Gerek imalat işletmeleri için, gerekse hizmet işletmeleri için kalite sağlamaya zorlayan sıkı rekabet ve maliyetlere verilen önem, sağlık işletmelerin de kalite sağlamanın önemini arttırmıştır. Bu nedenle son yıllarda hizmet kalitesi, sağlık işletmelerinin başarısı için sağlık hizmeti sunucuları, pazarlamacılar ve araştırmacılar tarafından önemli bir konu olarak ele alınmaktadır.

Hasta tatmininin odak noktası olan sağlık hizmet kalitesi konusunda yapılan araştırmalar, yalnız hasta tatmini odaklı hizmetlerde hastanın medikal ihtiyaçlarının arka plana atılabildiğini, ya da salt medikal ihtiyaçların karşılanması odaklı hizmetlerde hasta istek ve beklentileri ihmal edilebileceğini göstermektedir (Engiz, 1997;65). Bu anlamda sağlık işletmelerinin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun tanı ve tedavi prosedürleri uygulaması, diğer taraftan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerini göz ardı etmemesi gerekmektedir.

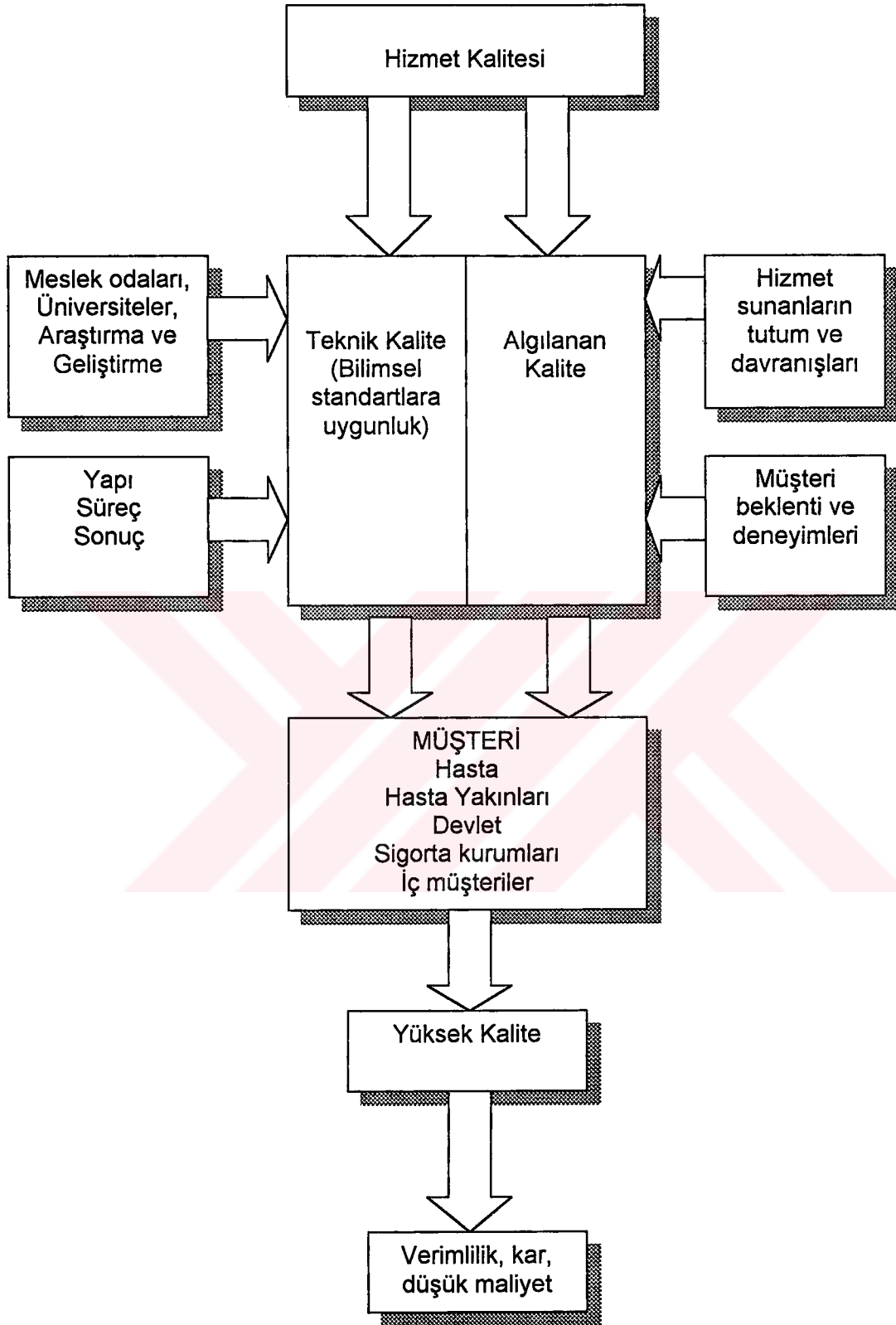
Günümüzde sağlık hizmet kalitesi konusunda henüz kesin bir tanımlamaya ulaşılamamasına rağmen, tartışmalarda hizmeti alanların sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularında odaklandığı belirtilmektedir (Özsarı, 1997; 9).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikleri belirtilmiştir (Özgen, 1995; 49). 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 sağlaması,
- 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 işbirliği 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 değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu yaklaşım verilen sağlık hizmetinin teknik kalite boyutudur. Bu açıdan sağlık hizmet kalitesi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesidir. Ancak hizmet alanların sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumu da (ne kadar bilimsel olursa olsun) kalite hedefini gerçekleştirmede yetersiz olacaktır. Omachonu tarafından gerçekleştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 270). Şekil-2.5'teki söz konusu yaklaşımı incelendiğinde sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ve dolayısıyla gelir artışına ve verimliliğe ulaşmada "teknik kalite" ve müşteri bakış açısını yansıtan "algılanan kalitenin" birlikte ele alındığı görülmektedir.



Şekil-2.5: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

Kaynak:(Kavuncubaşı, 2000; 271)

2.1.4. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Fonksiyonel Kalite

Sağlık bakım hizmetlerinde hastaların, gerek hizmet sunumu sırasında, gerekse de hizmet sunumundan sonra hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür (Asubonteng vd., 1996; 63-64). Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, daha çok sağlık bakım personelinin bakış açısı içersinde kalmaktadır. Çünkü bu bilgiler tüketici toplumu tarafından bilinmemektedir (Bopp, 1990; 6-15). Başka bir deyişle sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabileceği için, teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar verme şansına sahip olmayabilir veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir (Yerebakan, 2000; 47).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanıması veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık işletmesinde ortalama yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır (Mangold ve Babakus; 1991; 59-70 ; Berwick, 1988 ; 253-261 ; Lytle ; Mowka, 4-14 ; Tmes ve Peng, 1995; 26).

Sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, temel olarak tanı ve süreçteki doğruluk olarak tanımlanabilir. Örneğin ülkemizde sağlık bakanlığının hastane işletmelerini denetlemede dikkate aldığı özellikler, sağlık hizmetlerinin teknik çıktıları ile ilgilidir. Bu anlamda sağlık işletmelerinde teknik kalite daha objektif olduğundan tanımlanması ve ölçülmesi daha kolaydır. Diğer taraftan hastaların sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlere yönelik kalite algısı daha sübjektiftir, dolayısıyla hastadan hastaya değişiklik gösterir (Karafakıoğlu, 1998; 115). Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde sadece teknik kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık işletmesinin genel performansını yansıtmayacaktır. Sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ulaşmada gerekli bir diğer kriter de sağlık işletmesinin fonksiyonel kalitesidir. Çünkü yapılan araştırmalar fonksiyonel kalitenin hastaların kalite algısını etkileyen birincil değişken olduğunu göstermektedir.

Deming bir hastane işletmesinin aşağıda sıralanan performans karakteristikleri için oluşturulacak bir akış şeması veya dağıtım tablosu yardımıyla, yönetimin söz konusu hastane işletmesinde nerelerde yardıma ihtiyaç olduğunu ve sistemdeki değişikliklerin başarılı olup olmadığının anlaşılmasını sağlayacağını ifade etmektedir (Deming, 1994; 203-205):

- Laboratuvar sonuçlarını hasta takip çizelgelerine aktarmadaki gecikmeler,
- Hastalara yanlış dozda ilaç verilmesi,
- Hastalara yanlış ilaç verilmesi,
- İlacın yanlış verilmesi,
- İlaçla tedavi sırasında hastaların yeterince gözlenmemesi,
- Hastalara verilen ilaçlara gösterilen toksik tepki sayısı,
- Doktor tarafından istenen ama yapılmayan laboratuvar testi sayısı,
- Eksik tutulan tıbbi kayıt sayısı,
- Gereksiz cerrahi müdahale sayısı,
- Toplam cerrahi müdahale sayısı,
- Cerrahi müdahale sonrası komplikasyon sayısı,
- Toplam ölüm oranı,
- Cerrahide ölüm oranı,
- Acil servisteki ölüm oranı,
- Türlerine göre cerrahi müdahale sayısı,
- Yapılan kan nakli sayısı,
- Kan torbası üzerindeki yazının zor okunması ve kanın yanlış hastaya verilmesi nedenlerinden dolayı meydana gelen kan nakli tepkisi sayısı,
- Cerrahi müdahale öncesi ve sonrası durumun birbirini tutmaması,
- Laboratuvarlarda meydana gelen yangınlar, kimyasal maddelerin kaza ile dökülmesi ve diğer kazalar,
- Deney amaçlı ilaç kullanımı,
- Hastalardan gelen şikayetler,
- Ortalama hastanede yatış süresi,
- Çeşitli nedenlerle tecrit edilen hasta sayısı,
- İstenen röntgen sayısı,
- İstenen laboratuvar testi sayısı,
- Radyasyon prosedürü sayısı,

- EEG ve EKG sayısı,
- Hastalarla ilgili okunamayan istek ve rapor sayıları,
- Laboratuvar hataları,
- Laboratuvarlarda yeniden işlem oranı,
- Hastalardan numune alınması ve numunenin laboratuvarlara ulaştırılması arasındaki zaman,
- Numunenin uygun olmayan kap ile alınması ya da yetersiz olması, hasta adının eksik yazılması veya okunaksız bir şekilde yazılması, laboratuvar istek formundaki hasta adı ile kap üzerindeki adın birbirini tutmaması, numune kabının kırık ya da çatlak olması, numunenin laboratuvara gitmesi için gereğinden fazla bekletilmiş olması gibi nedenlerden dolayı kabul edilemez numune sayısı,
- Eksiklikler (parça olarak),
- Fazlalıklar (Parça olarak),
- Bilgisayarların çalışmama süresi ve bu süre uzunluğunun dağılımı,
- Son kullanma tarihi geçmiş kimyasal madde ve ilaç sayısı,
- Fazla çalışma kayıtları; hastalık veya başka nedenlerden dolayı işe gelmemiş personel sayısı.

Görüldüğü gibi Deming'in hastane performansını değerlendirmeye yönelik sıraladığı kriterler somut olarak ölçülebilir niteliktedir. Sağlık işletmeleri yöneticilerinin söz konusu çıktılar üzerinde yoğunlaşması, sağlık işletmesinin başarısı için büyük faydalar sağlayacağı muhakkaktır. Ancak günümüz rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında aynı zamanda hasta beklentilerinin, algılarının ve dolayısıyla hasta bakış açısıyla algılanan hizmet kalitesinin de ölçülmesi ve değerlendirilmesi sağlık işletmesinin başarısında belirleyici rol oynayacaktır.

Amerikan sağlık kuruluşlarını akredite eden ve kendi misyonunu ; toplumun nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamak olarak tanımlayan Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi (Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations -JCAHO), 1951 yılında Amerikan tıp, diş hekimliği ve hastane derneklerinin bir araya gelerek kurdukları bir komisyondur. Bu komisyonun amacı; hasta bakımı ve tedavisine odaklanan sağlık hizmetlerinin bireysel ve kurumsal performansını değerlendirmektir. JCAHO sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin kalitesini değerlendirmek amacıyla bazı alanlar seçmiştir. Bu alanlar; hasta hakları, sağlık kuruluşunun görev ve kuralları, hastanın muayenesi, teşhisi,

tedavisi, bakımı, eğitimi ve sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması, performans iyileştirme, liderlik, tedavi ve bakım ortamının düzenlemesi, insan kaynaklarının yönetimi, enfeksiyonların izlenmesi, kontrol altında tutulması ve önlenmesi, yönetim, tıbbi kadro ve hemşirelik gibi alanlardır (Çoruh, 1998; 1-8). Diğer taraftan JCAHO, hastanelerde hastalara verilen tıbbi hizmetlerin kalitesinden, tıp personelinin uygulama ve etik davranışlarından sorumlu olan, ve bu konularda hastane yönetim kuruluna hesap vermekle yükümlü tutulacak bir tıp hizmetleri organizasyonunun kurulmasını öngörmüştür (Kavuncubaşı, 2000; 109).

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 (Anderson, 1995; 33). Hastaların genellikle sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini doğru olarak değerlendiremedikleri göz önüne alındığında, daha çok hizmet süreçleri ile ilgili olan fonksiyonel kalite, hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını önemli ölçüde şekillendirecektir. Bir başka ifade ile sağlık işletmelerinde hastalar ve diğer müşteriler, verilen hizmetin teknik kalitesine değer biçemediklerinden, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, hizmetin "nasıl " sunulduğu sağlık hizmet kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır.

Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır. Örneğin kliniğimizin camlarını ve yerlerini bir özel temizlik şirketine temizlettikten sonra ne derecede iyi bir iş yaptıklarını kolayca değerlendirebiliriz. Öte yandan hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir (Karafakıoğlu, 1998; 112). Sağlık hizmetlerini satın alanlar hizmet kalitesini değerlendirmek için teknik olmayan özellikleri (örneğin çektikleri acı, süreç için bekleme süresinin uzunluğu gibi) kullanabilir. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği gibi hiç bir teknik uzmanlık da gerektirmemektedir (Peyrot vd; 1993; 24-34).

Görüldüğü gibi 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.

Çalışmanın bundan sonraki kısmında hizmet işletmelerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini ayrıntılı temelde açıklayan "kavramsal

hizmet kalitesi modeli” ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik geliştirilen SERVQUAL ölçeğinden söz edilecektir.

2.2. KAVRAMSAL HİZMET KALİTESİ MODELİ VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK SERVQUAL ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Parasuraman; Zeithaml ve Berry hizmet kalitesi ile ilgili yazının kendilerine genel bir bakış açısı kazandırmakla beraber, kavramsal temelde ve ayrıntılı bir şekilde hizmet kalitesini anlamaya ve geliştirmeye yetmediğini öne sürerek, hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir bakış açısı getirebilmek, kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek ve hizmet kalitesi konusunda gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutabilmek için bir dizi çalışmalar yapmışlardır. Araştırmacılara göre mevcut hizmet kalitesi yazınında müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiği, değerlendirmede kullandıkları boyutların hangileri olduğu, boyutların farklı müşteri grupları için değişip değişmediği ve müşterilerin beklentilerini etkileyen faktörlerin neler olduğu konusunda tatmin edici bilgiler bulunmamaktadır (Zeithaml vd.,1990;16). Bu nedenle araştırmacılar, öncelikle kavramsal bir hizmet kalitesi modelinin geliştirilmesi için gerekli verilere ihtiyaç duymuş, söz konusu verileri toplamak hizmet sektörü yöneticileri ve müşterilerini kapsayan keşfedici araştırmalara (exploratory investigation) girişmişlerdir. Araştırmacılar keşfedici araştırma kapsamında müşterilerle odak grup görüşmeleri, yöneticilerle derinlemesine görüşmeler yaptıkları görülmektedir (Parasuraman vd., 1985; 41-44).

2.2.1. Müşteri Görüşmeleri ve Elde Edilen Sonuçlar

Parasuraman; Zeithaml ve Berry seçilen dört hizmet kategorisinden üçer tane olmak üzere toplam 12 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Tartışmalara katılanlar belirlenen dört hizmet kategorisinin hizmetlerinden son üç ay içinde bir veya daha çok kez yararlanmış müşterilerinden seçilmiştir. Her grupta 8-10 kişi bulunmuş ve katılımcıların yarı yarıya kadın ve erkek olmasına dikkat edilmiştir. Grupta bulunanlara aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin veya memnuniyetsizliklerinin nedenleri, ideal hizmeti nasıl tanımladıkları, hizmet kalitesinin onlar için ne ifade ettiği, hizmet kalitesini değerlendirmede önemli olan faktörlerin neler olduğu, hizmetlerden bekledikleri performansın ne olduğu, hizmet kalitesinde fiyatın etkisinin ne olduğu gibi sorular sorulmuş ve bu sorulara yanıtlar

aranmıştır (Parasuraman vd.,1985; 44 ; Zeithaml vd., 1990; 17-18).

Araştırmacılar ayrıca seçilen dört hizmet kategorisi yardımıyla hizmet sektörünün bir çok özelliklerini bir araya getirmeye ve bu yolla her hizmet çeşidi için ortak olabilecek paydaları bulmaya çalışmışlardır. Yapılan görüşmeler sonucunda, bankacılık ve kredi kartı hizmetlerinin daha kısa, menkul değerler komisyonculuğunun daha uzun bir zaman dilimi içinde gerçekleştiği, bankacılık ve menkul kıymetler komisyonculuğunun diğer iki hizmetten daha çok emek yoğun olduğu, tamir bakım hizmetlerinin müşterilerin somut varlıkları ile ilgili iken diğer üç şirketin müşterilerin soyut varlıkları ile ilgili olduğu, bankacılık ve menkul kıymetler komisyonculuğu hizmetlerinde müşterilerle karşılıklı etkileşimin diğer iki hizmet sektöründen daha yüksek olduğu gibi sonuçlara varılmıştır (Parasuraman vd., 1985; 43 ; Zeithaml vd.,1990; 16-17).

Araştırmacılar odak grup görüşmeleri sayesinde müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdikleri, hizmet kalitesinin tanımı, müşteri beklentilerini etkileyen faktörler ve hizmet kalitesinin boyutları konusunda önemli bilgiler elde etmişlerdir. Müşteriler söz konusu hizmetler konusunda geçmiş deneyimlerine dayanarak hizmetlerle beklentilerini, önceliklerini dile getirip, yüksek ve düşük hizmet kalitesi konusunda düşüncelerini aktarmışlardır (Zeithaml vd., 1990; 18-23).

Müşteri görüşmelerinden elde edilen veriler aynı zamanda araştırmacılara algılanan hizmet kalitesini tanımlama olanağı sağlamıştır. Yapılan tartışmalar sonucunda müşterilerin algıladığı hizmet kalitesi “müşteri beklentileri ile algıları arasındaki farklılık ölçüsü “olarak tanımlanmıştır (Zeithaml vd., 1990; 19). Richard Oliver tatminin, beklentilerden elde edilen performansın onaylanmamasının bir fonksiyonu olduğunu öne sürmektedir (Lee vd., 2000; 217-231). Bu nedenle Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesi tanımının ve daha sonra ayrıştırı bir şekilde açıklanacak olan hizmet kalitesi ölçüm yönteminin temelde Oliver’in “beklentilerin onaylanmaması” kuramına dayandığını söylemek mümkündür.

Grup tartışmaları sonucunda elde edilen bilgilerden biride müşteri beklentilerini etkileyen dört temel faktörün olduğu tespit edilmesidir. Araştırmacılara göre sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişimler müşteri beklentilerini etkilemektedir (Zeithaml vd., 1990; 19):

- Sözlü İletişim

Müşterilerin hizmet kalitesi konusunda beklentilerini daha önce hizmeti kullanmış diğer müşterilerinin (komşular ve arkadaşlar vb.) tavsiyelerinden önemli ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir.

- Kişisel İhtiyaçlar

Müşteri beklentilerini etkileyen bir diğer faktör müşterilerin kişisel ihtiyaçlarıdır. Başka bir ifade ile bir müşterinin ihtiyacı beklentilerini önemli ölçüde biçimlendirecektir. Örneğin yapılan grup tartışmalarında kredi kartı hizmet kategorisindeki müşterilerin bir kısmını kredi kartı şirketinin mümkün olan en yüksek kredi limiti sağlaması gerektiğini ifade ederken, diğer müşteriler kredi limitleri konusunda şirketin daha katı olmasını gerektiğini belirtmişlerdir. Her müşterinin mümkün olan en yüksek kredi limitini tercih etmemesi, kişisel ihtiyaçların beklenti üzerindeki etkisinin önemini ortaya koymaktadır.

- Geçmiş Deneyimler

Müşteri beklentilerini etkileyen bir diğer faktör, müşterilerin hizmetle ilgili geçmiş deneyimleridir. Daha önce hizmetten yararlanan bir müşteri önceden hizmet hakkında daha deneyimli olduğundan, hiç deneyimi olmayan bir müşteriye göre daha düşük bir beklentide olacaktır. Çünkü ilgili hizmeti bir daha alacağı zaman nelerle karşılaşabileceğini bilmektedir.

- Dışsal İletişimler

Araştırmacılar grup tartışmaları sonucunda müşteri beklentilerini etkileyen başka bir faktörün "Dışsal İletişimler " olduğunu saptamışlardır. Hizmet sunan firma doğrudan ve dolaylı yollarla müşterilerine bir takım mesajlar göndermektedir. Bu mesajlar yazılı medyada ve televizyonda yayımlanan reklamlar, broşürler olabildiği örneğin gibi, bir tamir bakım firmasının temsilcilerinin randevularına zamanında varmasını garanti etmesi, kredi kartı şirketinin kartlarının dünyanın her yerinde kabul edildiği mesajını vermesi de olabilmektedir. Hizmet işletmelerinin müşterilerine gönderdiği mesajların gerçekçi olmaması durumunda müşterilerin sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı düşük olacaktır.

- Hizmet Kalitesinin Boyutları

Odak grup görüşmeleri sonucunda elde edilen önemli bilgilerden biri de müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirirken hangi ölçütlerden yararlandıklarının ortaya çıkmasıdır. Grup görüşmeleri sonucunda müşterilerin hizmet kalitesi değerlemede benzer kriterleri kullandıkları ve hizmet kalitesinin on genel boyutu olduğu saptanmıştır. Söz konusu on hizmet kalitesi boyutu aşağıda sıralanmıştır (Parasuraman vd., 1985; 47 ; Zeithaml vd., 1990; 21-22):

Fiziksel Özellikler (Tangibles): Hizmetin verilmesi sırasında kullanılan bina, araç-gereç, teçhizat ve personelin fiziksel görünümü, hizmetin fiziki simgeleri, hizmet alan ya da bekleyen diğer müşteriler.

Güvenilirlik (Reliability): Sunulacak hizmeti ilk seferde doğru olarak yerine getirme yeteneği, Hizmetle ilgili kayıtların doğru ve tam tutulması, hizmeti söz verilen zamanda yerine getirebilme.

Heveslilik (Responsiveness): Personelin hizmeti vermedeki istekliliği, müşterilere hızlı hizmet verme ve yardım konusunda gönüllülük, ödeme veya duyuruların zamanında postalanması, arayan müşterilere hızlı cevap verme, randevuların çabuk düzenlenmesi.

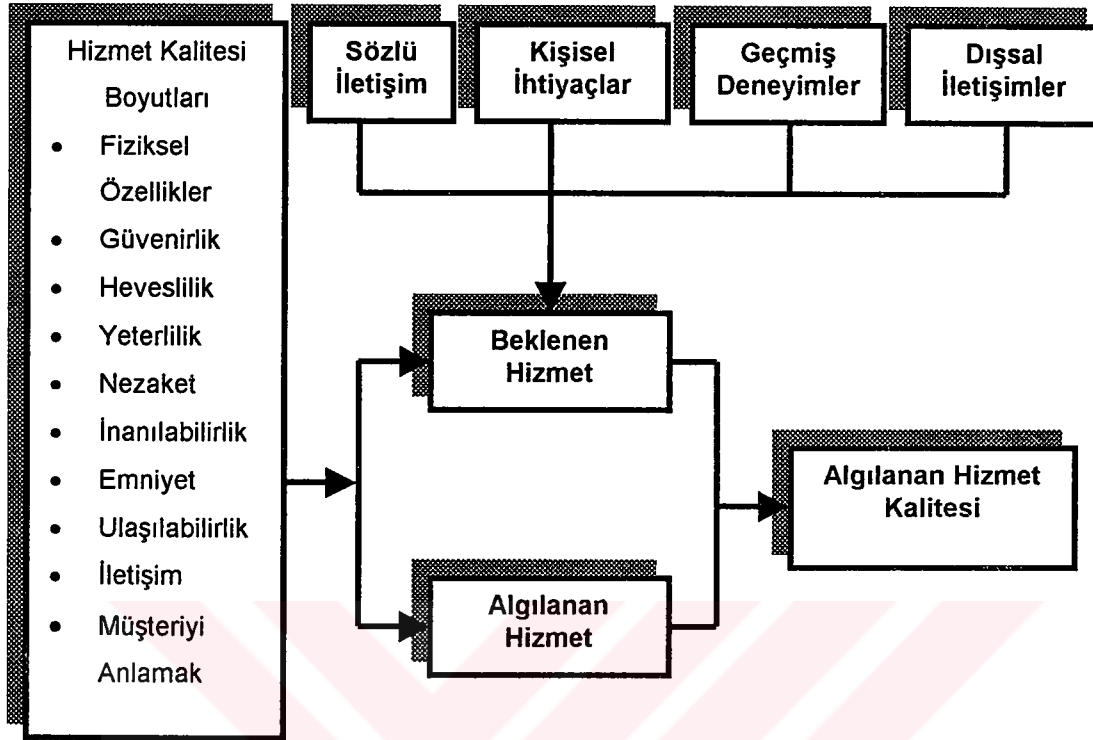
Yeterlilik (competence): Hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olma.

Nezaket (courtesy): Müşterilerle doğrudan iletişimde bulunan personelin kibar, düşünceli, saygılı ve samimi olması.

İnanılabilirlik (credibility):	Hizmeti vermede personelin güvenilir ve dürüst olması, müşterilerin çıkarlarının korunduğunu hissettirilip onların güveninin kazanılması.
Güvenlik (security):	Verilen hizmetler konusunda tehlike, risk ve şüphelerin olmaması.
Ulaşılabilirlik (access):	Hizmete ulaşmak için gerekli fiziki koşulların sağlanması, hizmet sunulana kadar geçen bekleme süresi, sunulacak hizmet için uygun saatler ve yerin seçimi, iletişim araçlarıyla hizmete kolay ulaşılabilirlik.
Anlayış (understanding- knowing the costumer) :	:Müşteri ihtiyaçlarını anlamak için çaba sarf etme, düzenli hizmet alan müşterileri tanıma, müşterilerin özel gereksinimlerini anlama.
İletişim (communication):	:Müşteriler arasında kültür ve eğitim farklılıklarının olabileceğini göz önünde bulundurarak, her müşterinin anlayacağı şekilde hizmetin ve maliyetinin açıklanması, müşterileri bilgilendirme, problemlerinin dinlenip çözümünün sağlanması.

Araştırmacılar müşteri görüşmeleri sonunda, müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmelerini şematik hale getirmişlerdir. Müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri Şekil-2.6'da gösterilmiştir. Şekil-2.6 incelendiğinde, sözlü iletişim, kişisel gereksinimler, müşterilerin geçmiş deneyimleri ve dışsal iletişimlerin müşterilerin beklediği hizmeti etkilediği görülmektedir. Diğer taraftan müşterilerin hizmetlerden beklentileri ve söz konusu hizmetlere yönelik algılarının

karşılaştırılmasıyla algılanan hizmet kalitesinin oluştuğu görülmektedir.



Şekil-2.6 : Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi

Kaynak: (Zeithaml vd., 1990; 23)

2.2.2. Yönetici Görüşmeleri ve Elde Edilen Sonuçlar

Parasuraman; Zeithaml ve Berry derinlemesine yapılacak araştırmalar için dört ayrı hizmet kategorisinden birer şirket seçilmiş (bankacılık, kredi kartı hizmetleri, menkul değerler komisyonculuğu ve tamir bakım hizmeti) ve her şirketten özellikle hizmet kalitesi üzerinde etkisi olacağına inanılan tepe yönetim, pazarlama ve müşteri ilişkileri bölümlerinden üç veya dört yönetici ile görüşülmüştür. Bu yöntemle toplam 14 yöneticinin hizmet kalitesine yönelik bakış açıları tespit edilmeye çalışılmıştır. Örneğin, hizmet kalitesini kontrol etmek için yöneticilerin ne yaptıkları ve yüksek kaliteli hizmet sunmada yöneticilerin hangi güçlüklerle karşılaştıkları konularında sorular sorulmuştur. Ayrıca yöneticilere, hizmet kalitesini değerlendirmede müşterilerin hangi kriterleri kullandıklarına inandıkları ve müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesinin onlar için ne ifade ettiği konularında sorular sorulmuş ve yanıtlar aranmıştır (Zeithaml vd., 1990; 36).

Dört hizmet kategorisinden yöneticilerle yapılan görüşmeler sonucunda, yöneticilerin hizmet kalitesini nasıl algıladıkları ve müşterilerce kaliteli olarak değerlendirilecek bir hizmetin sunulması süreçlerinde yöneticilerin neler yapması gerektiği konularında tartışılmış ve hem hizmet sunan işletmelerin kalite anlayışları ile uygulamaları arasında, hem de müşterilerin hizmetten beklentileri ile yaşadıkları gerçek hizmet arasında bazı boşluklar (gap-farklılık) tespit edilmiştir. Araştırmacılara göre bu boşluklar sunulacak hizmetin müşteriler tarafından yüksek kaliteli olarak algılanmasına engel olacak kadar büyük önem taşımaktadır. Diğer taraftan yönetici görüşmeleri görüşmeler sonucunda ortaya çıkan genel yargılar, hizmet kalitesine yönelik genel bir modelin geliştirilebileceği konusunda araştırmacılara bazı ip uçları vermiştir. Söz konusu boşluklar ve bu boşluklara neden olan faktörler aşağıda belirtilmiştir (Parasuraman vd., 1985; 44-46 ; Zeithaml vd., 1990; 37-49 ; Uyguç, 1988; 29-32):

- Müşteri Beklentileri ve Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması Arasındaki Boşluk (1. Boşluk)

Birinci boşluk müşteri beklentileri ile yönetimin bu beklentileri algılaması arasındaki boşluktur. Keşfedici araştırmalar kapsamında yapılan araştırmalar sırasında müşterilerle yapılan görüşmelerde, müşterilerce hizmet kalitesi için önemli görülen bazı kalite kriterlerinden, yönetici görüşmeleri sırasında nadiren söz edilmesi ya da hiç söz edilmemesi; müşterilerin hizmetten beklentileri ile yönetimin bu beklentileri algılaması arasında bir boşluk olduğunu araştırmacılara düşündürmüştür. Örneğin, banka ve menkul kıymetler komisyonculuğu müşterileri ile ilgili yapılan tartışmalarda, her banka ve menkul kıymetler komisyonculuğu faaliyetleri için müşterilerin işlemleri süresince ortaya çıkan ve ilgili hizmetler için kalitenin doğal özelliği olan gizlilik ilkesinden, derinlemesine yapılan yönetici görüşmeleri sırasında nadiren söz edilmiştir. Aynı şekilde kredi kartı müşterilerinden oluşturulan müşteri grubunda yapılan tartışmalarda, kredi kartının güvenliği ile ilgili, örneğin kredi kartının başkaları tarafından kullanılma olasılığı tehlikesi dile getirilirken, yapılan yönetici görüşmelerinde bu durumun kritik bir konu olarak değerlendirilmediği görülmüştür. Yine kredi kartı hizmetleri ile ilgili yapılan müşteri görüşmelerinde, müşteriler kredi limitlerinin daha düşük olması ve asgari ödeme tutarının daha yüksek olması gerektiğini dile getirmelerine karşın, yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmelerde yöneticilerin her müşterinin yüksek kredi limitini istemeyebileceğini

düşünemediklerini ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde tamir bakım hizmetleriyle ilgili oluşturulan müşteri grubu görüşmelerinde müşteriler, büyük tamir bakım firmalarının her zaman yüksek kalitede hizmet veren firmalar olarak değerlendirilme olasılığının düşük olduğunu, küçük bağımsız tamir bakım firmalarının yüksek kalitede hizmet verebileceğini ifade etmişlerdir. Buna karşın yapılan yönetici görüşmelerinde bir çok yöneticinin bu konudaki yorumu; firmanın büyüklüğünün kalite bağlamında bir güç işareti olduğudur. Bir çok yöneticinin küçük tamir bakım firmalarının da kaliteli hizmet verebileceği gerçekliğinden habersiz olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak birinci boşluğa neden olan faktörleri; yetersiz piyasa araştırması, araştırma bulgularının yetersizliği, yönetim ile müşteriler arasındaki etkileşim eksikliği, işletmede dikey iletişimin eksikliği ve yönetim kademelerinin fazlalığı olarak sıralamak mümkündür.

- Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması İle Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları Arasındaki Boşluk (2. Boşluk)

İkinci boşluk yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile hizmet kalitesi spesifikasyonları arasındadır. Dört hizmet kategorisinden yöneticilerle yapılan görüşmelerde yöneticiler deneyimlerine dayanarak, müşteri beklentilerine denk veya beklentilerini aşma şeklinde hizmet vermenin güçlüğünü ve müşterilerin beklediği hizmeti sunma konusunda kendilerini engelleyen kısıtlılıklardan söz etmişlerdir. Örneğin, tamir bakım firmasının yöneticileri araç arızalarına hızlı cevap vermenin, müşteriler için yüksek kaliteli hizmet sunma anlamına geldiğinin farkındadır. Buna karşın talepteki geniş ölçüdeki dalgalanma ve bu personel yetersizliğinden dolayı, müşteri taleplerine çabuk yanıt verebilecek şekilde kurmanın güçlüğünü de ifade etmişlerdir. Tamir bakım firmasının bir yöneticisi ise, klima ve çim biçme makinesi arızaları ile ilgili en yüksek talebin yaz aylarında gerçekleştiğini, ancak bu aylarda bir çok personelin tatile çıkmak istemesinden dolayı bu talebin karşılanamadığını belirtmiştir. Sonuç ikinci boşluğa neden olan faktörler; üst yönetimin kaliteye yeterince destek vermemesi, amaçların açık seçik belirlenmemiş olması, yetersiz standartlaşma, kötü planlama ve yöneticilerin müşteri beklentilerinin karşılanamayacağına inanmaları olarak sıralanmaktadır.

- Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları ile Hizmetin Sunumu Arasındaki Boşluk (3. Boşluk)

Bir diğer boşluk hizmet kalitesi spesifikasyonları ile hizmetin sunumu arasında tespit edilmiştir. Hizmet işletmeleri çalışanlarının hepsinden aynı performansı beklemek ve bunu standart haline getirmek her zaman mümkün olmayabilir. Bunun için kalite spesifikasyonları basit olmalı, tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli ve örgüt kültürüne uygun olmalıdır. Hizmet kalitesi spesifikasyonları ile hizmetin sunumu arasındaki boşluğa neden olan faktörler 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 ya da yetersiz olması şeklinde sıralanmaktadır. Araştırma kapsamında seçilen dört hizmet kategorisinden dört şirketin yöneticileri ile yapılan tartışmalarda her dört şirketin de yüksek kalitede hizmetlerini sürdürmek için bazı spesifikasyonları olduğu tespit edilmiştir. Örneğin menkul kıymetler komisyonculuğu hizmetlerinde müşteriler tarafından açılan telefonları belli bir zaman içinde cevaplandırmak önemli bir hizmet kalitesi spesifikasyonudur. Aynı şirketin bir standardı da işlemlerde hata payının %1 olmasıdır. Görüşmelerde şirket yöneticileri hizmet performans standartları ile sunulan gerçek hizmet arasındaki boşluğun çeşitli nedenlerinden söz etmiş ve çalışanların performansının farklılığından dolayı mevcut standartlara ve spesifikasyonlara uymada zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yöneticilere hizmet kalitesi problemleri sorulduğunda, öncelikli olarak personelin müşterilerle iletişimin rolünü vurgulamışlardır. Örneğin tamir bakım şirketinden bir yöneticinin hizmet kalitesi problemlerinin kaynağına yönelik verdiği cevap; “her şey bir tek insana bağlı, standart kaliteyi devam ettirmek çok zor” şeklindedir.

- Hizmetin Sunumu ile Dışsal İletişimler Arasındaki Boşluk (4. Boşluk)

Yönetici görüşmelerinde belirlenen bir diğer boşluk, hizmetin sunumu ile dışsal iletişimler arasındadır. Bu boşluk esas olarak hizmet işletmelerinin yazılı medya ve televizyon aracılığıyla kendilerini ifade etmeleri ile sağlanan hizmetin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. İşletmelerin reklamları müşteri beklentilerini etkilemektedir. 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. Reklamların gerçekçi olmaması durumunda ise, yüksek beklenti içindeki müşterilerin ilgili hizmetlere yönelik kalite algısı düşük olacaktır. Diğer taraftan işletmede reklam ve üretim departmanları arasındaki iletişim eksikliği, personel yönetimi, pazarlama ve üretim departmanları arasındaki iletişim eksikliği, birimler arasında politika ve prosedürler açısından farklılıklar ve çok fazla vaatle bulunma eğilimi gibi faktörler hizmetin sunumu ile dışsal iletişimler arasındaki boşluğa neden olmaktadır.

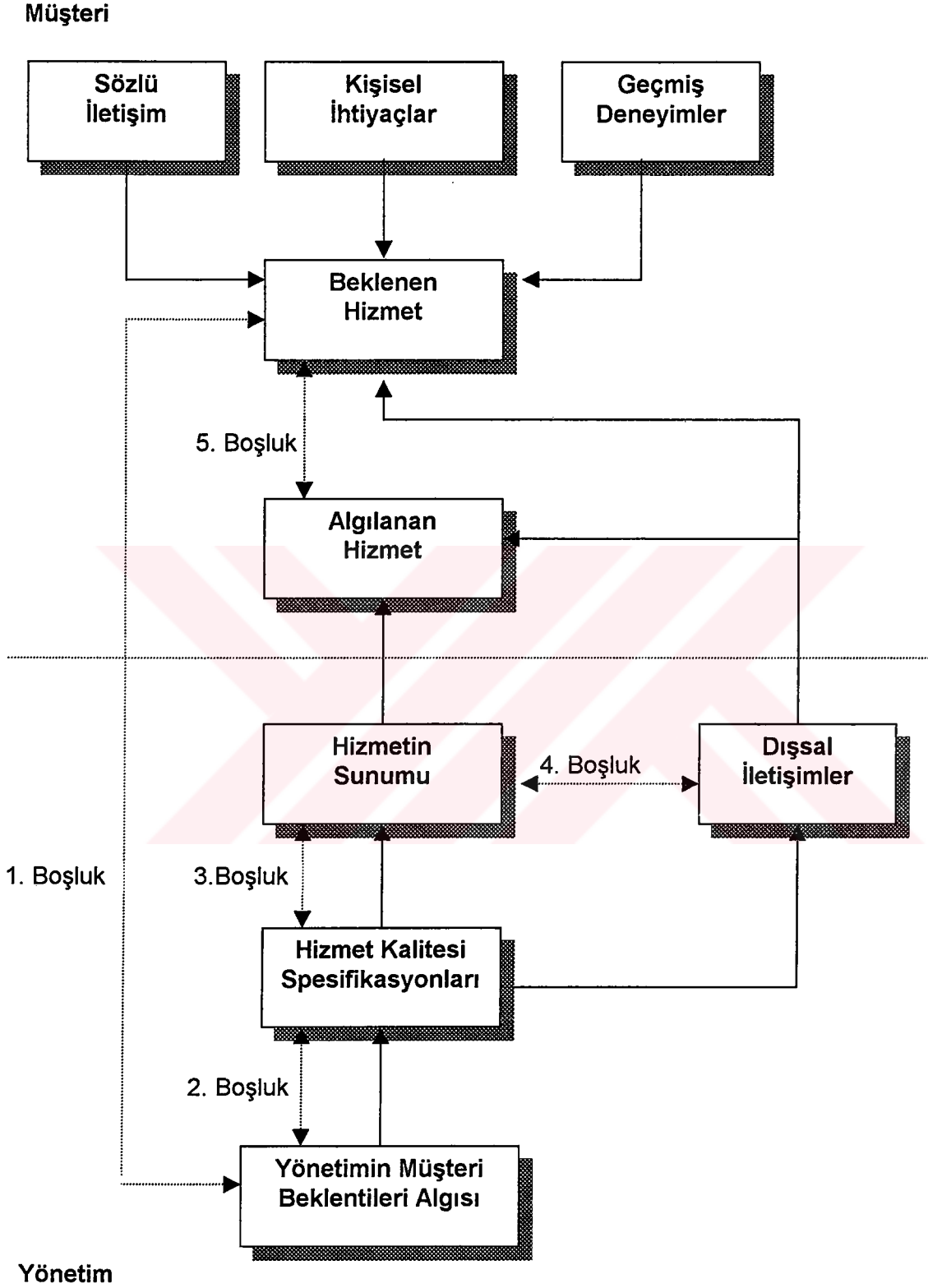
- Beklenen Hizmet-Algılanan Hizmet Boşluğu (5. Boşluk)

Yönetici görüşmeleri sonucunda ortaya çıkan yukarıdaki dört boşluk dışında, müşteri görüşmeleri sonucunda ortaya çıkan boşluk olan müşterilerin bekledikleri hizmet ile algıladıkları hizmetin farklı olmasından kaynaklanan beklenen hizmet- algılanan hizmet boşluğudur (5. Boşluk). Algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet ve algılanan hizmetin farkının bir sonucudur. Başka bir deyişle müşterilerin algıladıkları hizmet kalitesi; müşterinin hizmetten beklentileri ve algıladıkları sonucunda olumlu ya da olumsuz şekilde ortaya çıkmaktadır. Araştırmacılara göre diğer dört boşluğun yönü ve derecesi beklenen-algılanan hizmet boşluğu üzerinde negatif veya pozitif etki yapmaktadır. Başka bir ifade ile diğer boşlukların olmaması durumunda algılanan hizmet-beklenen hizmet boşluğu kapanabilecektir.

2.2.3. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli

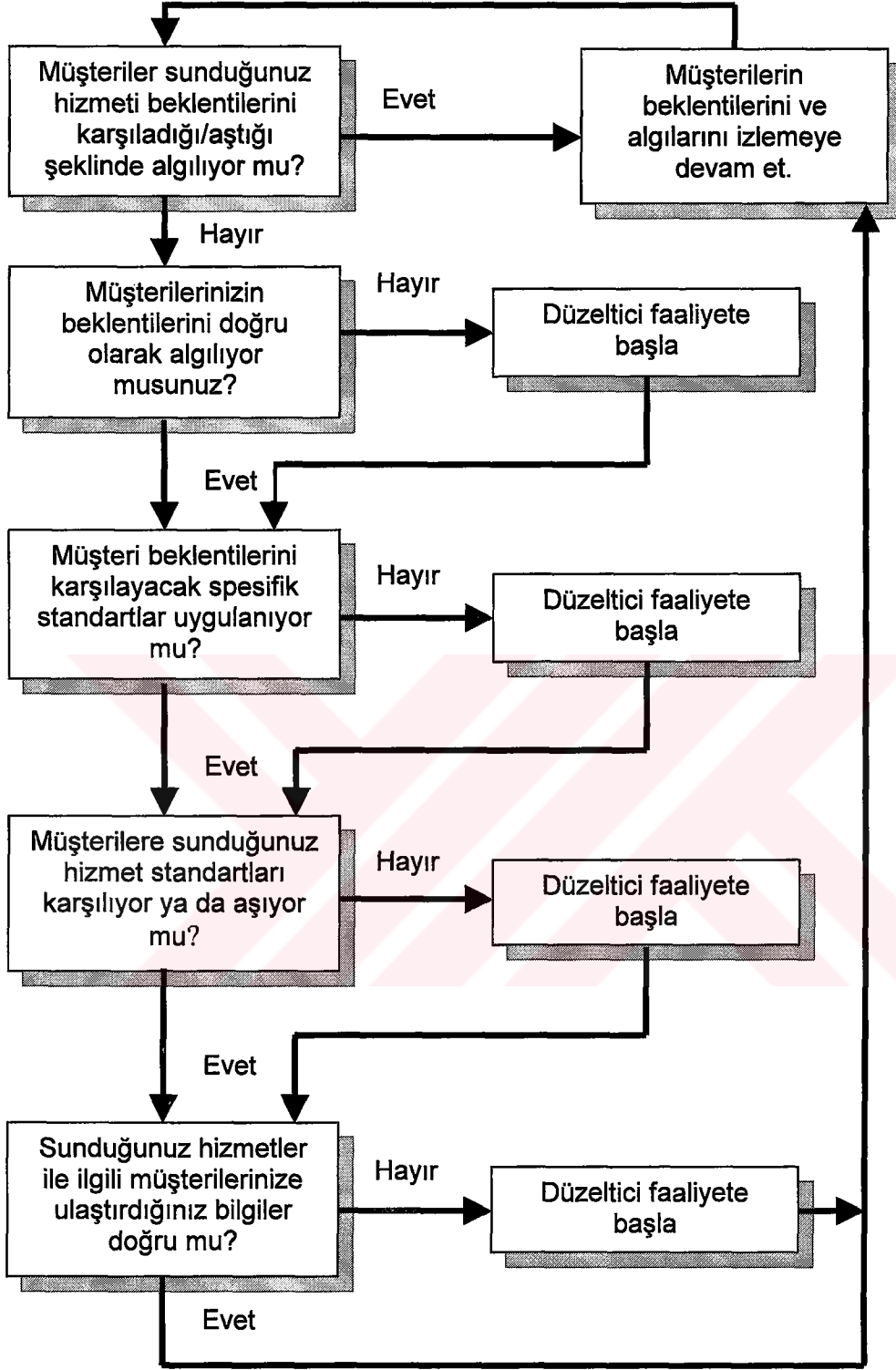
Parasuraman, Zeithaml ve Berry keşfedici araştırmalar kapsamında müşterilerle yapılan odak grup görüşmeleri (focus Groups) ve yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmeler (in-depth interviews) araştırmalarından elde edilen bilgiler ışında bir kavramsal hizmet kalitesi modeli (Şekil-2.7) ve işletmelerin hizmet kalitesini ölçmede ve iyileştirmede kullanabilecekleri mantıksal bir süreç modeli geliştirmişlerdir (Şekil-2.8). Araştırmacılara göre beklenen hizmet-algılanan hizmet boşluğu (5. boşluk) diğer boşlukların fonksiyonu durumundadır ve aşağıdaki gibi formüle edilebilir:

$$5. \text{ Boşluk} = f (1. \text{ Boşluk}, 2. \text{ Boşluk}, 3. \text{ boşluk}, 4. \text{ Boşluk})$$



Şekil.2.7: Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak:(Parasuraman vd., 1985;.44)



Şekil 2.8: Hizmet kalitesinin Sürekli Ölçülmesi ve Geliştirilmesi İçin Süreç Modeli

Kaynak: (Zeithaml vd., 1990; 47)

2.2.4. SERVQUAL Ölçeği

Parasuraman, Zeithaml ve Berry, önceki bölümlerde belirtilen keşfedici araştırmalar kapsamında yaptıkları müşteri görüşmeleri ve yönetici görüşmelerinden elde edilen bilgiler ışında, algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik sayısal araştırmalara karar vermiş ve dizi çalışmalara başlamışlardır. Araştırmacılara göre daha önce yapılan keşfedici araştırmalar, bundan sonra hizmet kalitesi alanında yapılacak araştırmalar için kavramsal bir çerçeve oluşturacaktır (Parasuraman vd.,1985; 49). Herhangi bir endüstriye yönelik tüketicilerin hizmet kalitesi algılarını tanımlayan tekniklerin geliştirilmesinin, başka endüstrilere de uyarlanabilen genellemeler yapılmasına olanak sağlayabileceğine inanan araştırmacılar, hizmet sektörleri arasında kullanılmaya elverişli standart bir ölçüm aracı (SERVQUAL) geliştirmek istemişlerdir.

Parasuraman; Zeithaml ve Berry algılanan hizmet kalitesini sayısal temelde ölçmek için yaptığı ilk araştırmada, beş ayrı hizmet sektörünün (tamir – bakım hizmeti, bireysel bankacılık, uzun mesafe telefon hizmeti, menkul kıymetler komisyonculuğu, kredi kartı hizmeti) son üç ay içinde hizmeti kullanmış tüketicilerinden 200 kişilik bir grup seçmişler ve katılımcıların yarı yarıya kadın ve erkek olmasına dikkat etmişlerdir. Bu araştırmada tüketicilerin beklentilerini ve algılarını ayrı ayrı hesaplayarak müşteri bakış açısı ile hizmet sunan işletmenin algılanan hizmet kalitesini düzeylerini ölçmeye çalışmışlardır (Parasuraman vd., 1988; 12-40).

SERVQUAL ölçeğinin maddeleri daha önceki çalışmalar ışığında ortaya çıkan on hizmet kalitesi boyutundan yararlanılarak 97 madde olarak belirlenmiştir (ortalama her bir hizmet kalitesi boyutu için on madde olacak şekilde). Söz konusu 97 maddelik ölçek iki kısımdan meydana gelmektedir. Birinci kısımda belli bir hizmet sektörü için tüketicilerin beklentilerini ölçmeye yönelik ifadeler yer almakta, ikinci kısımda ise tüketicilerin belli bir hizmet sektöründeki belli bir işletmenin hizmetleri hakkındaki algılarını ölçmeye yönelik ifadeler yer verilmiştir. Ölçeğin algılarla ilgili kısmında tüketicilerin belli bir şirketin hizmetleri hakkında algılayışlarını ölçmek için özellikle işletmenin ismi belirtilmektedir. Araştırmacılar literatürdeki ölçek geliştirme kurallarından biri olan ölçek maddelerinin yarı yarıya pozitif ve negatif olması gerekliliği bilgisinden yola

çıkarak, SERVQUAL ölçeğinin maddelerini ortalama olarak yarı yarıya negatif ve pozitif ifadelerden oluşturmuştur. Ayrıca katılımcılardan her iki kısımda bulunan maddelerdeki ifadeleri 7 noktalı likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. SERVQUAL ölçeğinde kullanılan likert tipi ölçekte 7 rakamı “kesinlikle katılıyorum” ifadesine, 1 rakamı ise “kesinlikle katılmıyorum” ifadesine denk gelmektedir. Aradaki rakamlar için (6- 2) herhangi sözel bir ifade kullanılmamıştır. Algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki fark olduğundan, araştırmacılar algılanan hizmet kalitesini:

$$\text{Algılanan Hizmet Kalitesi (Q)} = \text{Algılanan Hizmet (P)} - \text{Beklenen Hizmet (E)}$$

şeklinde formüle etmiş ve bu yolla her soru önermesi için SERVQUAL skoru hesaplamışlardır. Her bir soru önermesine 7’li likert ölçek üzerinden beklenti maddeleri ve algılama maddelerine verilen puanların karşılıklı olarak farkının alınmasıyla, her bir soru önermesi için –6 ile +6 arasında değişen SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. SERVQUAL skorunun matematiksel ifadesi aşağıdaki gibidir (Zeithaml vd., 1990;176):

$$\text{SERVQUAL Skoru} = \text{Algılama Skoru} - \text{Beklenti Skoru}$$

Söz konusu araştırmada veriler bu doğrultuda toplanmış ve yapılan ilk istatistiksel analizler sonucunda ilk başta belirlenen on hizmet kalitesi boyutu altındaki 97 soru önermesinin sayısı 34’ e indirilmiştir. Araştırmacılar belirlenen 34 soru önermesi üzerinden tekrar beklentiler ve algılar veri toplayıp istatistiksel analizler yapmışlardır. Analizler sonucunda araştırmacıların keşfedici araştırmalar kapsamında tespit ettikleri on hizmet kalitesi boyutunun sayısı beşe (Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati), soru önermesi sayısı ise 22’ye indirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutları ile SERVQUAL ölçeğini oluşturan boyutların karşılaştırılması Şekil-2.9’da gösterilmiştir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry’ ye göre söz konusu beş hizmet kalitesi boyutu bir iskelet oluşturmakta ve gerektiğinde başka hizmet organizasyonlarına da adapte edilebilmektedir. Ölçeği geliştiren araştırmacılar şunu öne sürmüşlerdir; her bir hizmet sektörü kendine özgü olduğundan, genel olarak tüm hizmet sağlayan organizasyonlarda geçerli olan aşağıdaki beş hizmet kalitesi boyutundan söz etmek mümkündür. Bu boyutlar aşağıda gösterilmiştir:

- **Fiziksel Özellikler (Tangibles):** Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşü.
- **Güvenilirlik (Reliability):** Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği.
- **Heveslilik (Responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi.
- **Güven (Assurance):** Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri.
- **Empati (Empathy):** Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi.

SERVQUAL ölçeğinin boyutları ve her bir boyuta düşen soru maddesi aşağıdaki gibidir (Zeithaml vd., 1990; 176):

<u>Boyutlar</u>	<u>Her Boyuta Düşen Soru Maddesi</u>
Fiziksel Özellikler	1-4
Güvenilirlik	5-9
Heveslilik	10-13
Güven	14-17
Empati	18-22

	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Fiziksel Özellikler					
Güvenilirlik					
Heveslilik					
Yeterlik Kibarlık İnanırlılık Emniyet					
Ulaşılabilirlik İletişim Anlayış					

Şekil-2.9: Hizmet Kalitesi Boyutları ve SERVQUAL Ölçeği Boyutlarının Karşılaştırılması

Kaynak: (Zeithaml vd., 1990;25)

Parasuraman; Zeithaml ve Berry 1991 yılında SERVQUAL ölçeğini tekrar değerlendirerek üzerinde bir takım revizyonlar yapmışlardır (Parasuraman vd., 1991; 420-450). Söz konusu çalışmada üç farklı hizmet sektöründe (telefon tamirciliği, bireysel bankacılık ve sigorta hizmetleri) firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamıştır. Araştırmacılar öncelikle istatistiksel analiz sonuçları doğrultusunda 1988’de geliştirdikleri orijinal SERVQUAL ölçeğinin tüm soru önermelerini olumlu ifadelerle çevirmiştir. Söz konusu değişikliğin nedeni ise; olumsuz ifadelerin katılımcıların kafasını karıştırdığı ve veri kalitesini düşürdüğüdür. Ölçekte yapılan bir diğer değişiklik de; müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerini tespit etmek için eklenen puanlama bölümüdür. Müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerini tespit etmek için, katılımcılardan 100 puanı (daha önem verilen boyuta daha çok puan vermek şartı ile) kalite boyutları arasında paylaştırılması istenmiştir. Araştırmacıların yaptıkları bu son değişiklikle SERVQUAL ölçeği aşağıdaki şeklini almıştır:

SERVQUAL Ölçeğinin Beklentiler Bölümü

Fiziksel Özellikler

1. Mükemmel telefon şirketlerinin modern görünümlü araç-gereçleri vardır.
2. Mükemmel telefon şirketlerinin fiziksel olanakları görsel açıdan çekicidir.
3. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları temiz ve düzgün görünümlüdür.
4. Mükemmel telefon şirketlerinin hizmet sunumunda kullandıkları materyaller görsel açıdan çekicidir

Güvenilirlik

5. Mükemmel telefon şirketleri bir şey için söz verdiklerinde, sözleri zamanında yerine getirirler.
6. Mükemmel telefon şirketleri müşterilerin bir problemi olduğunda problemi çözmek için müşterilerle samimi bir şekilde ilgilenirler
7. Mükemmel telefon şirketleri hizmetlerini ilk seferde doğru olarak yerine getirirler.
8. Mükemmel telefon şirketleri hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirirler.
9. Mükemmel telefon şirketleri hizmetleriyle ilgili kayıtlarını hatasız tutarlar.

Heveslilik

10. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları müşterilere hizmetlerin tam olarak ne zaman sunulacağını söylerler
11. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları müşterilere hızlı hizmet verirler.
12. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları her zaman müşterilere yardım etmeye isteklidir.
13. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları asla müşterilerin isteklerine cevap vermeyecek kadar çok meşgul değildir.

Güven

14. Mükemmel telefon şirketleri çalışanlarının davranışları, müşterilerde güven duygusu uyandırır.
15. Mükemmel telefon şirketlerinin müşterileri, şirketle olan ilişkilerinde güven hissederler

16. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları sürekli olarak müşterilere karşı saygılıdır.
17. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları müşterilerin sorularını cevaplayacak bilgiye sahiptirler

Empati

18. Mükemmel telefon şirketleri müşterilerine bireysel ilgi gösterirler.
19. Mükemmel telefon şirketlerinin tüm müşterileri için elverişli çalışma saatleri vardır.
20. Mükemmel telefon şirketlerinin müşterilere kişisel ilgi gösteren çalışanları vardır.
21. Mükemmel telefon şirketleri müşterileri için elinden gelenin en iyisini yaparlar
22. Mükemmel telefon şirketlerinin çalışanları müşterilerinin özel ihtiyaçlarını anlarlar.

SERVQUAL Ölçeğinin Müşteri Algıları İle İlgili Bölümü

Fiziksel Özellikler

1. XYZ şirketinin modern görünümlü araç-gereçleri vardır.
2. XYZ şirketinin fiziksel olanakları (binalar vs.) görsel açıdan çekicidir.
3. XYZ şirketinin çalışanları temiz ve düzgün görünümlüdür.
4. XYZ şirketinin hizmet sunumunda kullandıkları materyaller (kitap, broşür vs.) görsel açıdan çekicidir

Güvenilirlik

5. XYZ şirketi bir şey için söz verdiğinde, sözlerini zamanında yerine getirir.
6. XYZ şirketi müşterilerin bir problemi olduğunda problemi çözmek için müşterilerle samimi bir şekilde ilgilenir.
7. XYZ şirketi hizmetlerini ilk seferde doğru olarak yerine getirir.
8. XYZ şirketi hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirir.
9. XYZ şirketi hizmetleriyle ilgili kayıtlarını hatasız tutar.

Heveslilik

10. XYZ şirketinin çalışanları müşterilere hizmetlerin tam olarak ne zaman sunulacağını söylerler.
11. XYZ şirketinin çalışanları müşterilere hızlı hizmet verirler.
12. XYZ şirketinin çalışanları her zaman müşterilere yardım etmeye isteklidirler.
13. XYZ şirketinin çalışanları asla müşterilerin isteklerine cevap vermeyecek kadar çok meşgul değildirler.

Güven

14. XYZ şirketi çalışanlarının davranışları müşterilerde güven duygusu uyandırır.
15. XYZ şirketinin müşterileri, şirketle olan ilişkilerinde güven hissederler
16. XYZ şirketinin çalışanları sürekli olarak müşterilere karşı saygılıdır.
17. XYZ şirketinin çalışanları müşterilerin sorularını cevaplayacak bilgiye sahiptirler

Empati

18. XYZ şirketi müşterilerine bireysel ilgi gösterir.
19. XYZ şirketinin tüm müşterileri için elverişli çalışma saatleri vardır.
20. XYZ şirketinin müşterilere kişisel ilgi gösteren çalışanları vardır.
21. XYZ şirketi müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapar.
22. XYZ şirketinin çalışanları müşterilerinin özel ihtiyaçlarını anlarlar.

2.2.5. SERVQUAL Ölçeğinin Kullanım Alanları

Yukarıda belirtildiği gibi SERVQUAL ölçeği iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, müşterilerin hizmetlerle ilgili beklentilerini ölçmeye yarayan beş hizmet kalitesi boyutu ve söz konusu boyutları oluşturan 22 madde yer almaktadır. İkinci kısımda aynı boyutlar ve boyutlara ilişkin 22 madde ile, müşterilerden hizmet sunan firmanın hizmetleriyle ilgili algıları sorulmaktadır. Ayrıca ölçekte müşteri algılarını ölçmeden önce, beş hizmet kalitesi boyutu ile ilgili ifadeler, boyutların ismi belirtilmeden yer verilmekte, ve müşterilerden boyutlara verdikleri önem derecelerine göre 100 puanın bu boyutlar arasında paylaştırılması istenmektedir. Beklentiler ve algılar arasındaki farka dayalı olarak

hesaplan 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. Yukarıda belirtilenler dışında, SERVQUAL ölçeğinin diğer kullanım alanları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir (Zeithaml vd., 1990; 176-180):

- Ayrı Zamanlardaki Müşteri Beklenti ve Algılarını Karşılaştırılması

SERVQUAL skorlarını değerlendirmede, farklı zamanlarda tekrarlanan ölçümler alınması (örneğin 6 ayda bir veya yılda bir), hizmet sunan işletmenin algılanan hizmet kalitesi ile ilgili bulgularını daha anlamlı hale getirecektir. Böyle bir karşılaştırma sadece beklentilerle algılar arasında meydana gelebilecek değişimi göstermekle kalmayacak, aynı zamanda bu değişimin müşteri beklentilerinden mi, algılarından mı ya da her ikisindeki değişimden mi kaynaklandığını göstermeye yardımcı olacaktır.

- Firmanın SERVQUAL Skorlarını Rakip Firmaların SERVQUAL Skorları ile Karşılaştırması

SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algıları ayrı ayrı ölçen iki kısımdan oluşmasının getirdiği avantajlardan birisi de , ölçekte yapılan küçük bir değişimle , aynı zamanda firma müşterilerinin rakip firmaların hizmet kalitesi hakkındaki algılarını da ölçmeye imkan sağlamasıdır. SERVQUAL ölçeğinin algılar ile ilgili kısmına rakip işletmelerin isminin yazılması suretiyle, müşterilerin rakip firmaların algılanan hizmet kalitesi ile ilgili düşüncelerini de öğrenmek mümkündür. Hizmet sunan firma, bu uygulamadan elde edilecek SERVQUAL skorları sayesinde, hizmet kalitesi açısından rakip firmalarla kendisini karşılaştırma olanağı bulacak, rakip firmalara göre zayıf ve güçlü yönlerini analiz etme şansına sahip olabilecektir.

- Kalite Algısı Farklı Olan Farklı Müşteri Kesimlerinin İncelenmesi

Firma müşterilerinin SERVQUAL ölçeğinden elde edilen algılanan hizmet kalitesi düzeyleri, çeşitli parçalara (yüksek, orta, düşük) ayrılmak suretiyle bir değerlendirmeye tabi tutulabilir. Müşterilerin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri farklı parçalara ayrıldıktan sonra, müşterilerin demografik veya diğer profilleri, beş hizmet kalitesi boyutunun hizmet kalitesi algısını etkilemedeki göreceli önemi ve algıların altında yatan nedenler gibi kriterler açısından incelenmesi SERVQUAL ölçeğinin bir diğer kullanım alanını oluşturmaktadır.

- İç müşterilerin Kalite Algılarının Değerlendirilmesi

SERVQUAL ölçeğin bir başka uygulama alanı, SERVQUAL ölçeğinde uygun bir adaptasyon yapılarak, şirketin bir biriminin diğer birimlere verdiği hizmetin kalitesini ölçmeye olanak sağlamasıdır. Ölçeğin algılar kısmında, XYZ şirketi yerine, XYZ birimi yazılmak suretiyle söz konusu birimin, diğer birimlere sağladığı hizmetin kalitesi ölçülebilir.

2.2.6. Sağlık İşletmelerinde SERVQUAL Uygulamaları

Maliyete verilen önemin artması, değişen hasta beklenti ve istekleri ve artan rekabet, sağlık işletmelerini yüksek kalitede hizmet sunmaya zorlamaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi sağlık işletmelerinde yüksek kalite, teknik ve fonksiyonel kalitenin bir arada değerlendirilmesi ile mümkündür. Başka bir ifade ile sadece teknik kalite, tek başına bir gelir artışına ve olanaklardan faydalanmaya imkan vermeyecektir. Bu nedenle hasta beklenti ve algılarının ayrı ayrı ölçülmesi sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından yararlı olacaktır. Sağlık işletmeleri yöneticileri, beklentilerin yüksek olduğu alanları bildiğinde, sağlanan hizmeti bu beklentiler doğrultusunda şekillendirme ve dolayısıyla hastaların beklentilerini bu yolla karşılama şansına sahip olacaktır. Benzer bir şekilde 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 (Babakus ve Mangold, 1992; 780-81).

Daha önce belirtildiği gibi SERVQUAL ölçeği müşteri bakış açısı ile, hizmet sunan firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde, sağlık işletmesi müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin bir standart olarak kullanıldığı görülmektedir (Babakus ve Mangold, 1992; 767-786 ; Anderson ve Zwellling, 1996; 9-22 ; Anderson, 1995; 32-37 ; Lim ve Tang, 2000; 290-299 ; Lam, 1997; 145-152 ; Conway ve Willcocks, 1997; 131-140 ; Mangold ve Babakus, 1990; 21-33 ; Headley ve Miller, 1993; 32-42 ; Mowen vd.,1993; 26-34 ; Reidenbach ve Sandifer-Smallwood, 1990; 47-56 ; McAlexander ve Kaldenberg, 1994; 34-40).

Babakus ve Mangold (1992; 767-786) tarafından yapılan bir araştırmada, SERVQUAL ölçeğinin geliştirilirken çeşitli hizmet sektörlerinde geçerliliğinin test edildiği, ancak hastane ortamına uygunluğunun değerlendirilmediği gerekçesinden yola çıkarak, hastane ortamında, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmek üzere, SERVQUAL ölçeğinin hastane işletmeleri açısından pratikteki uygunluğunu değerlendirilmiş ve ölçeğin hastane hizmetleri açısından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Daha sonra araştırmacılar, hastane ortamında hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmede SERVQUAL ölçeğinin uygunluğunu test eden çalışmanın sonuçlarını rapor etmişlerdir.

Çalışmalarını bir çok hastanenin içersinde yer aldığı ortak bir çalışmayla dizayn eden araştırmacılar, hastane çalışanlarının deneyimlerinden de aktif olarak yararlanmışlardır. Söz konusu çalışma için pilot hizmet organizasyonu olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nin doğusundaki bir hastane seçilmiştir. Hastanenin yönetim kadrosu da yeni literatür ve araştırmanın pragmatik bakış açıları hakkında bilgi sahibi olduğundan, çalışmaya aktif olarak katılmışlardır. Bu katılım, hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeğinin kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesine ve araştırma ölçeğinin pratik açıdan öneminin kesinlik kazanmasına yardımcı olmuştur. SERVQUAL ölçeğini geliştirenlerin ortaya koyduğu gibi, SERVQUAL ölçeği belli bir organizasyondaki karakteristik özellikleri ya da ihtiyaç duyulan belirli araştırma konularını saptamada kullanılabileceğinden (Parasuraman vd.,1988, 31), araştırmacılar öncelikle SERVQUAL ölçeğinin hastane ortamına uygunluğunu değerlendirmişlerdir. Çalışma ile ilgili veriler, hem akademisyenler (iki pazarlama fakültesinden) hem

de hastane yönetim kadrosundan (pazarlama araştırma müdürü ve iki yöneticiden) sağlanmıştır. SERVQUAL Ölçeğinin adaptasyonundaki kararlar, soruların hastane hizmetine uygunluğu ve hastaların soruları kafaları karışmadan cevaplayabilmeleri esasına dayalı olarak verilmiştir.

Araştırmacılarla yönetici kadrosunun ilk buluşması sonrasında, hastane ortamına uygun olmadığı ya da geçersiz cevaplara neden olabileceği düşünülen bazı sorular ölçekten çıkarılmıştır. Araştırmacılar, SERVQUAL ölçeğinin hastane ortamında, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmede uygunluğunu test eden bu çalışmalarının sonucunda, SERVQUAL maddelerinden hastane hizmetleriyle ilgili olanların pratikte uygunluğunu değerlendirmiş ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmışlardır. Çalışmalarının ön test sonuçlarında, ölçeğin madde sayısını indirilmesine ve yüksek kapsam geçerliliği olan ölçek maddelerinin alt skalalara konulmasına karar verilmiştir. Sonuçta ortaya çıkan skala, hizmet kalitesinin beş boyutunu içeren 15 beklenti ve algı çiftinden oluşturulmuştur. Çalışmanın ön testinin ortaya çıkardığı bir diğer sonuç ise, olumlu ve olumsuz ifadeli maddelerin karışık olarak verilmesinin, katılımcıların kafasını karıştırmasıdır. Bu nedenle araştırmacılar, olumsuz durum ifade eden maddelere verilen ve tam olarak doğru olmayan cevapların veriyi niceliksel ve niteliksel olarak etkilediğini düşünerek, bu olumsuz ifadeleri orijinal SERVQUAL ölçeğinde olduğu gibi olumlu ifadelere çevirmiştir. Ayrıca, kullanılan ölçek, yedili likert tipi ölçek yerine "kesinlikle katılıyorum" = 5 ve "kesinlikle katılmıyorum " = 1 arasında değişen beşli likert tipi ölçek formuna uyarlanmıştır. Bu değişiklik yönetimin daha önceki araştırma deneyimlerine dayanmıştır. Bu deneyimlere göre beşli likert tipi ölçek katılanların engellenme düzeyini azaltıp, cevap verme oranını ve cevapların kalitesini arttırmaktadır.

Ölçeğin bir bölümü, hastaların hastane kalitesine yönelik beklentileriyle ilgili 15 madde ve gerçekte aldıkları hastane hizmetine yönelik algılarıyla ilgili 15 maddeyi içermektedir. Beklenti ve algılarla ilgili maddelerin belirlenmesi orijinal SERVQUAL ölçeğini geliştirenlerin metodolojisine uygun şekilde yapılmıştır. Bu ölçekte ayrıca, hastaların hastane kalitesiyle ilgili genel algıları ve tekrar ihtiyaç duyduklarında aynı hastaneye dönmeyi isteyip istemeyecekleri sorulmaktadır. Hastaların genel algıları "çok iyi" ve "kötü" arasında değişen değerlerde beş noktalı bir likert tipi bir skalayla ölçülmektedir. Söz konusu soru şu şekildedir: "Bakım kalitesini göz önünde tuttuğunuzda, hastane hakkındaki genel izleniminiz

nedir?”. Beş noktalı ve “kesinlikle katılıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” arasında değişen bir skalayla ölçülen aynı hastaneye dönme isteği ise, “bu hastaneye geldiğim zamanki gibi bir durumu yeniden yaşasam, yine bu hastanede tedavi olmak isterdim” cümlesiyle ifade edilmiştir.

Son olarak hastaların demografik özellikleriyle ilgili bir takım sorular sorulmuştur. Toplanan verilere ilk bakıldığında “bilmiyorum” seçeneği olmadığı halde, algıların ifade edildiği kısımda cevapsız maddelere sıklıkla rastlanmış ve bu durum beklentiler kısmında gerçekleşmemiştir. Bu durum araştırmacılara hastaların istenen hizmet özellikleri konusunda daha net düşüncelere sahip olduğunu düşündürmüştür. Öte yandan hastaların alınan hizmetin doğası gereği ya da zaman aşımı nedeniyle, hizmetin gerçekteki kalitesini değerlendirmek konusunda zorlandığı tespit edilmiştir.

Araştırmada SERVQUAL ölçeği, fonksiyonel kalitesinin ölçülmesinde kullanılan standart bir ölçek olarak, başka hizmet sektörlerinin yanı sıra hastane sektöründe de geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu sonuç araştırmacılara sektörler arası ölçme ve daha genel bir sonuç çıkarabilme imkanı sağlamıştır. SERVQUAL ölçeği hastane sektöründe çalışanlara da fonksiyonel kaliteyi ölçme imkanı sağlaması açısından önemlidir. SERVQUAL ölçeğinin sağlık sektörüne yönelik katkılarından birisi de; alta yatan problemlerin araştırılmasında bir başlangıç noktası olan semptomların tanımlanmasını sağlamaktır. Hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeğinde beklenti ve algı skalaları mükemmel iç güvenirliği ile tek boyutlu olarak ortaya çıkmıştır. SERVQUAL ölçeğini oluşturan bu iki skala, hastaların hastane hizmetlerine yönelik beklentilerini ve söz konusu hastanenin performans düzeyine yönelik hasta algıları ile ilgili ayrı ölçümleri almada yeterli derecede geçerli bulunmuştur. Araştırmacılar çalışmalarının sonucunda, hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğinin, hasta algıları ve hastaların söz konusu hizmete yönelik beklentileri arasındaki boşluğu ölçmede başarılı olarak kullanılabileceğini tespit etmişlerdir. Babakus ve Mangold’a göre SERVQUAL ölçeği her ne kadar fonksiyonel kaliteyi ölçme amacına yönelik olarak geliştirilmiş olsa bile, hastane işletmelerinde fonksiyonel kalite, doğru tanımlar ve prosedürler olmaksızın ortaya konamayacaktır. Araştırmacılar hizmet işletmelerinin uzun dönemli bir başarı için, hem fonksiyonel kaliteyi, hem de teknik kaliteyi verimli bir şekilde organize etmesi gerektiğini önermektedirler.

SERVQUAL ölçeği ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili yazın incelendiğinde, ölçeğin sadece sağlık işletmelerinin genel hizmet kalitesini belirlemede kullanılmadığı, bunun yanında sağlık işletmesinin farklı kliniklerinin sağladığı hizmetin kalitesinin ölçülmesinde de kullanıldığı görülmektedir. Örneğin Anderson ve Zwellling tarafından yapılan bir araştırmada (Anderson ve Zwellling 1996; 9-22), Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Texas Üniversitesi M.D. Anderson Kanseri Merkezi'ne bağlı dört kliniğin hizmet kalitesi ölçülmüştür. Araştırmacılar çalışmalarının amacını; hastaların algılarına göre kanser merkezinin farklı kliniklerinin hizmet kalitesini belirlemek ve bu sayede hangi alanlarda gelişmeye ihtiyaç olduğunu saptamak olarak belirlemişlerdir. Söz konusu çalışmada ayrıca hizmet sunumu sırasında yaşanan problemlerin hangilerinin genel nitelikte olduğu, hangilerinin kliniklere özgü olduğunun belirlenmesi de amaçlanmıştır.

Çalışmadan elde edilen algı ve beklenti skorları boşluk (gap) modeline göre yorumlanmıştır. Başka bir deyişle beklenti ve algı skorları arasındaki fark esas alınıp, gap puanları elde edilmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeğin algılarla ilgili olan ifadelerinden, beklentilerle ilgili ifadelerin çıkarılmasıyla elde edilen gap skorunun pozitif olması durumunda, sağlık işletmesinin hasta beklentilerini en azından karşıladığı sonucu çıkarılmaktadır. Gap skorlarının negatif olması durumunda ise, hastaların algıları beklentilerinin altında kalacak, dolayısıyla hasta beklentilerini karşılayacak bir hizmet kalitesinin gerçekleştirilemediği sonucu ortaya çıkacaktır. Söz konusu çalışmada, orijinal SERVQUAL ölçeğinde olduğu gibi, hastalardan ölçeği oluşturan beş boyut için (daha önemli buldukları boyuta daha çok puan vermeleri şartıyla) puan vermeleri istenmiştir.

Araştırmacılara göre çalışma kapsamına alınan dört kliniğe yönelik bulguların farklı olması, hasta algılarıyla değil, beklentileri ile ilgilidir. Aynı araştırma sonuçlarına göre kanser merkezinin her dört kliniğinde de hastalar tarafından en önemli bulunan "güvenilirlik" boyutu, en yüksek negatif gap skoru almıştır. Araştırmada ayrıca hastalar tarafından en önemsiz boyut olarak değerlendirilen "fiziksel özellikler" boyutunun en yüksek pozitif gap skoru aldığı tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmada sadece algı skorları değerlendirildiğinde ise, dört klinik arasında bir fark tespit edilmediği görülmüştür. Ancak hasta

beklenti ve algılarının karşılaştırılması sonucunda gap skorların çok değiştiği tespit edilmiştir

Anderson ve Zwellling sağlık işletmelerinde algı ve beklenti skorlarının ayrı ayrı hesaplanıp, bunun sonucunda gap skorlarının hesaplanması gerektiği görüşünü desteklemektedir. Araştırmacılara göre bu yolla elde edilecek bilgiler hem çok önemli, hem de anlaşılması kolay bir yöntemdir. Diğer taraftan hastaların, SERVQUAL ölçeğini oluşturan beş hizmet kalitesi boyutuna puan verilmesi de, değerli bilgiler elde edilmesine olanak sağlamaktadır.

Anderson tarafından yapılan bir araştırmada (Anderson, 1995; 32-37) sağlık işletmelerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğini kullanılarak; Houston Üniversitesi Sağlık Kliniği'nin hizmet kalitesi ölçülmüş ve araştırma sonuçları doğrultusunda kliniğin strateji planları yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu araştırmanın en önemli sonuçlarından birisi de ; hizmet kalitesi algıları göz önünde bulundurularak yapılan kliniğin bütçe dağılım kararlarıdır. Anderson'a göre sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, hasta tatmini ve işletmenin gelirine olan katkısı açısından önemlidir. Ayrıca bu tür bir ölçüm hizmetin maliyetini değerlendirmek açısından da büyük önem taşımaktadır. Örneğin bir müşteri tatmini ölçümü sonuçlarında, yüksek maliyetli bir merkez, tüketiciler tarafından düşük kaliteli olarak algılanıyorsa, yönetim söz konusu merkezi yeniden yapılandırma çabasına odaklanmalıdır. Anderson tarafından yapılan söz konusu araştırmada, daha önce Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeği, ölçekteki "hastane" sözcüğü yerine "üniversite sağlık merkezi " yazılarak kullanılmış ve üniversite sağlık merkezinin algılanan hizmet kalitesi ölçülmüştür. Ölçekte ayrıca orijinal SERVQUAL ölçeğinde olduğu gibi, hastaların beş SERVQUAL boyutuna verdikleri önem derecelerine göre 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırmanın sonuçlarını değerlendirmek için gap analizinden (beklentiler ve algılar arasındaki boşluğun analiz edilmesi) yararlanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hastaların sağlık merkezinin verdiği hizmete yönelik algılarının beklentilerinden daha düşük olduğu, "empati" ve "fiziksel özellikler" boyutlarında beklenti ve algılar arasındaki boşluğun en düşük, güven boyutundaki boşluğun ise en büyük olduğu tespit edilmiştir.

Diğer boyutlar olan güvenilirlik ve heveslilik boyutlarındaki boşlukların ise birbirine yakın olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre; “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutları ile ilgili performansın, diğer boyutlardaki performansa kıyasla hasta beklentilerine daha yakın olduğu söylenebilmektedir. Anderson’a göre sağlık merkezinin “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarında beklentilerle algılar arasındaki boşluğun küçük olması, sağlık merkezinin her zaman ilgili boyutlarla ilgili iyi performans gösterdiği anlamına gelmeyecektir. Çünkü söz konusu iki boyut hasta beklentilerin en düşük olduğu boyutlardır. Hastaların “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarıyla ilgili beklentileri düşük olduğundan, sağlık merkezi bu düşük beklentileri karşılamış bu nedenle boyutlar bazında beklenti-algı boşluğu küçülmüştür. Bu nedenle buradan çıkarılabilecek sonuç; sadece hasta beklentileri ile algılarının birbirine yakın olduğudur. Çünkü boyutlar bazında boşluğun küçük olması, hastanın düşük düzeydeki tatmini ve çalışanların düşük düzeydeki performansının eşleşmesi ile de ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık işletmelerinde yönetimle ilgili kararlar alınırken önemli olan bir bilgi de hastaların hangi boyutlara daha çok önem verdiğinin saptanmasıdır. Söz konusu çalışmaya göre sağlık merkezi hastalarının en önemli buldukları boyut “güvenilirlik” boyutudur. Hastalar tarafından en az önemli bulunan boyutlar ise “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutlarıdır. Hastaların “güvenilirlik” boyutundan sonra en önemli buldukları boyutlar ise “heveslilik” ve “güven” boyutlarıdır. Söz konusu araştırmada daha önce belirtildiği gibi “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutları en az boşluğa sahip olmakla beraber, bu iki boyut hastalar tarafından en az önemli boyutlar olarak değerlendirilmiştir.

Anderson’a göre sağlık merkezinin “empati” ve “fiziksel özellikler” açısından performansı hasta beklentilerini karşılamaya yakın olduğundan bu alanlara yönlendirilecek yatırım gereksiz olacaktır. Buna karşın “güvenilirlik” boyutu hastalar tarafından en önemli boyut olarak değerlendirilmekte ve bu boyuttaki beklenti-algı boşluğu daha büyüktür. Bu sonuçlar sağlık merkezi yönetimi için “güvenilirlik” boyutunun iyileştirilmesi için iyi bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Ayrıca yönetim hizmet kalitesinin beş boyutu açısından boşlukların değerlendirilmesi yanında, boyutları oluşturan her bir ölçek maddesi için beklentilerin, algıların, beklenti-algı boşluğunun değerlendirilmesi kalite geliştirme kaynaklarının stratejik dağılımı ile ilgili fırsatlar sağlayacaktır. Örneğin sağlık işletmelerinde bekleme süresi “heveslilik” boyutunu önemli ölçüde

etkilediğinden, yönetim hasta bekleme süresini azaltmak için bir girişimde bulunabilecektir. Ayrıca hastaların hizmet aldığı süreçler basitleştirilerek bekleme zamanları azaltılabilir ve dolayısıyla "heveslilik boyutu" ile ilgili bir gelişme sağlanabilir. Ayrıca hasta randevularının kullanımı ile ilgili olarak hizmet kullanıcılarına bir eğitim verilmesi ve hizmete talebin arttığı zamanlarda yeni eleman alınması da bekleme süresini kısaltacaktır. Hastalara sağlık işletmesinin amacı ve bu amacın diğer sağlık işletmelerindeki amaçlardan farklılığı konusunda eğitim verilmesi de hasta beklentilerinin şekillenmesi açısından faydalı olacaktır.

Lam tarafından 22 maddelik ve beşli likert tipi SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Hong Kong'daki hastaların sağlık hizmet kalitesine yönelik algılarının ölçüldüğü araştırma bulguları, SERVQUAL ölçeğinin sağlık bakım kalitesini ölçmede güvenilir olduğunu göstermiştir, buna karşın Parasuraman ve arkadaşları tarafından öne sürülen beş hizmet kalitesi boyutu bu araştırmada ortaya konamamıştır (Lam, 1997; 145-152).

Lim ve Tang tarafından Singapur'daki hastanelerin algılanan hizmet kalitesinin ölçüldüğü bir araştırmada, hastanelerin SERVQUAL ölçeğini oluşturan kalite boyutlarının hiç birisinde hasta beklentilerini karşılamadığı tespit edilmiştir (Lim ve Tang, 2000; 290-299). Bu araştırmada araştırmacılar; hastalar tarafından önemli olduğu düşünülen hizmet karakteristiklerinin tanımlanmasında SERVQUAL ölçeğinin hastane yönetimine yardımcı olabileceğini öne sürmektedirler. Söz konusu araştırmada SERVQUAL ölçeğini oluşturan kalite boyutlarına ait SERVQUAL skorlarının tümü negatif çıkmasına karşın, ölçek sayesinde Singapur hastanelerinin hasta beklentilerini karşılamaya yakın oldukları ve karşılayamadıkları alanlar tespit edilmiştir. Öte yandan "heveslilik" ve "güven" boyutları kalite skoru en düşük olan iki boyut olarak saptanırken, hastaların en önemli bulduğu kalite boyutunun "güven" olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ikinci derecede en önemli bulduğu boyut ise "heveslilik" boyutudur. Söz konusu çalışmada güvenilirlik boyutu ise üçüncü en önemli kalite boyutu olarak belirlenirken, "fiziksel özellikler" boyutu hastalar tarafından en az önemli boyut olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları, SERVQUAL ölçeği üzerinden elde edilen bilgiler sayesinde, hastane kaynaklarının hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını en çok etkileyen alanlarda kullanılarak, hastanelerin algılanan hizmet kalitesinin arttırılabileceğini göstermektedir. Araştırmacılara göre

bu sonuçlar göz önüne alınıp; kaynak dağılım kararları yeniden gözden geçirilmelidir.

Headley ve Miller SERVQUAL ölçeğini tıbbi bakım hizmetlerine adapte ederek geçerliliğini, güvenilirliğini ve boyutlarını test etmişlerdir. Söz konusu araştırmada ayrıca algılanan hizmet kalitesi ile hastanın gelecekte şikayet etme, sağlık işletmesini övme, aynı işletmeyi tekrar tercih etme ve hizmet sağlayanlarını değiştirme niyetleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçları, SERVQUAL ölçeğinin klinik ortamlara güvenilir olarak uyarlanabileceğini göstermiştir. Söz konusu araştırmada hastanın gelecekte şikayet etme, sağlık işletmesini övme, tekrar aynı işletmeyi tercih etme ve hizmet sağlayanları değiştirme niyetlerini en çok etkileyen boyutların “güvenilirlik” ve “empati” boyutları olduğu tespit edilmiştir (Headley ve Miller, 1993; 32-42).

Sağlık işletmelerinde SERVQUAL ölçeğinin uygulama avantajlarından birisi de, hem çalışanların hem de hastaların hizmet kalitesine yönelik beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçmeye olanak sağlaması ve bunun sonucunda sağlık işletmesinin algılanan hizmet kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yardımcı olacak genel bir bakış açısı kazandırmasıdır. Mangold ve Babakus sağlık işletmelerinde hizmet sağlayanların, hizmet kalitesini anlamaları ve geliştirmelerine yardımcı olacak kavramsal bir çerçeve (hizmet kalitesi izleme sistemi) sunmak için yayınladıkları makalelerinde tıpkı Parasuraman ve arkadaşlarının kavramsal hizmet kalitesi modelinde olduğu gibi bir takım boşluklar (gap) ve boşluklar arasındaki farkın ölçülmesi üzerinde durmuşlardır. Hizmet kalitesini izleme sisteminin etkili araçlarından birisi de SERVQUAL ölçeği olduğundan, araştırmacılar müşteri ve hizmet sunanların beklentilerini ve algılarını ölçmede bu ölçeği kullanmışlardır. Araştırmacılara göre, müşteri beklentileri, müşterilerin hizmet kalitesi algıları, hizmet sağlayanların beklentileri ve hizmet sağlayanların hizmet kalitesi algılarının ayrı ayrı ölçülmesi hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından yönetim kararlarına rehberlik edecek şekilde kullanılabilir (Mangold ve Babakus, 1990; 21-33).

Araştırmacılara göre yüksek hizmet kalitesi bir çok organizasyonun başarısının temel anahtarıdır ve çoğu hizmet ortamlarında, hizmeti üreten ve sunan kişiler işletmenin genel kalite düzeyini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle hizmet kalitesini arttırmak isteyen sağlık işletmeleri, hem çalışanlardan,

hem de hastalardan bilgi toplamalıdır. Çalışanların beklentileri, müşterilerin beklentilerinden düşük olduğunda, müşterilerin tatmini de büyük olasılıkla düşecektir. Müşterilerin algılarının, çalışanların algılarından düşük olması durumunda da müşterilerin tatminsizlik yaşaması olası olacaktır. Her iki durumda da çalışanlar müşterilerin tatminsizliğini anlamayıp, isteklerinin mantıksız olduğunu düşüneceklerdir. Araştırmacıların hizmet kalitesi boşluğu olarak adlandırdıkları birinci boşluk, aslında hizmet kalitesinin bir ölçümü olup, hastaların beklentileri ve algıları arasındaki farkı temel almıştır.

Beklentiler boşluğu olarak adlandırdıkları ikinci boşluk ise; hastaların ve hizmeti sağlayanların verilen hizmete yönelik beklentileri arasındaki farka yöneliktir. Araştırmacılara göre bu farkın anlamlı olması durumunda hizmet sunum süreci bu farktan etkilenecektir. Başka bir ifade ile, eğer hizmeti sağlayanların beklentileri hastalarinkinden daha düşük ise, hizmet kalitesi düşecektir. Hizmeti sunanların beklentilerinin daha yüksek olması durumunda ise, kurumun kaynaklarını hastaları tatmin edebilecek düzeyin üstünde harcadığı anlamına gelecektir.

Hizmet sunumu boşluğu olarak adlandırdıkları üçüncü boşluk ise; hizmeti sağlayanların beklentileri ve sağladıkları hizmete yönelik algıları arasındaki farkı ifade etmektedir. Buna göre eğer hizmet sağlayanların sunulan hizmete yönelik kalite algıları beklentilerini karşılıyor ya da aşıyorsa, organizasyondaki faaliyetlerinden memnun olacaklardır. Hizmet sağlayanların hizmetin kalitesine yönelik algıları beklentilerini karşılamamış veya aşamamışsa, bu ayrılığın nedenleri analiz edilmeli ve düzeltici önlemler alınmalıdır.

Araştırmacıların "algılar boşluğu" olarak adlandırdığı dördüncü boşluk ise; hizmet sağlayanların ve hastaların algıları arasındaki farkın ölçülmesine yöneliktir. Buna göre, eğer hizmet sağlayanların algıları hasta algılarından daha yüksek ise, bu sonuç sağlık işletmesi açısından yeterli bir sonuçtur. Ancak bazen hizmet sağlayanların hizmet kalitesi algıları, hastaların algılarından daha düşük olabilmektedir. Bu durumun hizmet organizasyonu açısından tehlike sinyali taşıdığından, söz konusu farklılığın nedeni araştırılmalıdır. Mangold ve Babakus tarafından yapılan söz konusu çalışmada, çalışanlar ve hastaların beklentileri arasında anlamlı bir fark bulunmamış, buna karşın çalışanların algıları, hastalarinkinden düşük bulunmuştur. Araştırmacılara göre bu farkın bir nedeni;

Çalışanların hizmet sürecinin her aşamasına tanık olmaları ve hastaların bazen farkında bile olmadıkları olaylarla yüzyüze gelmeleridir. Bir başka neden, çalışanların özeleştiri yapmalarıdır. Özeleştiri bir yandan iyi bir sonuç verirken, diğeri yandan moral bozukluğu yarattığı için hizmet kalitesine yönelik algının düşmesine neden olabilmektedir. Araştırmacılar ayrıca göre çalışanların hastalardan daha düşük algılara sahip olmalarının bir nedeni de, çalışanların iş stresi altında gerçek olmayan sonuçlara varmalarıdır.

Mowen; Licata ve McPhail, sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi boyutlarının, hastaların algısı üzerinde çok fazla etkisi olduğu görüşünün duruma bağlı olduğunu öne sürmektedirler. Bu nedenle araştırmacılar, SERVQUAL leği kullanarak bir sağlık işletmesinin acil odasında bekleyen hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki değerlendirmelerini incelemişlerdir (Mowen vd., 1993; 26-34). Söz konusu araştırma için hastanenin acil odasında bekleyen hastalarla ilgili deneysel bir desen oluşturulmuş, hastalar iki gruba ayrılmıştır. Birinci gruba doktoru ne kadar bekleyecekleri söylenmiş, diğeri gruba ise herhangi bir açıklama yapılmamıştır. Daha sonra SERVQUAL leği kullanılarak, posta yoluyla hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki algılarının sorulduğu araştırma sonuçları; ne kadar bekleyeceği söylenen ve bekleme süresi hakkında gerçekçi bilgi aldığına inanan hastaların tatmin düzeylerinin ve hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğeri taraftan aynı araştırmada güven (assurance) kalite boyutu, acil servis hastaları tarafından en fazla önem verilen hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

McAlexander ve Kaldenberg tarafından SERVQUAL leği kullanılarak yapılan bir araştırmada, diş hastalarının sağlık işletmesinin toplam hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerinin, hizmet sunanların performansından büyük ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir (McAlexander ve Kaldenberg, 1994; 34-40)

Görüldüğü gibi hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan SERVQUAL leği, sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin belirlenmesinde de bir standart olarak kullanılmaktadır. Ancak Parasuraman ve arkadaşları tarafından bir dizi araştırma sonucunda geliştirilen ölçeğin bazı yazarlar tarafından eleştirildiği de görülmektedir. Aşağıda SERVQUAL leğine yöneltilen bazı eleştirilere yer verilmiştir.

2.2.7. SERVQUAL Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler

Daha önce ifade edildiği gibi Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesi kavramını ayrıntılı bir şekilde değerlendirmiş ve bunun sonucunda hizmet kalitesini kavramsal temelde açıklayan “kavramsal hizmet kalitesi modeli” ve algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik SERVQUAL ölçeğini geliştirmişlerdir. Araştırmacıların SERVQUAL modelini geliştirmesinden sonra bazı araştırmacıların modeli eleştirdiği veya alternatif ölçüm modelleri önerdikleri görülmektedir.

Carman, Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen 5 boyutlu SERVQUAL ölçeğini kullandığı araştırmasında ölçeğe bazı eleştiriler getirmiştir. Carman SERVQUAL ölçeğinin farklı hizmet sektörlerinin hizmet kalitesini ölçmede her zaman geçerli olmadığı öne sürmüştür. Bu nedenle ölçeğin farklı hizmet sektörlerine uygulanmadan önce ilgili hizmet sektörünün terminolojine adapte edilmesi gerektiğini savunmuştur. Carman ayrıca müşteriler açısından önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarının alt boyutlara ayrılması gerektiğine işaret etmektedir (Carman, 1990; 33-55)

Cronin ve Taylor tarafından dört ayrı hizmet sektöründe (bankacılık, ilaçlama, kuru temizleme, fast food) yapılan bir araştırmada SERVQUAL ölçeği ile algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine bir takım eleştiriler getirmişlerdir. Araştırmacılar çalışmalarında, hizmet kalitesini ölçmede müşteri beklentilerinden yararlanmanın gereksiz olduğunu öne sürerek hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik alternatif bir model olan SERVPERF modelini geliştirmişlerdir (1992; 55-68) Cronin ve Taylor algı-beklenti boşluğunun hizmet kalitesinin ölçülmesi ile ilişkisini destekleyen çok az sayıda bulgu olduğunu öne sürerek, müşteri beklenti ve algıları arasındaki farkın ölçülmesi yerine sadece performansın ölçülmesinin yeterli olduğunu iddia etmişlerdir. Araştırmacılar çalışmalarında ayrıca hizmet kalitesi, müşteri tatmini ve satınalma niyeti arasındaki ilişkiyi incelemiş ve hizmet kalitesinin müşterilerin satınalma niyetlerini etkilemediğini öne sürmüşlerdir. Diğer taraftan araştırmacılar müşteri tatminin hizmet kalitesine göre müşterilerin satınalma niyetlerini daha çok etkilediğini öne sürmüşlerdir. Cronin ve Taylor söz konusu çalışmada müşteri tatmininin önemine değinerek, müşterilerin her zaman yüksek kalitedeki bir hizmeti tercih etmeyebileceğini, buna karşın kendilerini en çok tatmin eden hizmetleri seçeceklerine işaret etmişlerdir.

Teas SERVQUAL ölçeğinin esas zayıf noktasının, SERVQUAL ölçeğinin temeli olan 5. Boşluğun (beklenen-algılanan hizmet boşluğu) tanımlanması olduğunu öne sürmektedir. Başka bir ifade ile hizmet kalitesinin beklenen hizmet –algılanan hizmet temelinde kavramsallaştırılmasına eleştiri getirmiştir. Teas SERVQUAL ölçeğinin beklenen-algılanan hizmet çatısına alternatif olarak değerlendirilmiş performans (Evaluated Performance-EP) ve normlandırılmış kalite (normed quality -NQ) modellerini ortaya atmıştır (Teas, 1993; 18-34)

Parasuraman ve arkadaşlarının 1994 yılında yayınladıkları makalelerinde özellikle Cronin ve Taylor ile Teas'ın eleştirilere yanıt verdikleri görülmektedir. Söz konusu makalede hizmet kalitesinin algılama-beklenti şeklinde kavramsallaştırılması konusuna yapılan itirazların geçersiz olduğunu belirtmişlerdir. Söz konusu çalışmalarında 1985 yılından itibaren hizmet kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmalarda, hizmet kalitesinin "algılama-beklenti" temelinde kavramsallaştırılmasına yönelik çok fazla bulgu elde ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu anlamda araştırmacılar modelin geçerliliği konusunda kendilerine eleştiri yönelten diğer araştırmacılara katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Buna karşın araştırmacılar yapılan eleştiriler doğrultusunda SERVQUAL modelini tekrar değerlendirmişlerdir. Araştırmacıların modelin yeniden değerlendirilmesi kapsamında müşteri tatmini ve fiyat unsuruna da yer verdikleri görülmektedir. Ancak araştırmacıların bu konuda sayısal bir araştırma yapmadıkları ve yeni yapılacak araştırmalara müşteri tatmini ve fiyat unsurlarının da dahil edilmesi konusunda araştırmacılara öneride bulundukları görülmektedir (Parasuraman vd., 1994; 111-124).

Söz konusu eleştirilere rağmen SERVQUAL ölçeği, algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde güvenilir standart bir ölçüm aracı olarak çeşitli hizmet sektörlerinde başarı ile kullanılmaktadır. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeği kullanılarak, iki hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmeyi kapsayan bir araştırmaya yer verilecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. SERVQUAL ÖLÇEĞİNİN SAĞLIK İŞLETMELERİNDE UYGULANMASI

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada esas olarak, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Özel Altınordu Hastanesi'nin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin ölçülmesi ve her iki hastanenin kalite düzeyleri açısından birbirleriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın bundan sonraki kısımlarında Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi DEÜH, Özel Altınordu Hastanesi ise ÖAH olarak anılacaktır. Araştırmanın diğer amaçları ise aşağıda sıralanmıştır:

- Her hastane için hasta bakış açısı ile en önemli ve en az önemli hizmet kalitesi boyutlarını saptamak.
- Hastaların demografik ve sosyo-ekonomik durumları açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek.
- Tedavileri süresince herhangi bir problem yaşamış ve yaşamamış olan hastaları SERVQUAL skorları açısından karşılaştırmak.
- Hizmet aldıkları hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastaları SERVQUAL skorları açısından karşılaştırmak.
- Hastaların sahip olduğu sosyal güvence açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek.
- Hastaların hizmet aldıkları hastanenin hizmet kalitesine yönelik yaptıkları genel değerlendirme açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini saptamak.
- Gelecekte ihtiyaç olması durumunda aynı hastaneyi tercih eden ve etmeyen hastaları SERVQUAL skorları açısından karşılaştırmak.

3.1.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, uygulanan SERVQUAL ölçeğinden elde edilen veriler üzerinden hesaplanan Algılanan Hizmet Kalitesi skorudur (SERVQUAL skoru). Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, tedavi ücretini kimin karşıladığı (sosyal güvence), hastanenin kalitesi ile ilgili hastaların genel değerlendirmesi, hizmet alınan hastanenin başkasına tavsiye edilip edilmemesi, hastaların gelecekte ihtiyaç duyması durumunda aynı hastaneyi tercih edip etmeyeceği ile hizmet sunumu esnasında problem yaşanıp yaşanmadığıdır.

3.1.3. Araştırmanın Metodolojisi

3.1.3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma modeli, yapılacak araştırmanın tüm işlemsel yapısını ortaya koyan iskelettir. Araştırma modelinde araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler, etkileşimler tüm ayrıntılarıyla ortaya konur. Bu model sözlü olarak ifade edilebileceği gibi geometrik, sembolik veya matematiksel olarak da ifade edilebilir. Araştırma modeli, araştırmanın amacına ve çerçevesine uygun olarak araştırma değişkenlerini ve bunlar arasındaki ilişkileri belirleyen yapıdır. Araştırma modellerinden biri olan “neden –sonuç ilişkisi araştıran araştırma modeli”, esas olarak eldeki problemle ilgili neden –sonuç ilişkisini saptamayı amaçlayan araştırma modeli olup, bu modelde değişkenler arasındaki ilişkinin yönü, neyin neye etki ettiği araştırılır (Kurtuluş, 1989;53-59). Bu çalışmada SERVQUAL modelinin hastane işletmelerinin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde uygulanabilirliği ve bağımsız değişkenler açısından algılanan hizmet kalitesinin değişip değişmediği değerlendirilmek istendiğinden, araştırmanın neden sonuç ilişkisi araştıran araştırma modeline uygun olduğu söylenebilir.

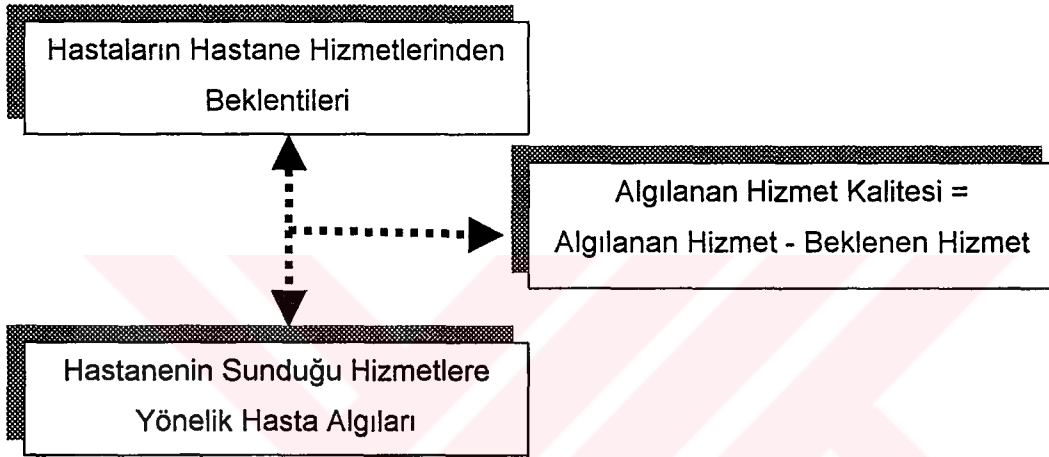
Parasuraman; Zeithaml ve Berry tarafından keşfedici araştırmalardan sonra geliştirilen Kavramsal Hizmet Kalitesi Modelindeki 5. boşluk (Gap 5) (Beklenen hizmet-algılanan hizmet boşluğu) SERVQUAL ölçeğinin temelini oluşturmaktadır. Daha sonra Babakus ve Mangold tarafından da ampirik bir araştırma ile hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeğinin, sağlık işletmelerinde de standart bir ölçüm aracı olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu

nedenle bu araştırmada tekrar keşfedici bir alan araştırması yapılmamıştır. Daha önce ifade edildiği gibi, Parasuraman; Zeithaml ve Berry tarafından algılanan hizmet kalitesi ve SERVQUAL skoru (algılanan hizmet kalitesi düzeyi):

Algılanan Hizmet Kalitesi = Algılanan Hizmet - Beklenen Hizmet

SERVQUAL Skoru (SQ) = Algılama Skoru (P) - Beklenti Skoru (E)

şeklinde formüle edildiğinden, araştırmada kullanılan modelin basit şekilsel ifadesi Şekil-3.1' de gösterilmiştir:



Şekil -3.1: Araştırmanın Modeli

3.1.3.2. Araştırmanın Örneklem Yöntemi

Araştırmada öncelikle gün içinde taburcu olacak hastaların kayıtlarına ulaşılmış, daha sonra taburcu olacak hastalar arasından basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak DEÜH'nde 185, ÖAH'nde 105 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

3.1.3.3. Verileri Toplama Araçları

Araştırmada biri DEÜH hastaları için, diğeri ÖAH hastaları için olmak üzere hazırlanmış iki ayrı SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Her bir SERVQUAL ölçeği dört kısımdan meydana gelmektedir:

- Ölçeğin birinci kısmında hastaların hastane hizmetleriyle ilgili beklentilerini içeren toplam 15 beklenti maddesinin 5'li likert ölçek üzerinden

değerlendirmesi istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum=5).

- Ölçeğin ikinci kısmında hastaların kalite boyutlarına verdikleri önem derecelerine göre 100 puanın bölüştürülmesi istenmektedir.
- Ölçeğin üçüncü kısmında, hastaların hizmet aldıkları hastanenin hizmetlerine yönelik algılarının değerlendirildiği 15 algı maddesi yer almakta ve yine hastalardan 5'li likert ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum=1, Kesinlikle Katılıyorum=5).
- Ölçeğin dördüncü kısmında ise; hastaların hastanenin hizmet kalitesi ile ilgili genel değerlendirmesi, hastaların gelecekte ihtiyaç olması durumunda aynı hastaneyi tercih edip etmemesi, hastanenin başkasına tavsiye edilip edilmemesi, tedavi süresince problem yaşayıp yaşanmaması ile ilgili ve bazı demografik ve sosyo-ekonomik sorular yer almaktadır.

3.1.3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 1 Ocak-30 Mart 2001 tarihlerinde ilgili hastanelerin yatan hasta servislerinde gerçekleştirilmiştir. SERVQUAL ölçeğinin uzun olması ve zaman problemi nedeniyle, her iki hastanenin yalnızca yatan hasta servislerindeki hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada söz konusu hastanelerin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin ölçülüp birbirleriyle karşılaştırılması amaçlandığından, katılımcıların geçmişte en az bir kez ilgili hastanenin hizmetlerinden yararlanmış olması koşulu aranmıştır. Ayrıca ilgili hastanelerin çocuk hastaları da (18 yaş ve altı) araştırmaya dahil edilmiş, ancak söz konusu hastaların yerine refakatçileri ölçek sorularını yanıtlamıştır.

3.1.3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma öncesi öncelikle ilgili hastanelerin yönetimlerinden gerekli izinler alınmıştır. Çalışma süresince hastane kayıtlarından öncelikle gün içerisinde taburcu olacak hastaların listelerine ulaşılmış, daha sonra taburcu işlemleri sırasında yüz yüze görüşme tekniği ile DEÜH'nde 185, ÖAH'nde ise 105 SERVQUAL ölçeği uygulanmıştır.

3.1.3.6. Verilerin Analizi Yöntemi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 (Statistical Program for Social Science) paket programı, %95 güvenirlik düzeyinde kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirliğini test etmek için güvenirlik analizi, ortalamalar arası farklılıkların anlamlılığı için t-testi ve gruplu olan değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA-Oneway) testleri kullanılmıştır.

3.1.3.7. Araştırmada Kullanılan SERVQUAL ölçeğinin Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik; bir ölçme aracında (testte) bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan bir kavramdır. Güvenirlik analizi, toplam puanlar üzerine kurulu ölçeklere (Likert ölçeği, Q-Tipi ölçek) dayalı araçların güvenirliğini 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 (Özdamar, 1999; 512-522):

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

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenirliktedir.

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

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

Araştırmada her bir hastane için kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algı maddelerine %95 güven düzeyinde SPSS for Windows (Statistical Program for Social Science) 10.0 programı kullanılarak ayrı ayrı güvenirlik analizi uygulanmıştır. Her iki hastanede kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algı maddeleri için yapılan güvenirlik analizi sonuçları aşağıda belirtilmiştir:

DEÜH'nde kullanılan SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileriyle ilgili maddeleri için yapılan güvenirlik analizinde alfa katsayısı 0,8395, verilen hizmetlere yönelik hasta algılarıyla ilgili ölçek maddeleri için yapılan güvenirlik analizinde ise alfa katsayısı 0.9030 olarak hesaplanmıştır. ÖAH'nde kullanılan SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileriyle ilgili maddeleri için yapılan güvenirlik analizinde alfa katsayısı 0,9099, verilen hizmete yönelik hasta algılarıyla ilgili ölçek maddeleri için yapılan güvenirlik analizinde ise alfa katsayısı 0,9444 olarak

hesaplanmıştır. Daha önce ifade edildiği gibi 0 ile 1 arasında yer alan alfa değerinin 1'e yakın olması, kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu anlamına gelmektedir. Yukarıda belirtilen kriterler ve güvenilirlik analizinde hesaplanan alfa değerleri göz önüne alındığında, araştırmada da kullanılan SERVQUAL ölçeğinin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin güvenilirlik analizi sonuçları çalışmanın ekler kısmında gösterilmiştir (Ek-1, Ek-2, Ek-3, Ek-4).

3.1.4. SERVQUAL Skorlarının Hesaplanması

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin algı ve beklenti maddeleri 5'li Likert ölçek üzerinden düzenlenmiştir (Kesinlikle Katılmıyorum = 1, Kesinlikle Katılıyorum = 5 olacak şekilde). SERVQUAL skoru = algılama skoru - beklenti skoru olarak belirlendiğinden, SERVQUAL skoru -4 ile +4 arasında değişecektir. SERVQUAL skorunun pozitif bulunması, hasta beklentilerinin aşıldığı anlamına gelmekte, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu yorumu yapılabilmektedir. SERVQUAL skorunun negatif olması durumunda, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelecektir. SERVQUAL skorunun sıfır olması durumunda ise, hasta 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 hasta beklentilerinin yüksek düzeyde karşılandığı anlamına gelirken, skorun - 4' e yaklaşması durumunda ise hasta beklentilerinin hiç karşılanmadığı sonucu çıkartılabilmektedir.

- **Boyutlar Bazında SERVQUAL Skorlarının Hesaplanması**

Her hasta için ölçeğin algı (P) ve beklenti maddelerinin (E) karşılıklı olarak farkları alınarak, fark toplamları 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 (Zeithaml vd., 1990; 176-177 ; Kızgın, 1999; 203-205):

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

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

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

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

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

- **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 ayrı ayrı yapılır.
- Daha sonra elde edilen katsayı, ilgili kalite boyutunun SERVQUAL skoru ile çarpılıp, elde edilen toplam 5' e bölünür.

Ağırlıklı SERVQUAL skorunun hesaplanmasının matematiksel ifadesi aşağıda gösterilmiştir:

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

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

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

3.2. SERVQUAL ÖLÇEĞİNDEN ELDE EDİLEN BULGULAR VE SERVQUAL SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.2.1. Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo -3.1' de gösterilmiştir. Buna göre DEÜH'ndeki katılımcıların %60'ının kadın, %40'ının erkek ; ÖAH'ndeki katılımcıların %62,9'unun kadın, %37,1'inin erkek olduğu görülmektedir.

Tablo-3.1:Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Kadın	111	60	66	62,9
Erkek	74	40	39	37,1
Toplam	185	100	105	100,0

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı, Tablo-3.2'de gösterilmiştir. Buna göre DEÜH'nde katılımcıların %5,4'ü 18-20, %19,5'i 21-30, %23,2'si 31-40, %17,3'ü 41-50, %10,8'i 51-60, %16,8'i 61-70, %5,9'u 71-80 ve %1,1'i 80 ve yukarı yaş grubu hastalardan oluşmaktadır. ÖAH'nde ise katılımcıların %1,9'u 18-20, %27,6'sı 21-30, %36,2'si 31-40, %26,7'si 41-50, %4,8'i 51-60, %1,9'u 61-70, %1'i 71-80 yaş grubu hastalardan oluşmaktadır.

Tablo-3.2: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
18-20	10	5,4	2	1,9
21-30	36	19,5	29	27,6
31-40	43	23,2	38	36,2
41-50	32	17,3	28	26,7
51-60	20	10,8	5	4,8
61-70	31	16,8	2	1,9
71-80	11	5,9	1	1,0
80 +	2	1,1	-	-
Toplam	185	100,0	105	100,0

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo-3.3'de gösterilmiştir. Buna göre DEÜH'nde katılımcıların %3,8'inin okur yazar, %19,5'inin ilkokul, %10,3'ünün ortaokul, %28,6'sının lise ve dengi okul, %35,1'inin fakülte/yüksekokul ve %2,7'sinin lisansüstü eğitim düzeylerinde olduğu görülmektedir. ÖAH'nde katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların %1'inin okur yazar, %7,6'sının ilkokul, %9,5'inin ortaokul, %51,4'ünün lise ve dengi okul, %29,5'inin fakülte/yüksekokul ve %1'inin lisansüstü eğitim düzeylerinde olduğu görülmektedir.

Tablo-3.3: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Okur yazar	7	3,8	1	1,0
İlkokul	36	19,5	8	7,6
Ortaokul	19	10,3	10	9,5
Lise ve Dengi Okul	53	28,6	54	51,4
Fakülte/Yüksekokul	65	35,1	31	29,5
Lisansüstü	5	2,7	1	1,0
Toplam	185	100,0	105	100,0

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre dağılımı Tablo-3.4'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, DEÜH'nde katılımcıların %71,4'ünün evli, %21,1'inin bekâr olduğu görülmektedir. Diğer taraftan katılımcıların %7,6'sının dul veya boşanmış olduğu görülmektedir. ÖAH'nde araştırmaya katılan katılımcıların %73,3'ünün evli, %18,1'inin bekâr ve %8,6'sının dul veya boşanmış olduğu belirlenmiştir.

Tablo-3.4: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Evli	132	71,4	77	73,3
Bekâr	39	21,1	19	18,1
Dul	7	3,8	4	3,8
Boşanmış	7	3,8	5	4,8
Toplam	185	100,0	105	100,0

Araştırmaya katılanların gelir durumlarına göre dağılımı Tablo-3.5'de görülmektedir. Buna göre DEÜH'nde katılımcıların %41,1'inin 200 milyon ve aşağısı, %28,6'sının 201-300 milyon, %13,5'inin 301-400 milyon, %5,4'ünün 401-500 milyon ve %11,4'ünün 500 milyon ve üstü gelir düzeylerinde olduğu görülmektedir. Öte yandan ÖAH'nde katılımcıların %13,3'ünün 200 milyon ve aşağısı, %15,2'sinin 201-300 milyon, %35,2'sinin 301-400 milyon, %21'inin 401-500 milyon ve %15,2'sinin 500 milyon ve üstü gelir düzeylerinde olduğu görülmektedir.

Tablo-3.5: Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

Gelir Düzeyi	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
200 Milyon ve aşağısı	76	41,1	14	13,3
201-300 Milyon	53	28,6	16	15,2
301-400 Milyon	25	13,5	37	35,2
401-500 Milyon	10	5,4	22	21,0
500 Milyon ve yukarısı	21	11,4	16	15,2
Toplam	185	100,0	105	100,0

3.2.2. Araştırmaya Katılanların Sahip Olduğu Sosyal Güvence İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sahip oldukları sosyal güvence ile ilgili dağılım (tedavi ücretlerinin nasıl karşılandığı) Tablo-3.6'da gösterilmiştir. Tablo-3.6 incelendiğinde, DEÜH'ndeki katılımcıların büyük oranda resmi kurum veya T.C. Emekli Sandığı hastası oldukları görülmektedir. ÖAH'nde ise katılımcıların %41,9'unun tedavi ücretlerinin özel kurumlar, %58,1'inin hastanın kendisi tarafından karşılandığı görülmektedir.

Tablo-3.6: Hastaların Sahip Olduğu Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Resmi Kurum	54	29,1	-	-
Özel Kurum	2	1,1	44	41,9
Emekli Sandığı	106	57,3	-	-
Özel Sigorta Şirketi	2	1,1	-	-
Kendisi	21	11,4	61	58,1
Toplam	185	100,0	105	100,0

3.2.3. Araştırmaya Katılanların Hizmet Aldıkları Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Edip Etmemesi İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların hizmet aldıkları hastaneyi başkasına tavsiye edip etmemesi ile ilgili dağılım Tablo-3.7’de görülmektedir. Tablo-3.7 incelendiğinde, her iki hastanede de katılımcıların büyük çoğunluğunun hizmet aldığı hastaneyi başkalarına tavsiye ettiği görülmektedir.

Tablo-3.7 : Araştırmaya Katılanların Hizmet Aldıkları Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Edip Etmemesi İle İlgili Dağılım

Başkalarına Tavsiye Ederim	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Evet	170	91,9	101	96,2
Hayır	15	8,1	4	3,8
Toplam	185	100,0	105	100,0

3.2.4. Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmesi

Araştırmaya katılan hastaların, hizmet aldıkları hastanenin kalitesine yönelik genel değerlendirmeleri Tablo-3.8’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde, her iki hastanede de katılımcıların büyük oranının, hizmet aldıkları hastanenin hizmet kalitesini “iyi ”ya da “çok iyi ” olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Tablo-3.8: Hastane Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirme İle İlgili Dağılım

Hizmetin Kalitesi	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Çok kötü	1	0,5	2	1,8
Kötü	-	-	-	-
Orta	21	11,4	5	4,8
İyi	96	51,9	68	64,8
Çok iyi	67	36,2	30	28,6
TOPLAM	185	100,0	105	100,0

3.2.5. Araştırmaya Katılanların Tedavi Süresince Herhangi Bir Problemle Karşılaşp Karşılaşmadığı İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların tedavi süresince herhangi bir problemle karşılaşp karşılaşmadığı ile ilgili bulgular Tablo-3.9'da gösterilmiştir. Buna göre, DEÜH'ndeki katılımcıların %27,6'sı tedavileri süresince herhangi bir problemle karşılaştığını, %72,4'ü ise karşılaşmadığını belirtmiştir. Öte yandan ÖAH'ndeki katılımcı hastalardan %25,7'si tedavileri süresince bir problemle karşılaştığını, %74,3'ü ise karşılaşmadığını belirtmiştir.

Tablo-3.9: Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Süresince Problem Yaşayıp Yaşamadığı İle İlgili Dağılım

Problem Yaşama	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Evet	51	27,6	27	25,7
Hayır	134	72,4	78	74,3
Toplam	185	100,0	105	100,0

3.2.6. Tedavileri Süresince Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların, Problemlerinin Çözölüp Çözülemediği İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastalardan, tedavileri süresince bir problem yaşamış olanların, problemlerinin hastane yönetimi tarafından onları tatmin edici bir şekilde çözölüp çözölmediği ile ilgili dağılım Tablo-3.10'da gösterilmiştir. Buna göre, DEÜH'nde, tedavileri süresince herhangi bir problem yaşamış olan katılımcılardan %11,9'u, problemlerinin tatmin edici bir şekilde çözölüğünü,

%15,7'si ise çözülemediğini düşünmektedir. ÖAH'nde ise, tedavileri süresince herhangi bir problemle karşılaşan katılımcılardan %20'si, problemlerinin tatmin edici bir şekilde çözüldüğünü, %5,7'si ise çözülemediğini düşünmektedir. Tablo-3.9'da görüldüğü gibi, her iki hastanede, tedavileri süresince herhangi bir problemle karşılaşan katılımcıların oranları birbirine oldukça yakındır. Buna karşın ÖAH'nin, problemi olan hastaların problemlerini çözmede daha başarılı olduğu görülmektedir.

Tablo-3.10: Tedavileri Süresince Herhangi Bir Problem Yaşamış Hastaların, Problemlerinin Çözülüp Çözülemediği İle İlgili Dağılım

Problemin Çözümü	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Problemi çözülen	22	11,9	21	20,0
Problemi Çözülemeyen	29	15,7	6	5,7
Toplam	51	27,6	27	25,7

3.2.7. Gelecekte Aynı Hastaneyi Tercih Edip Etmeme İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların gelecekte ihtiyaç olması durumunda yine aynı hastanede tedavi olmak isteyip istemedikleri ile ilgili dağılım Tablo-3.11'de gösterilmiştir. Tablo-3.11'de görüldüğü gibi her iki hastanede de katılımcıların büyük oranı, gelecekte ihtiyacı olması durumunda yine hizmet aldığı hastaneyi tercih edeceğini düşünmektedir.

Tablo-3.11 : Araştırmaya Katılanların Gelecekte Aynı Hastaneyi Tercih Edip Etmemesi İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Gelecekte tercih ederim.	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,5	2	1,9
Katılmıyorum	13	7,0	1	1,0
Emin Değilim	17	9,2	7	6,7
Katılıyorum	67	36,3	72	68,5
Kesinlikle Katılıyorum	87	47,0	23	21,9
Toplam	185	100,0	105	100,0

3.2.8. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklentileri ve Algıları İle İlgili Bulgular

Araştırmada kullanılan hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileri ile ilgili olan kısmında, beş hizmet kalitesi boyutuna (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) ilişkin toplam 15 soru önermesi yer almış ve bu soru önermeleri katılımcılar tarafından 5 noktalı Likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmıştır (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum =5 olacak şekilde). Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin 5 boyutu ve her bir boyut altında yer alan beklenti ve algı maddelerinin (soru önermesi) dağılımı aşağıdaki şekildedir:

Ölçeğin Hasta Beklentileri ile ilgili bölümü

Fiziksel Özellikler

- E1. Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma 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 Hasta Algıları ile ilgili Bölümü

Fiziksel Özellikler

- P1. XYZ hastanesi modern araç- gereç ve donanıma 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.
- E5. 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.

Araştırmaya katılan hastaların hastane hizmetlerine yönelik beklentileri ile ilgili bulgular Tablo-3.12’de gösterilmiştir. Tablo-3.12’de görüleceği gibi, DEÜH’nde hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi “empati” boyutu altında yer alan 15. soru önermesinde (Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir), en düşük beklenti düzeyi ise yine “empati” boyutu altında yer alan 14. soru önermesinde (hastanesinin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir) gerçekleşmiştir.

ÖAH’nde ise hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi “güvenilirlik” kalite boyutuna ait 6. soru önermesinde (hastaneler, hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır), en düşük beklenti düzeyi ise, “fiziksel özellikler” kalite boyutuna ait 2. soru önermesinde (hastanelerin fiziksel imkanları - iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb - görsel açıdan çekici olmalıdır) gerçekleşmiştir.

Tablo-3.12 : Hasta Beklentileri İle İlgili Dağılım

Beklenti	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
E ₁	185	1,00	5,00	4,8595	0,4797	105	3,00	5,00	4,7619	0,5100
E ₂	185	1,00	5,00	4,4054	0,7823	105	2,00	5,00	4,5905	0,6154
E ₃	185	3,00	5,00	4,7784	0,4995	105	4,00	5,00	4,7714	0,4219
E ₄	185	2,00	5,00	4,7784	0,5208	105	3,00	5,00	4,8000	0,4252
E ₅	185	3,00	5,00	4,8432	0,3932	105	3,00	5,00	4,8381	0,3953
E ₆	185	2,00	5,00	4,7784	0,5103	105	3,00	5,00	4,8571	0,4026
E ₇	185	3,00	5,00	4,6595	0,5784	105	3,00	5,00	4,7714	0,5049
E ₈	185	3,00	5,00	4,7622	0,4751	105	4,00	5,00	4,8286	0,3787
E ₉	185	3,00	5,00	4,7297	0,5133	105	4,00	5,00	4,8381	0,3701
E ₁₀	185	3,00	5,00	4,8703	0,3823	105	3,00	5,00	4,8286	0,4265
E ₁₁	185	3,00	5,00	4,7838	0,4625	105	3,00	5,00	4,7429	0,5194
E ₁₂	185	2,00	5,00	4,6973	0,5470	105	3,00	5,00	4,8000	0,4252
E ₁₃	185	3,00	5,00	4,7351	0,4891	105	3,00	5,00	4,7714	0,4653
E ₁₄	185	1,00	5,00	4,0865	1,1947	105	2,00	5,00	4,6762	0,6278
E ₁₅	185	3,00	5,00	4,8649	0,3732	105	3,00	5,00	4,8000	0,4252

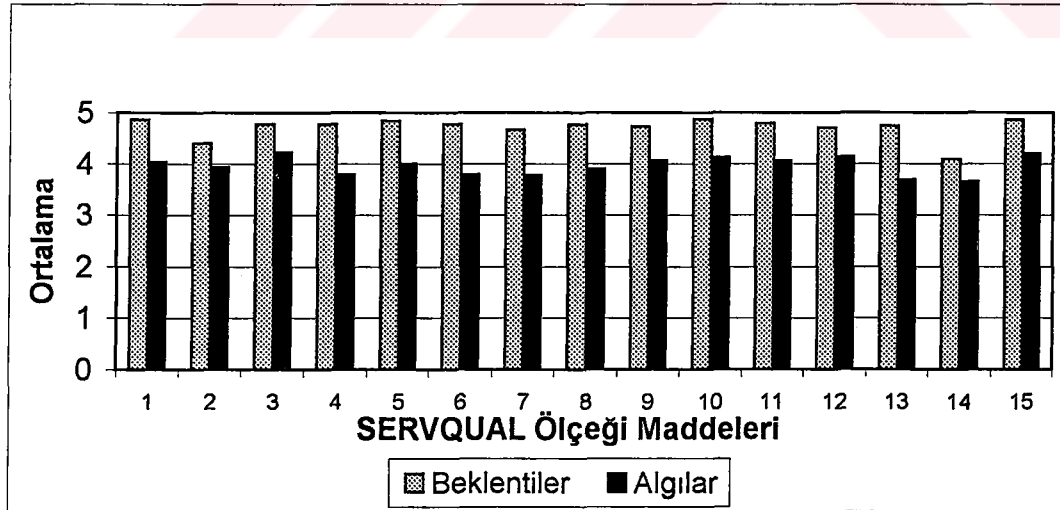
Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin üçüncü kısmında beklenti soru önermelerinin aynısı, bu kez hizmet sağlayan hastanenin ismi belirtilerek katılımcılara sorulmuş ve söz konusu hastanelerin hizmetlerine yönelik hasta algıları ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hizmet aldıkları hastanelerin hizmetlerine yönelik algıları ile ilgili bulgular Tablo-3.13’de gösterilmiştir. Tablo-3.13 incelendiğinde, DEÜH’nde hastanenin sağlamış olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algısı düzeyi “fiziksel özellikler” kalite boyutuna ait 3.soru önermesinde (DEÜH’nin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür), en düşük hasta algısı düzeyi ise “empati” boyutuna ait 14. soru önermesinde (DEÜH’nin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir) gerçekleştiği görülmektedir.

ÖAH’nde ise, hastanenin sağlamış olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algısı düzeyinin “empati” boyutuna ait 15. soru önermesinde (ÖAH, hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar), en düşük hasta algısı düzeyi ise “güven” kalite boyutuna ait 13. soru önermesinde (ÖAH’nin çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır) gerçekleştiği görülmektedir.

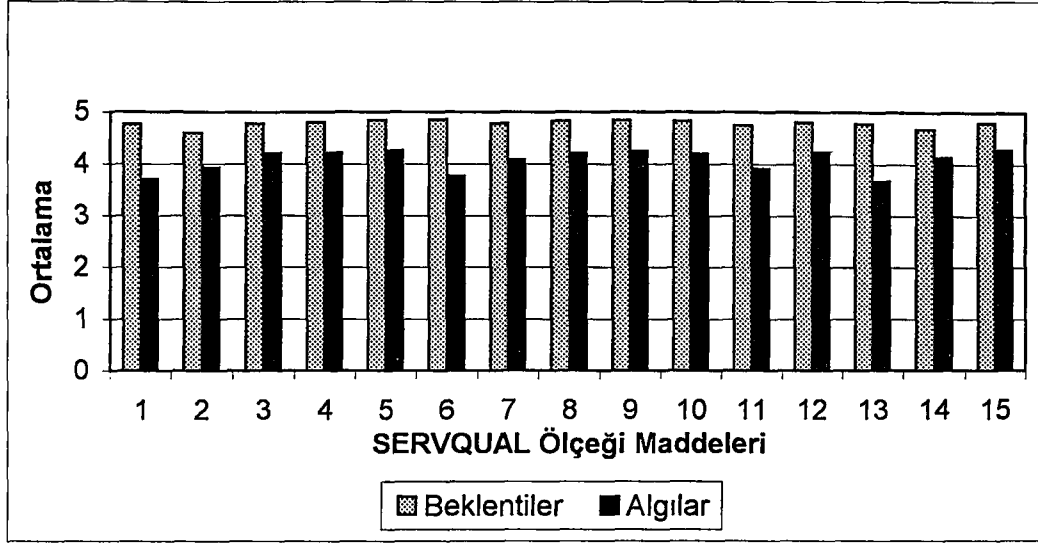
Tablo-3.13 : Hastane Hizmetlerine Yönelik Hasta Algılarının Dağılımı

Algı	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
P ₁	185	1,00	5,00	4,0378	0,8364	105	1,00	5,00	3,7048	0,8077
P ₂	185	1,00	5,00	3,9459	0,9013	105	2,00	5,00	3,9238	0,6154
P ₃	185	1,00	5,00	4,2216	0,8073	105	1,00	5,00	4,1905	0,6369
P ₄	185	1,00	5,00	3,7946	1,0059	105	1,00	5,00	4,2095	0,5996
P ₅	185	1,00	5,00	4,0054	0,9527	105	2,00	5,00	4,2571	0,6359
P ₆	185	1,00	5,00	3,7946	0,9841	105	1,00	5,00	3,7619	0,7535
P ₇	185	1,00	5,00	3,7838	0,9818	105	1,00	5,00	4,0857	0,6372
P ₈	185	1,00	5,00	3,9027	0,9096	105	1,00	5,00	4,2095	0,6606
P ₉	185	2,00	5,00	4,0595	0,8221	105	1,00	5,00	4,2476	0,6903
P ₁₀	185	1,00	5,00	4,1297	0,8369	105	1,00	5,00	4,2000	0,6850
P ₁₁	185	2,00	5,00	4,0703	0,8278	105	2,00	5,00	3,9143	0,7221
P ₁₂	185	1,00	5,00	4,1351	0,8328	105	1,00	5,00	4,2286	0,6830
P ₁₃	185	2,00	5,00	3,6865	0,8591	105	1,00	5,00	3,6762	0,7783
P ₁₄	185	1,00	5,00	3,6541	1,0981	105	1,00	5,00	4,1333	0,7215
P ₁₅	185	1,00	5,00	4,2054	0,7230	105	1,00	5,00	4,2762	0,7272

Her iki hastane için hasta beklentileri ve algıları arasında tespit edilen farklılık, Şekil-3.2 ve Şekil-3.3'de grafiksel olarak gösterilmiştir:



Şekil-3.2: DEÜH'nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar



Şekil-3.3: ÖAH'nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar

Her iki hastane açısından, hasta beklentileri ve hasta algıları ortalamaları arasında önemli bir farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için yapılan t-testinde hasta beklenti ortalamaları ve algı ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde bir fark bulunmuştur. Test sonuçları, her iki hastanede de hasta beklentilerinin, hastaların hastane hizmetlerine yönelik algılarından daha yüksek olduğunu göstermektedir. Her iki hastane için, hasta beklentileri ortalamaları ve algı ortalamaları arasında önemli bir farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için yapılan t-testi sonuçları Tablo- 3.14 ve Tablo-3.15'de gösterilmiştir:

Tablo-3.14: Hasta Beklenti ve Algı Ortalamaları Arasında Önemli Bir Farklılık Olup Olmadığını Belirleyebilmek İçin t-Testi (DEÜH)

E:Beklenti P:Algı	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
E ₁ P ₁	185 185	4,8595 4,0378	0,4797 0,8364	11,590	0,000*
E ₂ P ₂	185 185	4,4054 3,9459	0,7823 0,9013	5,237	0,000*
E ₃ P ₃	185 185	4,7784 4,2216	0,4995 0,8073	7,977	0,000*
E ₄ P ₄	185 185	4,7784 3,7946	0,5208 1,0059	11,812	0,000*
E ₅ P ₅	185 185	4,8432 4,0054	0,3932 0,9527	11,057	0,000*
E ₆ P ₆	185 185	4,7784 3,7946	0,5103 0,9841	12,071	0,000*
E ₇ P ₇	185 185	4,6595 3,7838	0,5784 0,9818	10,453	0,000*
E ₈ P ₈	185 185	4,7622 3,9027	0,4751 0,9096	11,391	0,000*
E ₉ P ₉	185 185	4,7297 4,0595	0,5133 0,8221	9,407	0,000*
E ₁₀ P ₁₀	185 185	4,8703 4,1297	0,3823 0,8369	10,947	0,000*
E ₁₁ P ₁₁	185 185	4,7838 4,0703	0,4625 0,8278	10,235	0,000*
E ₁₂ P ₁₂	185 185	4,6973 4,1351	0,5470 0,8328	7,674	0,000*
E ₁₃ P ₁₃	185 185	4,7351 3,6865	0,4891 0,8591	14,427	0,000*
E ₁₄ P ₁₄	185 185	4,0865 3,6541	1,1947 1,0981	3,625	0,000*
E ₁₅ P ₁₅	185 185	4,8649 4,2054	0,3732 0,7230	11,024	0,000*

*p<0,05

Tablo-3.15: Hasta Beklenti ve Algı Ortalamaları Arasında Önemli Bir Farklılık Olup Olmadığını Belirleyebilmek İçin Yapılan t-Testi (ÖAH)

E:Beklenti P:Algı	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
E ₁ P ₁	105 105	4,7619 3,7048	0,5100 0,8077	11,340	0,000*
E ₂ P ₂	105 105	4,5905 3,9238	0,6154 0,6154	7,849	0,000*
E ₃ P ₃	105 105	4,7714 4,1905	0,4219 0,6369	7,792	0,000*
E ₄ P ₄	105 105	4,8000 4,2095	0,4252 0,5996	8,232	0,000*
E ₅ P ₅	105 105	4,8381 4,2571	0,3953 0,6359	7,951	0,000*
E ₆ P ₆	105 105	4,8571 3,7619	0,4026 0,7535	13,137	0,000*
E ₇ P ₇	105 105	4,7714 4,0857	0,5049 0,6372	8,643	0,000*
E ₈ P ₈	105 105	4,8286 4,2095	0,3787 0,6606	8,330	0,000*
E ₉ P ₉	105 105	4,8381 4,2476	0,3701 0,6903	7,725	0,000*
E ₁₀ P ₁₀	105 105	4,8286 4,2000	0,4265 0,6850	7,982	0,000*
E ₁₁ P ₁₁	105 105	4,7429 3,9143	0,5194 0,7221	9,545	0,000*
E ₁₂ P ₁₂	105 105	4,8000 4,2286	0,4252 0,6830	7,278	0,000*
E ₁₃ P ₁₃	105 105	4,7714 3,6762	0,4653 0,7783	12,377	0,000*
E ₁₄ P ₁₄	105 105	4,6762 4,1333	0,6278 0,7215	5,816	0,000*
E ₁₅ P ₁₅	105 105	4,8000 4,2762	0,4252 0,7272	6,372	0,000*

* p<0.05

3.2.9. 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-3.16'da gösterilmiştir. Buna göre her iki hastanede de katılımcıların büyük oranı, "güvenilirlik" ve "güven" boyutlarını en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmektedir.

Tablo-3.16 : Araştırmaya Katılanların En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Güvenilirlik	76	41,1	59	56,2
Güven	61	33,0	23	21,9
Heveslilik	27	14,6	14	13,3
Fiziksel Özellikler	13	7,0	8	7,6
Empati	8	4,3	1	1,0
Toplam	185	100,0	105	100,0

Araştırmaya katılan hastaların en az önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutu ile ilgili bulguların dağılımı Tablo-3.17’de gösterilmiştir. Tablo-3.17’de görüldüğü gibi, her iki hastanede de katılımcıların büyük oranı “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutlarını en az önemli kalitesi boyutu olarak değerlendirmektedir.

Tablo-3.17: Araştırmaya Katılanların En Az Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Fiziksel Özellikler	78	42,2	38	36,2
Güvenilirlik	12	6,5	1	1,0
Heveslilik	11	5,9	8	7,6
Güven	13	7,0	2	1,9
Empati	71	38,4	56	53,3
Toplam	185	100,0	105	100,0

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

DEÜH’nde araştırmaya katılan hastaların önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanların ortalamaları ile ilgili bulgular Tablo-3.18’de gösterilmiştir. Tablo-3.18 incelendiğinde, DEÜH’nde katılımcıların “güvenilirlik” boyutuna ortalama 25,0541, “güven” boyutuna 24,1351, “heveslilik” boyutuna 20,7892, “fiziksel özellikler” boyutuna 16,3405 ve “empati” boyutuna 13,8432 puan verdikleri görülmektedir.

Tablo-3.18: Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı (DEÜH)

Boyutlar	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
Güvenilirlik	185	5,00	70,00	25,0541	11,6911
Güven	185	5,00	60,00	24,1351	11,4355
Heveslilik	185	0,00	50,00	20,7892	8,6517
Fiziksel Özellikler	185	0,00	70,00	16,3405	11,5372
Empati	185	0,00	55,00	13,8432	9,0537

ÖAH'nde araştırmaya katılan hastaların, önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanlar ile ilgili bulgular Tablo-3.19'da gösterilmiştir. Buna göre, ÖAH'ndeki katılımcıların "güvenilirlik" boyutuna ortalama 28,4762, "heveslilik" boyutuna 23,6667, "güven" boyutuna 21,9524, "fiziksel özellikler" boyutuna 14,9048 ve "empati" boyutuna 11,3333 puan verdikleri görülmektedir.

DEÜH ve ÖAH hastalarının kalite boyutlarına verdikleri puan ortalamaları incelendiğinde, hastaların en önemli bulduğu hizmet kalitesi boyutuna daha çok puan verdikleri görülmektedir.

Tablo-3.19: Hastaların, Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı (ÖAH)

Boyutlar	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
Güvenilirlik	105	10,00	80,00	28,4762	11,6875
Heveslilik	105	5,00	80,00	23,6667	10,7477
Güven	105	5,00	55,00	21,9524	9,8424
Fiziksel Özellikler	105	5,00	50,00	14,9048	8,3775
Empati	105	0,00	30,00	11,3333	6,2121

3.2.11. DEÜH ve ÖAH'nin SERVQUAL Skorları

DEÜH ile ÖAH'nin kalite boyutları bazında hesaplanan algılanan hizmet kalitesi skorları ile ilgili bulgular Tablo-3.20'de gösterilmiştir. Tablo-3.20'de iki hastanenin kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, her iki hastanede de boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi skorlarının negatif olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile her iki hastanenin de, kalite boyutları bazında hastaların beklentilerini karşılayamadığını söyleyebiliriz. Diğer taraftan DEÜH'nde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek (-0,5459) olduğu boyutun "empati" boyutu olduğu görülmektedir. Aynı hastanede hastaların kalite algısının en düşük olduğu hizmet kalitesi boyutunun

ise “güvenilirlik” boyutu olduğu görülmektedir. Diğer taraftan Tablo-3.21 ve Tablo-3.22’de görüldüğü gibi, her iki hastanenin de eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları negatiftir. Bu anlamda her iki hastanenin de genel hizmet kalitesi açısından da hasta beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür. Tablo-3.21 ve Tablo-3.22’deki eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları göz önünde alındığında, hastanelerin boyutlar bazında olduğu gibi genel anlamda da hasta beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür.

Tablo-3.20: DEÜH ve ÖAH’nin Kalite Boyutları Bazında SERVQUAL Skorları

	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQ ₁	185	-3,00	1,67	-0,6126	0,7426	105	-3,33	0,67	-0,7683	0,6685
SQ ₂	185	-4,00	2,00	-0,9351	0,8330	105	-2,67	0,67	-0,7556	0,6343
SQ ₃	185	-2,67	2,00	-0,8018	0,8085	105	-3,67	0,67	-0,6317	0,6917
SQ ₄	185	-2,50	2,00	-0,7662	0,6894	105	-3,25	0,50	-0,7810	0,6584
SQ ₅	185	-3,50	2,50	-0,5459	0,8750	105	-3,00	1,50	-0,5333	0,6978

Tablo-3.21: DEÜH ve ÖAH’nin Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorları

	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQE	185	-2,40	2,03	-0,7323	0,6099	105	-3,12	0,57	-0,6940	0,5957

Tablo- 3.22: DEÜH ve ÖAH’nin Ağırlıklı SERVQUAL Skorları

	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQA	185	-0,49	0,40	-0,1531	0,1270	105	-0,62	0,12	-0,1405	0,1182

3.2.12. DEÜH ve ÖAH’nin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması

DEÜH ve ÖAH’nin SERVQUAL skorları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t-testi sonucu Tablo-3.23’ de gösterilmiştir. Tablo-3.23’de görüldüğü gibi, iki hastanenin güvenilirlik boyutuna ait SERVQUAL skorları (SQ₂) arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmuştur. İki hastanenin güvenilirlik boyutundaki SERVQUAL skorları göz önüne alındığında, ÖAH’nin güvenilirlik boyutunda algılanan hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu

söylenbilir. Başka bir ifade ile ÖAH'nin güvenilirlik boyutunda sunduğu hizmetlere yönelik hastaların kalite algısı daha yüksektir. Diğer taraftan hastanelerin güvenilirlik boyutu dışındaki SERVQUAL skorları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmadığı görülmektedir.

Tablo-3.23: Hastanelerinin Kalite Skorları Arasında Önemli Farklılık Olup Olmadığını Belirlemek İçin t-Testi.

	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1 (ÖAH)	105	-0,7683	0,6685	-1,777	0,077**
SQ1 (DEÜH)	185	-0,6126	0,7426		
SQ2 (ÖAH)	105	-0,7556	0,6343	2,062	0,040*
SQ2 (DEÜH)	185	-0,9351	0,8330		
SQ3 (ÖAH)	105	-0,6317	0,6917	1,891	0,060**
SQ3 (DEÜH)	185	-0,8018	0,8085		
SQ4 (ÖAH)	105	-0,7810	0,6584	-0,178	0,859**
SQ4 (DEÜH)	185	-0,7662	0,6894		
SQ5 (ÖAH)	105	-0,5333	0,6978	0,135	0,893**
SQ5 (DEÜH)	185	-0,5459	0,8750		
SQE (ÖAH)	105	-0,6940	0,5957	0,519	0,604**
SQE (DEÜH)	185	-0,7323	0,6099		
SQA (ÖAH)	105	-0,1405	0,1182	0,832	0,406**
SQA (DEÜH)	185	-0,1531	0,1270		

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

3.2.13. Problem Yaşama Durumu Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Tedavileri sürecinde problem yaşayan ve yaşamayan hastalar açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek için yapılan t-testleri Tablo-3.24 ve Tablo-3.25'de gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre DEÜH'nde güvenilirlik, heveslilik ve güven açısından 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. Aynı şekilde heveslilik açısından ÖAH'nde de problem yaşayanlarla yaşamayanların ortalama kalite skorları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde bir fark olduğu görülmektedir.

Tablo-3.24 incelendiğinde, DEÜH'ndeki tedavileri süresince herhangi bir problem yaşamamış olan hastaların ortalama kalite skorlarının, problem yaşamış olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile, DEÜH'ndeki tedavileri süresince herhangi bir problem yaşamamış olan hastalar, hastanenin sunduğu hizmetin kalitesini problem yaşayanlara göre daha kaliteli olarak algılamaktadır. ÖAH'ndeki tedavileri süresince problem yaşayanlarla yaşamayanların kalite skorları açısından bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılan t-testinde de heveslilik açısından sonucun değişmediği görülmektedir. Buna göre, ÖAH'nde hiç problem yaşamayan hastaların yaşayanlara göre heveslilik açısından sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo-3.25).

Tablo-3.24: Tedavileri Sürecinde Problem Yaşayan Ve Yaşamayan Hastalar Açısından SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin Yapılan T-Testi (DEÜH)

	Problem	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Yaşadım Yaşamadım	51 134	-0,6340 -0,6045	0,7696 0,7348	-0,241	0,810**
SQ2	Yaşadım Yaşamadım	51 134	-1,2941 -0,7985	0,8580 0,7842	-3,742	0,000*
SQ3	Yaşadım Yaşamadım	51 134	-1,1503 -0,6692	0,8852 0,7386	-3,743	0,000*
SQ4	Yaşadım Yaşamadım	51 134	-1,0686 -0,6511	0,6747 0,6618	-3,814	0,000*
SQ5	Yaşadım Yaşamadım	51 134	-0,6667 -0,5000	0,9983 0,8226	-1,063	0,291**
SQE	Yaşadım Yaşamadım	51 134	-0,9627 -0,6447	0,6304 0,5806	-3,251	0,001*
SQA	Yaşadım Yaşamadım	51 134	-0,2052 -0,1333	0,1340 0,1189	-3,546	0,000*

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

Tablo-3.25: Tedavileri Sürecinde Problem Yaşayan Ve Yaşamayan Hastalar Açısından SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin Yapılan t-Testi (ÖAH)

	Problem	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Yaşadım	27	-0,9136	0,7544	-1,315	0,191**
	Yaşamadım	78	-0,7179	0,6335		
SQ2	Yaşadım	27	-0,9259	0,7000	-1,632	0,106**
	Yaşamadım	78	-0,6966	0,6035		
SQ3	Yaşadım	27	-0,9383	0,9339	-2,755	0,007*
	Yaşamadım	78	-0,5256	0,5545		
SQ4	Yaşadım	27	-0,9074	0,8354	-1,160	0,249**
	Yaşamadım	78	-0,7372	0,5851		
SQ5	Yaşadım	27	-0,6296	0,9466	-0,668	0,509**
	Yaşamadım	78	-0,5000	0,5922		
SQE	Yaşadım	27	-0,8630	0,7823	-1,727	0,087**
	Yaşamadım	78	-0,6355	0,5090		
SQA	Yaşadım	27	-0,1762	0,1487	-1,842	0,068**
	Yaşamadım	78	-0,1281	0,1040		

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

3.2.14. Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastaları SERVQUAL skorları açısından karşılaştırmak için yapılan t-testleri Tablo-3.26 ve Tablo-3.27’de gösterilmiştir. Tablo-3.26 ve Tablo-3.27’de görüldüğü gibi, SERVQUAL skorları açısından hastaneyi başkalarına tavsiye eden veya etmeyen hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmamaktadır. Başka bir ifade ile, her iki hastanede de hizmet aldığı hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastalar açısından algılanan hizmet kalitesi düzeyinin değişmediği söylenebilir.

Tablo-3.26: Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Eden ve Etmeyen Hastaları SERVQUAL Skorları Açısından Karşılaştırmak İçin t-Testi (DEÜH)

	Tavsiye	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Ederim	170	-0,5980	0,7188	0,688	0,502*
	Etmem	15	-0,7778	0,9894		
SQ2	Ederim	170	-0,9157	0,8466	1,070	0,286*
	Etmem	15	-1,1556	0,6408		
SQ3	Ederim	170	-0,7922	0,8018	0,545	0,586*
	Etmem	15	-0,9111	0,9038		
SQ4	Ederim	170	-0,7485	0,6775	1,176	0,241*
	Etmem	15	-0,9667	0,8121		
SQ5	Ederim	170	-0,5382	0,8754	0,403	0,688*
	Etmem	15	-0,6333	0,8958		
SQE	Ederim	170	-0,7185	0,6064	1,037	0,301*
	Etmem	15	-0,8889	0,6491		
SQA	Ederim	170	-0,1501	0,1255	1,070	0,286*
	Etmem	15	-0,1867	0,1433		

*p>0,05

Tablo-3.27: Hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastaları SERVQUAL skorları açısından karşılaştırmak için t-Testi (ÖAH)

	Tavsiye	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Ederim	101	-0,7294	0,6141	1,615	0,203*
	Etmem	4	-1,7500	1,2583		
SQ2	Ederim	101	-0,7294	0,5920	1,063	0,364*
	Etmem	4	-1,4167	1,2874		
SQ3	Ederim	101	-0,5677	0,5386	1,853	0,160*
	Etmem	4	-2,2500	1,8130		
SQ4	Ederim	101	-0,7426	0,5793	1,261	0,296*
	Etmem	4	-1,7500	1,5943		
SQ5	Ederim	101	-0,5000	0,6083	0,925	0,423*
	Etmem	4	-1,3750	1,8875		
SQE	Ederim	101	-0,6538	0,5088	1,404	0,254*
	Etmem	4	-1,7083	1,4983		
SQA	Ederim	101	-0,1338	0,1023	1,126	0,342*
	Etmem	4	-0,3087	0,3101		

*p>0,05

3.2.15. Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL skorlarının değerlendirilmesi

Cinsiyet değişkenine göre SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek için yapılan t-testi sonuçları Tablo-3.28 ve Tablo-3.29'da gösterilmiştir. Tablo-3.28 ve Tablo-3.29'da görüldüğü gibi, her iki hastanede de SERVQUAL skorları açısından kadın ve erkek hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmamaktadır. Buna göre her iki hastanede de kadın ve erkek hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında bir fark olmadığı söylenebilir.

Tablo-3.28: Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin Yapılan t-Testi (DEÜH)

	Cinsiyet	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	K	111	-0,6517	0,7646	-0,875	0,383*
	E	74	-0,5541	0,7093		
SQ2	K	111	-1,0150	0,8755	-1,604	0,110*
	E	74	-0,8153	0,7548		
SQ3	K	111	-0,8889	0,7905	-1,805	0,073*
	E	74	-0,6712	0,8230		
SQ4	K	111	-0,8266	0,6698	-1,463	0,145*
	E	74	-0,6757	0,7128		
SQ5	K	111	-0,5721	0,8915	-0,496	0,620*
	E	74	-0,5068	0,8541		
SQE	K	111	-0,7908	0,6253	-1,605	0,110*
	E	74	-0,6446	0,5791		
SQA	K	111	-0,1648	0,1295	-1,542	0,125*
	E	74	-0,1355	0,1220		

*p>0,05

Tablo-3.29: Cinsiyet Değişkenine Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğinin Belirlenebilmesi İçin t-Testi (ÖAH)

	Cinsiyet	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	K	66	-0,7677	0,5962	0,011	0,991*
	E	39	-0,7692	0,7842		
SQ2	K	66	-0,7121	0,5814	0,912	0,364*
	E	39	-0,8291	0,7168		
SQ3	K	66	-0,5859	0,5790	0,883	0,379*
	E	39	-0,7094	0,8522		
SQ4	K	66	-0,7311	0,5740	1,010	0,315*
	E	39	-0,8654	0,7819		
SQ5	K	66	-0,4697	0,5810	1,219	0,226*
	E	39	-0,6410	0,8580		
SQE	K	66	-0,6533	0,4930	0,910	0,365*
	E	39	-0,7628	0,7400		
SQA	K	66	-0,1343	0,1005	0,694	0,489*
	E	39	-0,1509	0,1442		

*p>0,05

3.2.16. Yaş Grupları Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların yaş grupları açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları Tablo-3.30 ve Tablo-3.31’de gösterilmiştir. ÖAH hastaları açısından söz konusu varyans analizinin yapılabilmesi için bazı satır ve sütun birleştirmeleri yapılmıştır. Söz konusu birleştirmeler, 71-80 yaş grubunda bulunan hastaların 61-70 yaş grubuna dahil edilmesini kapsamıştır.

Tablo-3.30’da görüldüğü gibi DEÜH’nde SERVQUAL skorları açısından farklı yaş gruplarında bulunan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmamaktadır. Bu nedenle DEÜH’nde farklı yaş gruplarında bulunan hastalarının algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından bir fark olmadığı söylenebilir. Diğer taraftan ÖAH’nde ise fiziksel özellikler açısından farklı yaş gruplarında bulunan hastaların kalite skoru ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark olduğu görülmektedir. Söz konusu hastanenin farklı yaş gruplarında bulunan hastaları için yapılan çoklu karşılaştırma sonuçları ise Tablo-3.32’de görülmektedir. Tablo-3.32’de görüleceği üzere, fiziksel özellikler açısından “61-70/71-80” yaş grubunda bulunan

hastalarının kalite skoru ortalamaları, “21-30” ve “31-40” yaş gruplarında bulunan hastalara göre daha yüksektir. Başka bir ifade ile, ÖAH’nde (sadece fiziksel özellikler açısından) yaşlı olan hastalar daha genç olanlara göre sunulan hizmetlerin kalitesini daha yüksek algılamaktadır.

Tablo-3.30: Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	5,730	7	0,819	1,513	0,165*
Gruplar İçi	95,730	177	0,541		
Toplam	101,459	184			
SQ2					
Gruplar Arası	6,820	7	0,974	1,427	0,197*
Gruplar İçi	120,846	177	0,683		
Toplam	127,666	184			
SQ3					
Gruplar Arası	5,803	7	0,829	1,282	0,262*
Gruplar İçi	114,485	177	0,647		
Toplam	120,288	184			
SQ4					
Gruplar Arası	4,254	7	0,608	1,293	0,256*
Gruplar İçi	83,197	177	0,470		
Toplam	87,451	184			
SQ5					
Gruplar Arası	3,916	7	0,559	0,723	0,653*
Gruplar İçi	136,943	177	0,774		
Toplam	140,859	184			
SQE					
Gruplar Arası	3,966	7	0,567	1,555	0,152*
Gruplar İçi	64,480	177	0,364		
Toplam	68,446	184			
SQA					
Gruplar Arası	0,211	7	3,013E-02	1,934	0,067*
Gruplar İçi	2,758	177	1,558E-02		
Toplam	2,969	184			

*p>0,05

Tablo-3.31: Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	5,177	5	1,035	2,482	0,037*
Gruplar İçi	41,295	99	0,417		
Toplam	46,472	104			
SQ2					
Gruplar Arası	1,739	5	0,348	0,858	0,512**
Gruplar İçi	40,098	99	0,405		
Toplam	41,837	104			
SQ3					
Gruplar Arası	1,244	5	0,249	0,508	0,770**
Gruplar İçi	48,516	99	0,490		
Toplam	49,761	104			
SQ4					
Gruplar Arası	1,562	5	0,312	0,710	0,617**
Gruplar İçi	43,525	99	0,440		
Toplam	45,087	104			
SQ5					
Gruplar Arası	2,803	5	0,561	1,160	0,334**
Gruplar İçi	47,830	99	0,483		
Toplam	50,633	104			
SQE					
Gruplar Arası	1,703	5	0,341	0,958	0,447**
Gruplar İçi	35,198	99	0,356		
Toplam	36,901	104			
SQA					
Gruplar Arası	6,057E-02	5	1,211E-02	0,861	0,510**
Gruplar İçi	1,393	99	1,407E-02		
Toplam	1,453	104			

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

Tablo-3.32: Yaş Gruplarına Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)

	Yaş Grubu (I)	Yaş Grubu (J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	61-70/71-80	21-30	1,1188	0,015*
	61-70/71-80	31-40	1,0468	0,006*

*P<0,05

3.2.17. Hastaların Medeni Durumu Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Medeni durum açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları Tablo-3.33 ve Tablo-3.34'de gösterilmiştir. Tablo-3.33 ve Tablo-3.34'de görüldüğü gibi SERVQUAL skorları

açısından bekar, evli, dul ve boşanmış hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmamaktadır. Buna göre her iki hastane için de bekar, evli, dul ve boşanmış olanlar açısından algılanan hizmet kalitesi düzeyinin değişmediği söylenebilir.

Tablo-3.33: Medeni Duruma Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F Değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	1,063	3	0,354	0,639	0,591*
Gruplar İçi	100,397	181	0,555		
Toplam	101,459	184			
SQ2					
Gruplar Arası	1,279	3	0,426	0,610	0,609*
Gruplar İçi	126,387	181	0,698		
Toplam	127,666	184			
SQ3					
Gruplar Arası	1,174	3	0,391	0,595	0,619*
Gruplar İçi	119,114	181	0,658		
Toplam	120,288	184			
SQ4					
Gruplar Arası	0,314	3	0,105	0,217	0,884*
Gruplar İçi	87,138	181	0,481		
Toplam	87,451	184			
SQ5					
Gruplar Arası	0,955	3	0,318	0,412	0,745*
Gruplar İçi	139,905	181	0,773		
Toplam	140,859	184			
SQE					
Gruplar Arası	3,239E-02	3	1,080E-02	0,029	0,993*
Gruplar İçi	68,413	181	0,378		
Toplam	68,446	184			
SQA					
Gruplar Arası	4,698E-03	3	1,566E-03	0,096	0,962*
Gruplar İçi	2,964	181	1,638E-02		
Toplam	2,969	184			

*p>0,05

Tablo-3.34: Medeni Duruma Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	1,251	3	0,417	0,932	0,428*
Gruplar İçi	45,221	101	0,448		
Toplam	46,472	104			
SQ2					
Gruplar Arası	2,053	3	0,684	1,738	0,164*
Gruplar İçi	39,784	101	0,394		
Toplam	41,837	104			
SQ3					
Gruplar Arası	1,759	3	0,586	1,234	0,301*
Gruplar İçi	48,002	101	0,475		
Toplam	49,761	104			
SQ4					
Gruplar Arası	1,562	3	0,521	1,208	0,311*
Gruplar İçi	43,525	101	0,431		
Toplam	45,087	104			
SQ5					
Gruplar Arası	2,577	3	0,859	1,805	0,151*
Gruplar İçi	48,057	101	0,476		
Toplam	50,633	104			
SQE					
Gruplar Arası	1,464	3	0,488	1,391	0,250*
Gruplar İçi	35,437	101	0,351		
Toplam	36,901	104			
SQA					
Gruplar Arası	5,080E-02	3	1,693E-02	1,219	0,307*
Gruplar İçi	1,403	101	1,389E-02		
Toplam	1,453	104			

*p>0,05

3.2.18. Hastaların Eğitim Düzeyleri Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların eğitim düzeyleri Açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları Tablo-3.35 ve Tablo-3.37'de gösterilmiştir. ÖAH'nde eğitim düzeyine göre SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için gereken varyans analizini yapılabilmesi için bazı satır ve sütun birleştirmeleri yapılmıştır. Söz konusu birleştirme, okur-yazar hastaların ilk okul mezunlarına, lisansüstü eğitim

düzeyindeki hastaların lisans/yüksek okul mezunlarına dahil edilmesini kapsamaktadır.

Tablo-3.35’de görüldüğü gibi DEÜH’nde fiziksel özellikler, güvenilirlik ve güven açısından farklı eğitim düzeylerinde bulunan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmaktadır. Diğer taraftan eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları açısından da hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark olduğu görülmektedir. Diğer taraftan ÖAH’nde de fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati açısından farklı eğitim düzeyinde bulunan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmaktadır. Söz konusu farkın eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları açısından da değişmediği görülmektedir.

Eğitim düzeyi açısından hangi hasta grupları arasında kalite skorlarının farklılık gösterdiğini belirleyebilmek için yapılan çoklu karşılaştırmaların (Post Hoc Tests- Multiple Comparisons-Tukey HSD) sonuçları Tablo-3.36 ve 3.38’de gösterilmiştir. Tablo-3.36 incelendiğinde, DEÜH’nde ilk okul mezunlarının lise ve dengi okul, fakülte/yüksek okul ve lisansüstü mezunlarına göre verilen hizmeti daha kaliteli olarak algıladıkları görülmektedir. Başka bir ifade ile, ilk okul mezunu hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyinin diğer hastalara oranla daha yüksek olduğu söylenebilir. Tablo-3.38’de görüldüğü gibi ÖAH açısından Eğitim Düzeyi (I) sütununda bulunan hastaların, Eğitim Düzeyi (J) sütununda bulunan hastalara göre hizmetlerin kalitesini daha yüksek algıladıkları görülmektedir.

Tablo-3.35: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	8,734	5	1,747	3,372	0,006*
Gruplar İçİ	92,725	179	0,518		
Toplam	101,459	184			
SQ2					
Gruplar Arası	9,743	5	1,949	2,958	0,014*
Gruplar İçİ	117,923	179	0,659		
Toplam	127,666	184			
SQ3					
Gruplar Arası	6,930	5	1,386	2,189	0,057**
Gruplar İçİ	113,358	179	0,633		
Toplam	120,288	184			
SQ4					
Gruplar Arası	5,639	5	1,128	2,468	0,034*
Gruplar İçİ	81,812	179	0,457		
Toplam	87,451	184			
SQ5					
Gruplar Arası	1,703	5	0,341	0,438	0,822**
Gruplar İçİ	139,157	179	0,777		
Toplam	140,859	184			
SQE					
Gruplar Arası	5,050	5	1,010	2,851	0,017*
Gruplar İçİ	63,396	179	0,354		
Toplam	68,446	184			
SQA					
Gruplar Arası	0,288	5	5,755E-02	3,842	0,002*
Gruplar İçİ	2,681	179	1,498E-02		
Toplam	2,969	184			

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

Tablo-3.36: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (DEÜH)

	Eğitim Düzeyi (I)	Eğitim Düzeyi (J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	İlk Okul	Lise ve dengi	0,5073	0,014*
	İlk Okul	Fakülte/Yüksek O.	0,5419	0,004*
SQ2	İlk Okul	Lisansüstü	1,3037	0,010*
SQ4	İlk Okul	Fakülte/Yüksek O.	0,3955	0,003*
SQE	İlk Okul	Fakülte/Yüksek O.	0,3743	0,030*
	İlk Okul	Lisansüstü	0,8274	0,042*
SQA	İlk Okul	Fakülte/Yüksek O.	8,398E-02	0,012*
	İlk Okul	Lisansüstü	0,2043	0,006*

*p<0,05

Tablo-3.37: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	8,905	3	2,968	7,980	0,000*
Gruplar İçi	37,567	101	0,372		
Toplam	46,472	104			
SQ2					
Gruplar Arası	6,931	3	2,310	6,685	0,000*
Gruplar İçi	34,906	101	0,346		
Toplam	41,837	104			
SQ3					
Gruplar Arası	4,756	3	1,585	3,558	0,017*
Gruplar İçi	45,005	101	0,446		
Toplam	49,761	104			
SQ4					
Gruplar Arası	6,277	3	2,092	5,446	0,002*
Gruplar İçi	38,810	101	0,384		
Toplam	45,087	104			
SQ5					
Gruplar Arası	6,760	3	2,253	5,188	0,002*
Gruplar İçi	43,873	101	0,434		
Toplam	50,633	104			
SQE					
Gruplar Arası	6,251	3	2,084	6,866	0,000*
Gruplar İçi	30,651	101	0,303		
Toplam	36,901	104			
SQA					
Gruplar Arası	0,227	3	7,557E-02	6,222	0,001*
Gruplar İçi	1,227	101	1,215E-02		
Toplam	1,453	104			

* p<0,05

Tablo-3.38: Eğitim Düzeyine Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)

	Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Okur-Yazar/İlk Okul	Lise ve Dengi Okul	0,8086	0,002*
	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Lise ve Dengi Okul	0,5413	0,001*
SQ2	Okur-Yazar/İlk Okul	Lise ve Dengi Okul	0,7593	0,003*
	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Lise ve Dengi Okul	0,4502	0,005*
SQ3	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Lise ve Dengi Okul	0,4379	0,021*
SQ4	Okur-Yazar/İlk Okul	Lise ve Dengi Okul	0,6389	0,026*
	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Lise ve Dengi Okul	0,4488	0,009*
SQ5	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Orta Okul	0,7000	0,021*
	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Lise ve Dengi Okul	0,4352	0,020*
SQE	Okur-Yazar/İlk Okul	Lise ve Dengi Okul	0,6315	0,010*
	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Lise ve Dengi Okul	0,4627	0,002*
SQA	Okur-Yazar/İlk Okul	Lise ve Dengi Okul	0,1245	0,012*
	Lisans-Yüksek Okul/Lisansüstü	Lise ve Dengi Okul	8,820E-02	0,003*

* P<0,05

3.2.19. Hastaların Gelir Düzeyleri Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların gelir düzeyleri Açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları Tablo-3.39 ve Tablo-3.40'da gösterilmiştir. Tablo-3.39'da görüldüğü gibi DEÜH'nde SERVQUAL skorları açısından farklı gelir düzeylerinde bulunan hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmamakta, ÖAH'nde ise bulunmaktadır. Buna göre DEÜH'nde farklı gelir düzeylerinde bulunan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyleri arasında bir fark bulunmadığı söylenebilir. Başka bir ifade ile daha yüksek gelir düzeyinde bulunan hastalarla daha düşük gelir düzeyinde bulunan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin değişmediğini söyleyebiliriz. Tablo-3.41 incelendiğinde, Atınordu Hastanesinin

500 milyon ve üzeri gelir düzeyinde bulunan hastalarının algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, 201-300 milyon ve 301-400 milyon gelir düzeyinde bulunanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo-3.39: Gelir Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	3,296	4	0,824	1,511	0,201*
Gruplar İçi	98,164	180	0,545		
Toplam	101,459	184			
SQ2					
Gruplar Arası	2,775	4	0,694	1,000	0,409*
Gruplar İçi	124,891	180	0,694		
Toplam	127,666	184			
SQ3					
Gruplar Arası	3,788	4	0,947	1,463	0,215*
Gruplar İçi	116,500	180	0,647		
Toplam	120,288	184			
SQ4					0,538*
Gruplar Arası	1,493	4	0,373	0,782	
Gruplar İçi	85,958	180	0,478		
Toplam	87,451	184			
SQ5					
Gruplar Arası	2,331	4	0,583	0,757	0,554*
Gruplar İçi	138,529	180	0,770		
Toplam	140,859	184			
SQE					
Gruplar Arası	1,780	4	0,445	1,202	0,312*
Gruplar İçi	66,665	180	0,370		
Toplam	68,446	184			
SQA					
Gruplar Arası	0,101	4	2,516E-02	1,579	0,182*
Gruplar İçi	2,868	180	1,593E-02		
Toplam	2,969	184			

* p>0,05

Tablo-3.40: Gelir Düzeyine Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	3,268	4	0,817	1,891	0,118**
Gruplar İçi	43,204	100	0,432		
Toplam	46,472	104			
SQ2					
Gruplar Arası	5,042	4	1,260	3,426	0,011*
Gruplar İçi	36,795	100	0,368		
Toplam	41,837	104			
SQ3					
Gruplar Arası	5,476	4	1,369	3,092	0,019*
Gruplar İçi	44,284	100	0,443		
Toplam	49,761	104			
SQ4					
Gruplar Arası	2,827	4	0,707	1,672	0,162**
Gruplar İçi	42,260	100	0,423		
Toplam	45,087	104			
SQ5					
Gruplar Arası	2,401	4	0,600	1,245	0,297**
Gruplar İçi	48,232	100	0,482		
Toplam	50,633	104			
SQE					
Gruplar Arası	3,414	4	0,854	2,549	0,044*
Gruplar İçi	33,487	100	0,335		
Toplam	36,901	104			
SQA					
Gruplar Arası	0,150	4	3,738E-02	2,867	0,027*
Gruplar İçi	1,304	100	1,304E-02		
Toplam	1,453	104			

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

Tablo-3.41: Gelir Düzeyine Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)

	Gelir Düzeyi (I)	Gelir Düzeyi (J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ2	500 ve Üzeri	301-400 M.	0,5236	0,038*
SQ3	500 ve Üzeri	201-300 M.	0,6667	0,043*
SQE	500 ve Üzeri	301-400 M.	0,4650	0,009*
SQA	500 ve Üzeri	301-400 M.	9,950E-02	0,035*

p<0,05

3.2.20. Hastaların Sahip Olduğu Sosyal Güvence Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların sahip oldukları sosyal güvence değişkeni (resmi kurum, özel kurum, T.C. Emekli Sandığı, sigorta şirketi, hastanın kendisi) açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları Tablo-3.42 ve Tablo-3.43’de gösterilmiştir.

Tablo-3.42 ve Tablo-3.43’de görüldüğü gibi her iki hastanede de SERVQUAL skorları bakımından farklı sosyal güvenceye sahip hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmamaktadır. Buna göre her iki hastanenin farklı sosyal güvenceye sahip hastaları arasında algılanan hizmet kalitesi düzeyi açısından farklılık olmadığı söylenebilir. Başka bir ifade ile DEÜH’nin resmi kurum, özel kurum, T.C. Emekli Sandığı, özel sigorta ve özel hastaları arasında algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından bir farklılık olmadığı söylenebilir. Diğer taraftan özel ÖAH’nin özel anlaşmalı kurum ve özel (tedavi ücretini kendisi ödeyen) hastaları açısından da bu durumun değişmediği görülmektedir.

Tablo-3.42: Sosyal Güvenceye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	1,185	4	0,296	0,532	0,712*
Gruplar İçi	100,274	180	0,557		
Toplam	101,459	184			
SQ2					
Gruplar Arası	1,067	4	0,267	0,379	0,823*
Gruplar İçi	126,599	180	0,703		
Toplam	127,666	184			
SQ3					
Gruplar Arası	3,146	4	0,787	1,209	0,309*
Gruplar İçi	117,142	180	0,651		
Toplam	120,288	184			
SQ4					
Gruplar Arası	2,133	4	0,533	1,125	0,346*
Gruplar İçi	85,318	180	0,474		
Toplam	87,451	184			
SQ5					
Gruplar Arası	1,716	4	0,429	0,555	0,696*
Gruplar İçi	139,144	180	0,773		
Toplam	140,859	184			
SQE					
Gruplar Arası	,916	4	0,229	0,610	0,656*
Gruplar İçi	67,530	180	0,375		
Toplam	68,446	184			
SQA					
Gruplar Arası	4,260E-02	4	1,065E-02	0,655	0,624*
Gruplar İçi	2,926	180	1,626E-02		
Toplam	2,969	184			

p>0,05

Tablo-3.43: Sosyal Güvenceye Göre SERVQUAL Skorlarının Değişip Değişmediğini Belirleyebilmek İçin t-Testi (ÖAH)

	Tedavi Ücreti	N	Ortalama Değer	Standart Sapma	t değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Ücretli Hasta Anlaşmalı Kurum	61 44	-0,7760 -0,7576	0,6287 0,7273	-0,138	0,890*
SQ2	Ücretli Hasta Anlaşmalı Kurum	61 44	-0,7213 -0,8030	0,6241 0,6522	0,650	0,517*
SQ3	Ücretli Hasta Anlaşmalı Kurum	61 44	-0,6175 -0,6515	0,7248 0,6508	0,248	0,805*
SQ4	Ücretli Hasta Anlaşmalı Kurum	61 44	-0,7992 -0,7557	0,6596 0,6636	-0,333	0,740*
SQ5	Ücretli Hasta Anlaşmalı Kurum	61 44	-0,4836 -0,6023	0,7358 0,6432	0,859	0,392*
SQE	Ücretli Hasta Anlaşmalı Kurum	61 44	-0,6795 -0,7140	0,5781 0,6254	0,292	0,771*
SQA	Ücretli Hasta Anlaşmalı Kurum	61 61	-0,1377 -0,7760	0,1123 0,6287	0,281	0,779*

*p>0,05

3.2.21. Hastanenin Hizmet Kalitesine Yönelik Yapılan Genel Değerlendirme Açısından SERVQUAL Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların hizmet kalitesine yönelik yaptıkları değerlendirme (çok kötü, kötü, orta, iyi, çok iyi) açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları Tablo-3.44 ve Tablo-3.46'da gösterilmiştir. Söz konusu varyans analizlerinin yapılabilmesi için bazı satır ve sütun birleştirmeleri yapılmıştır. Bu birleştirmeler, hastanenin hizmet kalitesini "çok kötü" olarak değerlendiren hastaların "orta" olarak değerlendiren hastalara dahil edilmesini kapsamaktadır.

Tablo-3.44 ve Tablo-3.46'da görüldüğü gibi, SERVQUAL skorları açısından hastanelerin sunduğu hizmetin kalitesini farklı (çok kötü, kötü, orta, iyi, çok iyi) değerlendiren hastaların ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmaktadır.

Tablo-3.45 ve Tablo-3.47'deki çoklu karşılaştırmalar incelendiğinde hizmet kalitesini olumlu değerlendiren hastaların kalite skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile hastanenin sunduğu hizmetin kalitesine yönelik olumlu değerlendirme yapan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyi, daha az

olumlu, olumsuz ya da daha çok olumsuz değerlendirme yapan hastalara göre yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin hastanenin sunmuş olduğu hizmetin kalitesine yönelik “çok iyi” değerlendirmesi yapan hastaların ortalamaları, “çok kötü/orta” ya da “iyi” değerlendirmesini yapan hastalarınkine göre daha yüksektir. Sonuç olarak hastanenin sunduğu hizmetin kalitesine yönelik daha olumlu değerlendirme yapan hastaların, aynı zamanda verilen hizmeti de daha yüksek algıladıklarını söyleyebiliriz.

Tablo-3.44: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	12,508	2	6,254	12,795	0,000*
Gruplar İçi	88,952	182	0,489		
Toplam	101,459	184			
SQ2					
Gruplar Arası	30,924	2	15,462	29,088	0,000*
Gruplar İçi	96,742	182	0,532		
Toplam	127,666	184			
SQ3					
Gruplar Arası	24,815	2	12,407	23,652	0,000*
Gruplar İçi	95,474	182	0,525		
Toplam	120,288	184			
SQ4					
Gruplar Arası	21,782	2	10,891	30,184	0,000*
Gruplar İçi	65,669	182	0,361		
Toplam	87,451	184			
SQ5					
Gruplar Arası	18,250	2	9,125	13,545	0,000*
Gruplar İçi	122,609	182	0,674		
Toplam	140,859	184			
SQE					
Gruplar Arası	20,960	2	10,480	40,167	0,000*
Gruplar İçi	47,486	182	0,261		
Toplam	68,446	184			
SQA					
Gruplar Arası	0,902	2	0,451	39,700	0,000*
Gruplar İçi	2,067	182	1,136E-02		
Toplam	2,969	184			

*p<0,05

Tablo-3.45: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (DEÜH)

	Değerlendirme (I)	Değerlendirme (J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Çok İyi	Çok Kötü/Orta	0,7417	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,4545	0,000*
SQ2	Çok İyi	Çok Kötü/Orta	0,8948	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,8396	0,000*
SQ3	Çok İyi	Çok Kötü/Orta	0,9190	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,7113	0,000*
SQ4	Çok İyi	Çok Kötü/Orta	0,9330	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,6300	0,000*
SQ5	Çok İyi	Çok Kötü/Orta	0,7748	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,6157	0,000*
SQE	Çok İyi	Çok Kötü/Orta	0,8527	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,6502	0,000*
SQA	Çok İyi	Çok Kötü/Orta	0,1827	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,1321	0,000*

*p<0,05

Tablo-3.46: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	17,478	3	5,826	20,294	0,000*
Gruplar İçi	28,994	101	0,287		
Toplam	46,472	104			
SQ2					
Gruplar Arası	15,039	3	5,013	18,894	0,000*
Gruplar İçi	26,798	101	0,265		
Toplam	41,837	104			
SQ3					
Gruplar Arası	23,149	3	7,716	29,285	0,000*
Gruplar İçi	26,612	101	0,263		
Toplam	49,761	104			
SQ4					
Gruplar Arası	20,840	3	6,947	28,935	0,000*
Gruplar İçi	24,247	101	0,240		
Toplam	45,087	104			
SQ5					
Gruplar Arası	18,771	3	6,257	19,834	0,000*
Gruplar İçi	31,862	101	0,315		
Toplam	50,633	104			
SQE					
Gruplar Arası	18,293	3	6,098	33,098	0,000*
Gruplar İçi	18,608	101	0,184		
Toplam	36,901	104			
SQA					
Gruplar Arası	0,697	3	0,232	31,054	0,000*
Gruplar İçi	0,756	101	7,485E-03		
Toplam	1,453	104			

*p<0,05

Tablo-3.47: Hizmet Kalitesine Yönelik Genel Değerlendirmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)

	Değerlendirme(I)	Değerlendirme(J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	Orta	Çok Kötü	1,8667	0,000*
	İyi	Çok Kötü	1,7255	0,000*
	Çok İyi	Çok Kötü	2,4222	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,6967	0,000*
SQ2	Orta	Çok Kötü	1,6000	0,002*
	İyi	Çok Kötü	1,3971	0,001*
	Çok İyi	Çok Kötü	2,0889	0,000*
	Çok İyi	İyi	0,6918	0,000*
SQ3	Orta	Çok Kötü	2,5000	0,000*
	İyi	Çok Kötü	2,7892	0,000*
	Çok İyi	Çok Kötü	3,3000	0,000*
	Çok İyi	Orta	0,8000	0,009*
	Çok İyi	İyi	0,5108	0,000*
SQ4	Orta	Çok Kötü	2,1750	0,000*
	İyi	Çok Kötü	2,1949	0,000*
	Çok İyi	Çok Kötü	2,8667	0,000*
	Çok İyi	Orta	0,6917	0,022*
	Çok İyi	İyi	0,6718	0,000*

hastaneyi tercih etme açısından “kesinlikle katılmıyorum” cevabını veren hastaların “katılmıyorum” cevabının veren hastalara dahil edilmesini kapsamaktadır.

Tablo-3.48 ve Tablo-3.50’de görüldüğü gibi her iki hastanede SERVQUAL skorları açısından hastaneyi tercih eden, emin olmayan ve tercih etmeyenlerin ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmaktadır.

Tablo-3.49 ve Tablo-3.51’deki çoklu karşılaştırmalarda görüldüğü gibi, her iki hastanede de hastaneyi tercih eden hastaların ortalamaları, emin olmayan ve tercih etmeyen hastalara göre daha yüksektir. Başka bir ifade ile, gelecekte ihtiyaç duyması durumunda aynı hastaneyi tercih edeceğini düşünen hastaların kalite skorları, emin olmayan ve tercih edeceğini düşünmeyen hastalarından daha yüksektir. Çoklu karşılaştırma tablolarında görüldüğü gibi gelecekte hastaneyi tercih etme konusunda “kesinlikle katılıyorum” cevabını veren hastaların ortalama kalite skorları, “kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum”, “katılıyorum”, “emin değilim” cevabının veren hastalarından daha yüksektir. Bu nedenle genel bir ifade ile, hastaneyi kesinlikle tercih edeceğini ya da tercih edeceğini düşünen hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo-3.48: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (DEÜH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	12,180	3	4,060	8,231	0,000*
Gruplar İçi	89,279	181	0,493		
Toplam	101,459	184			
SQ2					
Gruplar Arası	14,187	3	4,729	7,543	0,000*
Gruplar İçi	113,480	181	0,627		
Toplam	127,666	184			
SQ3					
Gruplar Arası	12,344	3	4,115	6,900	0,000*
Gruplar İçi	107,944	181	0,596		
Toplam	120,288	184			
SQ4					
Gruplar Arası	13,769	3	4,590	11,274	0,000*
Gruplar İçi	73,682	181	0,407		
Toplam	87,451	184			
SQ5					
Gruplar Arası	8,691	3	2,897	3,967	0,009*
Gruplar İçi	132,168	181	0,730		
Toplam	140,859	184			
SQE					
Gruplar Arası	11,527	3	3,842	12,218	0,000*
Gruplar İçi	56,919	181	0,314		
Toplam	68,446	184			
SQA					
Gruplar Arası	0,498	3	0,166	12,150	0,000*
Gruplar İçi	2,471	181	1,365E-02		
Toplam	2,969	184			

*P<0,05

Tablo-3.49: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (DEÜH)

	Gelecekte Tercih Etme (I)	Gelecekte Tercih Etme (J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	0,7474	0,001*
	K. Katılıyorum	Emin Değilim	0,6480	0,003*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,3448	0,013*
SQ2	K. Katılıyorum	Emin Değilim	0,7054	0,004*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,4968	0,001*
SQ3	K. Katılıyorum	Emin Değilim	0,7816	0,001*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,4234	0,004*
SQ4	K. Katılıyorum	Emin Değilim	0,8178	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,4569	0,000*
SQ5	K. Katılıyorum	Emin Değilim	0,6846	0,013*
SQE	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	0,4621	0,022*
	K. Katılıyorum	Emin Değilim	0,7275	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,4038	0,000*
SQA	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	8,662E-02	0,049*
	K. Katılıyorum	Emin Değilim	0,1555	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	8,281E-02	0,000*

*p<0,05

Tablo-3.50: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skorları İçin Varyans Analizi (ÖAH)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
SQ1					
Gruplar Arası	8,104	3	2,701	7,111	0,000*
Gruplar İçi	38,368	101	0,380		
Toplam	46,472	104			
SQ2					
Gruplar Arası	11,857	3	3,952	13,315	0,000*
Gruplar İçi	29,980	101	0,297		
Toplam	41,837	104			
SQ3					
Gruplar Arası	15,420	3	5,140	15,117	0,000*
Gruplar İçi	34,341	101	0,340		
Toplam	49,761	104			
SQ4					
Gruplar Arası	13,512	3	4,504	14,407	0,000*
Gruplar İçi	31,575	101	0,313		
Toplam	45,087	104			
SQ5					
Gruplar Arası	16,244	3	5,415	15,902	0,000*
Gruplar İçi	34,390	101	0,340		
Toplam	50,633	104			
SQE					
Gruplar Arası	12,184	3	4,061	16,596	0,000*
Gruplar İçi	24,717	101	0,245		
Toplam	36,901	104			
SQA					
Gruplar Arası	0,492	3	0,164	17,205	0,000*
Gruplar İçi	0,962	101	9,523E-03		
Toplam	1,453	104			

*P<0,05

Tablo-3.51: Gelecekte Tercih Etmeye Göre SERVQUAL Skoru Farklılıkları (ÖAH)

	Tercih Etme (I)	Tercih Etme (J)	Ortalama Fark (I-J)	Anlamlılık Düzeyi
SQ1	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,2657	0,006*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,5944	0,001*
SQ2	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,3961	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,7526	0,000*
SQ3	Emin Değilim	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,8571	0,000*
	Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,5972	0,000*
	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	2,2029	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,6057	0,000*
SQ4	Emin Değilim	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,3929	0,003*
	Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,0729	0,008*
	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,7826	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,7097	0,000*
SQ5	Emin Değilim	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	2,0714	0,000*
	Emin Değilim	Katılıyorum	0,7589	0,008*
	Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,3125	0,001*
	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,9565	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,6440	0,000*
SQE	Emin Değilim	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,3722	0,001*
	Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,0595	0,002*
	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	1,7208	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,6613	0,000*
SQA	Emin Değilim	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	0,2564	0,001*
	Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	0,1994	0,004*
	K. Katılıyorum	K. Katılmıyorum/Katılmıyorum	0,3366	0,000*
	K. Katılıyorum	Katılıyorum	0,1372	0,000*

*p<0,05

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışması kapsamında yapılan araştırmada SERVQUAL ölçeği kullanılarak Dokuz Eylül Uygulama ve Araştırma Hastanesi (DEÜH) ile Özel Altınordu Hastanesinin (ÖAH) algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmüş ve söz konusu hastaneler algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçları söz konusu hastanelerin algılanan hizmet kalitesi düzeylerini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada ayrıca sağlık işletmelerinde hasta bakış açısı ile en önemli ve en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutları tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan birisi de; her iki hastanenin 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 her iki hastanenin de boyutlar bazında, eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorlarının negatif olduğu tespit edilmiştir. Buna göre her iki hastanenin de hasta beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür. Başka bir ifade ile her iki hastanede de sunulan hizmetlere yönelik hastaların kalite algısının düşük olduğu söylenebilir.

Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan birisi de, hasta bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerinin tespit edilmesidir. Sağlık işletmelerinde “güvenilirlik” ve “güven” hizmet kalitesi boyutlarının hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesi literatürde sıkça rastlanan bu durumdur. Bu araştırmada da her iki hastanede “güvenilirlik” ve “güven” boyutları hastaların büyük oranı tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

Güvenilirlik boyutu genel olarak, “hastanenin söz verdiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği”, güven boyutu ise, “hastane çalışanlarının bilgili ve nazik olması ve hastalarda güven duygusu uyandırabilme becerileri” olarak ifade edilebilir. Görüldüğü gibi 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.

Araştırmada hastaların büyük oranı tarafından en önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarından bir diğeri “güven” boyutudur. Görüldüğü gibi hastanın psikolojik olarak hizmet sunanlara kendisini bağımlı hissetmesi, tedavi süresince hizmet veren sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyimlerine güvenmek istemesi ve çalışanların nazik olması gerekliliği sağlık işletmelerinde “güven” boyutunun önemini artırmaktadır. Bu araştırmada da “güven” boyutu, “güvenilirlik” boyutundan sonra hastaların büyük oranı tarafından en önemli bulunan ikinci hizmet kalitesi boyutu olarak tespit edilmiştir.

Her iki hastane algılanan hizmet kalitesi düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında ise, hastanelerin “güvenilirlik” boyutu dışındaki algılanan hizmet kalitesi düzeyleri arasında bir önemli bir fark olmadığı görülmektedir. İki hastanenin “güvenilirlik” boyutuna ait SERVQUAL skorları karşılaştırıldığında ÖAH’sinin ilgili boyuttaki kalite skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre ÖAH’nin hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmesi, hastalarının problemlerini çözmede anlayışlı ve güven verici olması ve faturalama işlemlerini doğru olarak yapması açılarından DEÜH’ne göre daha kaliteli hizmet sunduğu söylenebilir.

Diğer taraftan “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutları hastaların büyük çoğunluğu tarafından en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirilmiştir. Buna göre hastanenin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, kullanılan araç gereç ve personelin görünüşü anlamına gelen “fiziksel özellikler” boyutu ile, hastanenin kendisini hasta yerine koyması ve hastalara kişisel ilgi göstermesi anlamına gelen “empati” boyutu hastalar tarafından en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirilmiştir. Görüldüğü gibi her iki hastanede de hastaların benzer boyutları en önemli veya en az önemli olarak değerlendirmektedir. Bu durum büyük ölçüde hastanelerin benzer hizmetler sunmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmada elde edilen diğer önemli bulgulardan birisi de, her iki hastane açısından algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiğinin belirlenmesidir. Her iki hastanenin algılanan hizmet kalitesi

düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiği ile ilgili elde edilen bazı önemli bulgular aşağıda belirtilmiştir:

- Tedavileri süresince herhangi bir problem yaşamamış olan hastaların, problem yaşayanlara göre hastanenin sunduğu hizmetleri daha kaliteli algıladığı belirlenmiştir.
- Her iki hastane açısından da hizmet aldığı hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
- Her iki hastanede de kadın ve erkek hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.
- DEÜH'nde farklı yaş gruplarında bulunan hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark belirlenmez iken, ÖAH'sinde fiziksel özellikler açısından yaşlı hastaların genç hastalara göre sunulan hizmetleri daha kaliteli olarak algıladıkları görülmektedir.
- Her iki hastanede de evli, bekar, dul veya boşanmış hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır.
- DEÜH'nde ilk okul mezunu hastaların lise ve dengi okul, fakülte/yüksek okul ve lisansüstü eğitim düzeyinde bulunan hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ÖAH'nde ise lise ve dengi okul mezunlarının okur-yazar, ilk okul, lisans-yüksek okul ve lisansüstü eğitim düzeyinde bulunan hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan ÖAH'nde "empati" açısından orta okul mezunu hastaların lisans-yüksek okul ve lisansüstü mezunlarına göre sunulan hizmetleri daha düşük algıladıkları belirlenmiştir.
- DEÜH'nde farklı gelir düzeylerinde bulunan hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark tespit edilmezken, ÖAH'nde 500 milyon ve üzeri gelir düzeyinde bulunan hastaların 201-300 milyon ve 301-400 milyon gelir düzeyinde hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Her iki hastanede de farklı sosyal güvenceye sahip olma açısından hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algıları arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Her iki hastanede de, hastanenin sunduğu hizmetin kalitesini olumlu değerlendiren hastaların, orta veya olumsuz değerlendiren hastalara göre hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Her iki hastanede de gelecekte aynı hastanede tedavi olmak konusunda olumlu düşünen hastaların, olumsuz düşünen ya da bu konuda kararsız olan hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Görüldüğü gibi SERVQUAL ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçme imkanı sağlaması ve bu yöntemle algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlerin değerlendirilmesi açısından sağlık işletmeleri yöneticilerine önemli bilgiler sağlamaktadır.

Daha önce ifade edildiği verilen hizmetlerin en azından tatminkar olması ya da yüksek kalitede algılanabilmesi için öncelikle hasta beklentilerinin karşılanması veya aşılması gerekmektedir. SERVQUAL ölçeği hizmet kalitesinin değerlendirilmesi 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.

Sağlık işletmeleri yöneticileri hasta beklentilerini doğru bir şekilde tespit ettiklerinde, sundukları hizmetin performansını bu beklentiler doğrultusunda şekillendirme ve dolayısıyla hasta beklentilerini karşılama şansına sahip olacaklardır. Hasta beklentilerini karşılama ya da aşma şeklinde gerçekleştirilecek bir iyileştirme faaliyeti, doğal olarak hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını yükseltecektir. Hastaların sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlere yönelik kalite algısının yükselmesi ise, sağlık işletmesine büyük ölçüde rekabet üstünlüğü sağlayacaktır.

Daha önce ifade edildiği gibi ölçeğin sağladığı faydalardan birisi de hasta bakış açısı ile en önemli veya en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutlarının

tespit edilmesidir. Bu araştırmada her iki hastanede de “güvenilirlik” ve “güven” hizmet kalitesi boyutları, hastaların büyük oranı tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir. Bu anlamda söz konusu boyutlarda hasta beklentilerini karşılama ya da beklentilerini aşma düzeyinde bir hizmet performansının gerçekleştirilmesi büyük ölçüde hastanelerin algılanan hizmet kalitesi düzeyinin yükseltilmesine yardımcı olacaktır.

Görüldüğü gibi SERVQUAL ölçeğı yöneticilere hizmet kalitesinin beş boyutu açısından boşlukları değerlendirme imkanı sağlamaktadır. Diğer taraftan boyutları oluşturan her bir ölçek maddesinin beklenti-algı boşluğu açısından değerlendirilmesi de hizmet kalitesinin artırılması açısından fayda sağlayacaktır. Örneğin “güvenilirlik” boyutu; hizmetlerin söz verildiğı zamanda yerine getirilmesi, çalışanların problem çözmede anlayışlı ve güven verici olması ve hastanenin faturalama işlemlerinin doğru bir şekilde yapılmasını kapsamaktadır. Tedavileri süresince herhangi bir problem yaşayan hastaların, problem yaşamayanlara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha düşük olduğu göz önünde alındığında, hastanenin tedavi süresince meydana gelebilecek olası problemlere yönelik önlem alması büyük ölçüde hastanenin “güvenilirlik” boyutunda sunduğı hizmetlere yönelik hastaların kalite algısını yükseltecektir. Aynı zamanda hizmetlerin söz verilen zamanda yerine getirilmesi ve faturalama işlemlerinde doğruluk da hastanenin “güvenilirlik” boyutu bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyini yükseltilmesine olumlu bir katkı sağlayacaktır.

Diğer taraftan hastanelerin araç gereçlerini çağın gereksinimlerine göre yeniden düzenlemesi, hizmet birimlerinin , binaların, kullanılan araç gereçlerin görsel açıdan çekiciliğinin sağlanması ve çalışanların temiz ve düzgün görünüşlü olması “fiziksel özellikler” boyutuna yönelik hastaların kalite algısını yükseltecektir.

Aynı şekilde hastane çalışanlarına, randevuların etkin kullanılması ve hızlı hizmet verme konusunda verilecek eğitimler, hastaların “heveslilik” boyutuna yönelik kalite algısını yükseltecektir. Diğer taraftan hastanelerde bekleme sürelerinin kısaltılması “heveslilik” boyutundaki algılanan hizmet kalitesi düzeyine olumlu bir katkı sağlayabilecektir. Hastane çalışanlarının hastalara kişisel ilgi göstermesi ve bu konudaki duyarlılığı da hastaların “empati” boyutuna yönelik kalite algısını yükseltecektir. Öte yandan çalışanların kibar ve nazik olması,

hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacak hizmet ortamının sağlanması ve bu konuda hastanenin çalışanlarına yeterli desteği sunması “güven” kalite boyutuna olumlu bir katkı sağlayacaktır.

DEÜH’nde “güvenilirlik” boyutu hastalar tarafından en önemli boyut olarak değerlendirilmesine karşın bu boyuttaki beklenti-algı boşluğunun diğer boyutlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastalar tarafından en çok önem verilen “güvenilirlik” boyutunun aynı zamanda en büyük beklenti-algı boşluğuna sahip olması hastane yöneticileri açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir durumdur. Diğer taraftan DEÜH’nin “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarında (hastaların büyük oranı tarafından en az önemli bulunan iki boyut) sunduğu hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamaya en yakın olduğu görülmektedir. Bu anlamda yöneticilerin olası bir kalite iyileştirme faaliyetinde “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarından önce “güvenilirlik” boyutundaki iyileştirmeye öncelik vermeleri optimum bir karar olacaktır.

Öte yandan ÖAH’sinin “empati” boyutunda hasta beklentilerini karşılamaya en yakın olduğu tespit edilmiştir. Aynı hastanede hastaların büyük oranı tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilen boyutlardan biri olan “güvenilirlik” boyutunun ise, “güven” boyutundan sonra en büyük beklenti –algı boşluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Aynı hastanede “güven” boyutundaki boşluğun ise en yüksek olduğu görülmektedir.

Görüldüğü gibi her iki hastanede de boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyinin ve hastalar tarafından en önemli ve en az önemli bulunan boyutların belirlenmesi, yapılacak kalite iyileştirme faaliyetlerinde önceliklerin belirlenmesi açısından yöneticilere önemli ip uçları sağlayacaktır.

Diğer taraftan hastanelerin eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları da hastanelerin genel hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından büyük faydalar sağlayacaktır. Belirli periyotlarla yapılacak hizmet kalitesi ölçümleri, zaman içinde hastanenin hizmet kalitesinde meydana gelen değişiklikleri ve söz konusu değişikliklerin nedenlerinin izlenmesi konusunda yönetime kolaylık sağlayacaktır.

SERVQUAL ölçeği ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, kaynakların etkin bir şekilde kullanılabilmesine de imkan sağlayacaktır. Örneğin hastaların hizmetlere yönelik kalite algısının yüksek olduğu alanlara

ekonomik kaynakların yönlendirilmesi ve bu alanda yapılan ek yatırımlar gereksiz olacaktır. SERVQUAL ölçeği sağlık işletmesi yöneticilerine farklı boyutlarda hizmet kalitesini değerlendirme imkanı sağladığından, kalite iyileştirme faaliyetlerinin öncelikle hastaların kalite algısının düşük olduğu alanlarda yapılması, kaynakların optimum kullanımına imkan verecektir.

Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, kısıt olan hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve bu yolla maliyetlerin düşürülmesi, rekabet avantajı elde etme ve hasta beklentilerin karşılanması ya da aşılması açısından önemli faydalar sağlayacaktır. Günümüzün rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında hizmet kalitesinin bu şekilde değerlendirilmesi önemli bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.



KAYNAKÇA

- Akal, Zuhail (1996). "Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri", *Verimlilik Dergisi*, Toplam Kalite Özel Sayısı, 2. Baskı Ankara.
- Akar, Çetin ; Özalp, Hüseyin (1998). **Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim**, Somgür Yayınları, Ankara.
- Akat, İlter ; Budak, Gönül ; Budak, Gülay (1999). **İşletme Yönetimi**, Fakülteler Kitapevi, Barış Yayınları, 3.Baskı, İzmir.
- Akgeyik, Tekin (2000). "Toplam Kalite Yönetimi, Katılımlı Yönetim ve Transformasyonel Liderlik", Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü İşverenleri Sendikası yayını, Yayın No:38, Ankara.
- Akın, Besim ; Çetin, Canan (1998). **TKY ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Uygulamadan Örnekler**, İstanbul.
- Anderson, Elizabeth A (1995). "Measuring Service Quality at a university health clinic", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (2), 32-37.
- Anderson, Elizabeth A ; Zwelling, Leonard A (1996) . "Measuring Service Quality at the University of Texas M.D Cancer Center", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(7), 9-22.
- Asubonteng, Patrick ; McCleary, Karl J ; Swan, John E (1996). "SERVQUAL Revisited: a Critical Review of Service Quality", *Journal of Service Marketing*, 10(6) , 62-81.
- Arnold, Aline (1994). "*The Big Bang*" *Theory of Competition in Health Care*" içinde Philip D. Cooper (Editör), **Health Care Marketing**, An Aspen Publication, Third Edition, USA.
- Aytuğ, Semra (1997). **Pazarlama Yönetimi**, İlkem Ofset, İzmir.
- Babakus, Emin ; Mangold, Glynn W (1992). "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", *Health Services Research* , 26 (6), 767-786.

- Bayrak, Sabahat (1997). "Kalite Yaklaşımında Yeni Bir Yaklaşım Olarak Toplam Kalite Yönetimi", *Verimlilik Dergisi*, MPM Yayını, Sayı: 1997/4, Ankara.
- Bergman, Bo. ; Klefsjö, Bengt (1994). *Quality*, McGraw-Hill, Sweeden.
- Berwick , D.M (1988) . "Toward an Applied Technology for Quality Measurement in Health Care", *Medical Decision Making*, 8(4), 253-261.
- Besterfield, D.H ; Besterfield, C ; Besterfield, G.H ; Besterfield, M (1999).*Total Quality Managament*, Second Edition, Prentice Hall, USA.
- Boonekamp, L.C.M (1994). "Marketing for Health Care Organizastions: An Introduction to Network Management", *Journal of Managament in Medicine*, 8 (5), 11-24.
- Bopp, K.D (1990). "How Patients Evaluate The Quality of Ambulatory Medical Encounters: A marketing Perspective", *Journal of Health Care Marketing*, 10(1), 16-15.
- Bozkurt, Rıdvan (1993). "ISO 9000 ve Belgelendirme", *Verimlilik Dergisi*, Verimlilik İçin Üretimde ve Tüketimde Kalite Özel Sayısı, MPM Yayını, Ankara.
- Bozkurt, Rıdvan (1994). "Kalitenin Esasları ve Deming'in On Dört İlkesi ", *Verimlilik Dergisi*, sayı 1994/3, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Ankara.
- Bozkurt, Rıdvan (1996). "Hizmet Endüstrilerinde kalite", *Verimlilik Dergisi*, Toplam kalite özel sayısı. Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Ankara.
- Brashier, L.W ; Sower, V.E ; Motwani, J ; Savoie, M (1996). "Implementation of TQM/CQI in Health-Care Industry:A Comprehensive Model", *Benchmarking for Quality Managament & Technology* , 3 (2), 31-50.
- Budak, Gönül (1996). *Kobiler'de Toplam Kalite Yönetimi*, İzmir.
- Can, Halil ; Tuncer, Doğan ; Ayhan, Doğan Yaşar (1995). *Genel İşletmecilik Bilgileri*, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Carman,James (1990). "Consumer Perceptions of Service Quality: An Assestment of SERVQUAL Dimensions", *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.

- Conway, Tony ; Willcocks, Stephen (1997). "The Role of Expectations in the Perception of Health Care Quality: Developing a Conceptual Model", *International Journal of Health Care Quality*, 10(3), 131-140.
- Costin, Harry Ivan. (1994). *Readings in Total Quality Managment*, The Dryden Press, USA.
- Crosby, Philip B (1984). *Quality Without Tears*, Mc Graw-Hill, USA.
- Cronin, J. Joseph ; Taylor, Steven A. (1992). "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing*, 56(July), 55-68.
- Çoruh, Mithat. (1998). "Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCHAO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri" içinde Mithat Çoruh (ed). *Sağlık Yönetiminde Devamlı kalite iyileştirme*. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.
- Day, Ronald G (1990). *Kalite Fonksiyon Yayılımı*, Çev: Enternasyonel Tercüme hizmetleri Ltd.Sti.,İstanbul.
- Deming, W. Edwards (1994). *Out of The Crisis*, Cambridge University Press, USA. Deming, 1994
- Dicle, İ.Atilla (2000). "21.Yüzyılın Başındaki Olanaklar; Fırsatlar ve Darboğazlar", *Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi*, Friedrich Ebert Stiftung Yayını, İstanbul.
- Doğan, Muammer (1998). *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*, Anadolu Matbaacılık, İzmir.
- Doğan, Özlem İpekgil (2000). *Kalite Uygulamalarının İşletmelerin Rekabet Gücü Üzerine Etkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Matbaası, İzmir.
- Doğan, Üzeyme (1991). *Kalite Yönetimi ve Kontrolü*, İstiklal Matbaası, İzmir.
- Dotchin, John A. ; Oakland, John S (1994). " Total Quality Management in Services, Part 2: Service Quality", *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(3).

- Dünya Sağlık Örgütü (1998). **Dünya Sağlık Raporu-1998**, 21.Yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon, Çev.Bekir Metin ; Ayşe Akın ; İzgi Güngör, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını, Ankara.
- Engiz, Oğuz. (1997). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini "içinde Osman Hayran, Hayda Sur (editör). **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Eren, Nevzat. (1996). **Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan**, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Finkel, M. L (1997). "The Importance of Measuring Patient Satisfaction", **Employee Benefits Journal**, 22 (1), 12-15.
- Garvin, David A. (1988). **Managing Quality**, Free Press, Collier Macmillan Publishers, USA.
- Geçikli, Fatma (1999). "Sürekli İyileştirme (Kaizen) ve Sürekli İyileştirme İçinde Yönetimin Yeri", **Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, Sayı: 5, Celal Bayar Üniversitesi, İ.İ.B.F Yayını, Manisa.
- Ghobadian, A ; Speller, S ; Jones, M (1994). "Service Quality:Concepts and Models", **International Journal of Quality & Reliability Managament**, 11 (9), 43-66.
- Goetsch, David L ; Stanley B, Davis. (1998). **Undersatanding and Implementing ISO 9000 and ISO Standarts**, Prentice –Hall, USA.
- Gözlü, Sıtkı (1995)."Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistiksel Yöntemler", **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayını,Sayı:1995/2, Ankara.
- Gronroos,C.(1984). "A Service Quality Model and Its Marketing Implications", **European Journal of Marketing**, 18(4), 36-44.
- Gummerson, Evert (1994). "Service Managament: An Evaluation and the Future", **International Journal of Service Industry Managament**, 5 (1), 77-96.
- Halis, Muhsin (2000). **Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri, ISO 9000-2 Kalite Belgesi Çalışması**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş,İstanbul
- Hayran, Osman (1997). "Sağlık Hizmetleri" içinde **Hastane Yöneticiliği**, Osman Hayran ; Haydar Sur (Editör), Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.

- Headley, Dean E ; Miller, Stephen (1993). "Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior", *Journal of Health Care Marketing*, 13(4), 32-42.
- Ishikawa, Kaoru (1985). **What's Total Quality Control? The Japanese Way**. Prentice –Hall, USA.
- Juran, J.M (1989). **Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook**. Free Press, USA.
- Juran, J.M (1992). **Juran on Quality by Design: The New Steps for Planning Quality into Goods and Services**. Free Press, USA
- Karafakıoğlu, Mehmet (1998). **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İşletme Fakültesi Yayın No.271, İstanbul.
- Karagöz, İrfan (1998) **Tıbbi Teknoloji Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kızgın, Yıldırım (1999). "Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yaklaşımının Kalite ve Verimlilik Üzerine Etkisi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kocadağ, Zahide ; Özgen, Hacer (1994). "*Toplama Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için bir model önerisi*" içinde Muammer Doğan, Ömer Harmancıoğlu, Yasemin Yeğinboy (editör), **1.Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Aydın.
- Koch, Hugh (1992). **Implementing and Sustaining Total Quality Management in Health Care**, Longman UK Limited Publishing.
- Koçak, Nilüfer (1997). **Yiyecek-içecek işletmelerinde toplam kalite yönetimi** (Yayınlanmamış doktora tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kunsk, Paul ; Lemmink, Jos (1996) **Managing Service Quality**, Paul Chapman Publishing, London.
- Kuriloff, Arthur ; Hemphill, John M ; Cloud, Douglas (1993). **Starting and Managing the Small Business**, Mc Graw-Hill Edition, Singapore.

- Kurtuluş, Kemal (1989). *İşletmelerde Araştırma Yöntembilimi*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No:210, İstanbul.
- Lam, Simon S.K (1997). "SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients' Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong", *Total Quality Managament*, 8 (4), 145-152.
- Lee, Haksik ; Lee, Yongki ; Yoo, Dongkeum (2000). "The Determinants of Perceived Service Quality and It's Relationship With Satisfaction", *Journal of Service Marketing*, 14(3), 217-231.
- Lim, Puay Cheng ; Tang, Nelson K. H (2000). "A Study of Patients' Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(7), 290-299.
- Lytle, R.S ; Mowka, M.P (1992). "Evaluating Health Care Quality :The Moderating Role of Outcomes", *Journal of Health Care Managament*, 12 (1), 4-14.
- Macintyre, Kate ; Kleman, Carolyn Cable (1994). "Measuring Customer Satisfaction" içinde Curtis P. McLaughlin & Arnold D. Kaluzny (Editör), *Continuous Quality Improvement in Health Care*, An Aspen Publication, USA.
- .Mangold, W. Glynn ; Babakus, Emin (1990). "Monitoring Service Quality", *Review of Bussiness*, 11 (4), 21-33
- Mangold, W.G ; Babakus, E (1991). "Service Quality: the Front Stage vs The Back Stage Perspective", *The Journal of Services Marketing*, 5(4), 59-70.
- McAlexander, J.H ; Kaldenberg, D.O (1994). "Service Quality Measurement", *Journal of Health Care Marketing*, 14 (3), 34-40.
- Menderes, Münevver ; Ersoy, Korkut (1993). "*Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi*", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 2, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Yayını, Ankara.
- Mitra, Amitava (1998). *Fundamentals of Quality Control and Improvment*, Second edition, New Jersey.

- Mowen, J.C ; Licata, J. W ; McPhail, J (1993). "Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction", *Journal of Health Care Marketing*, 13(2), 26-34.
- Mucuk, İsmet (1994). **Pazarlama İlkeleri**, DER Yayınları, 6. baskı, İstanbul.
- Odabaşı, Yavuz (2000). **Satış Ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi**, Sistem Yayıncılık, Ankara.
- Omachonu, V.K (1991). **Total Quality and Productivity Managment in Health Care Organizations**, Industrial Engineering and Management Press, Georgia,USA.
- Özdamar, Kazım (1999). **Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi-1**, Kaan Kitapevi, 2.Baskı, Eskişehir.
- Özer, Leyla Şentürk (1999) "Müşteri Tatminine Yönelik Literatürdeki Kuramsal Tartışmalar"; *Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), 159-180.
- Özgen, Hacer. (1995). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", *Toplum ve Hekim Dergisi*, "Hastaneler" Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, cilt 10, sayı-69-70.
- Özsarı, Haluk. (1997). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", *Modern Hastane Yönetimi*, Sayı :3.
- Öztürk, Sevgi Ayşe (1996). "*Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin artırılması*", *Verimlilik Dergisi*, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Sayı:1996/2, Ankara.
- Parasuraman, A ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, Vol. 49, 41-50
- Parasuraman, A ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1988). "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40
- Parasuraman, A. ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1991). "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale", *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.

- Parasuraman, A. ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1994). "Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research", *Journal of Marketing*, 56 January), 111-124.
- Peşkircioğlu, Nurettin (1993). "*Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvencesi ve Sağlık Hizmetlerine Uygulanması*", *Verimlilik Dergisi*, Verimlilik için Üretimde Tüketimde Kalite Özel sayısı, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Ankara.
- Peşkircioğlu, Nurettin. (1997). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları*, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Yayın No:620, Ankara.
- Peşkircioğlu, Nurettin. (1999). "Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları", Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Yayın No:620, 2. Basım, Ankara.
- Peyrot, M ; Cooper, P. D ; Schnapf, D (1993). "Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services, *Journal of Health Care Marketing*, 13(1), 24-34.
- Rakich, J. S; Longest, B.B ; Darr, K (1992). *Managing Health Services Organizations*, Health Professions Press, Third Edition, USA.
- Reidenbach, R.E ; Sandifer-Smallwood, Beverly (1990). "Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach", *Journal of Health Care Marketing*, 10 (4), 47-56.
- Robledo, Marco Antonio (2001). "Measuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations", *Managing Service Quality*, 11(1), 22-31
- Sağlık Bakanlığı (2000). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı*, S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.
- Seçim, Hikmet (1991). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*, İstanbul.
- Stamatis, D.H (1996). *Total Quality Management in Health Care: Implementation Strategies for Optimum Results*, IRWIN Professional Publishing, USA.
- Steiber, S.R ; Krowinski, W.J (1990). *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, American Hospital Publishing, USA.

- Summers, Donna C. S (1997). **Quality**. Prentice Hall, USA.
- Tarım, Mehveş (2000). "Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite", Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını, Yayın No:38, Ankara.
- Tatar, Tevfik ; Üner, M.Mithat. (1992). **İşletmecilik İlkeleri**. Gazi Büro Yayınları, Ankara.
- Tek, Ömer Baybars (1999). **Pazarlama İlkeleri**, Beta Yayınları, İstanbul.
- Teas, R. Kenneth (1993)."Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality", **Journal of Marketing**, 57(October), 18-34.
- Terzi, Harun (1995) "Kalite Kontrol Çemberlerinin Yapısı, Organizasyonu ve Verimlilik Boyutu", Verimlilik Dergisi, Sayı 1995/3, Ankara.
- Tokat, Mehmet. (1997). **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı:1992-1996**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını, Ankara.
- Tomes, Anne E ; Peng, Stephen Chee (1995) "Service Quality in Hospital Care: The Development of an In-Patient Questionnaire", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 8(3), 25-33.
- Tütüncü, Özkan (2001).**Yiyecek İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi**, Turhan Kitapevi Yayınları, Ankara.
- Uyguç, Nermin (1992)."**Hizmet kalitesi olgusunun analitik bir yaklaşımla incelenmesi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- Uyguç, Nermin (1998). **Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım**, Dokuz Eylül Yayınları, 1.baskı, İzmir.
- Vavra, Terry G. (1999). **Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları**, Kalder Yayınları, No:28, Çev: Günhan Günay, İstanbul.
- Wallance, Willian ; Kanji, Gopal K (2000) "Business Excellence Through Customer Satisfaction", **Total Quality Managament**, 11(7), 979-998.
- Willian, J.A (1992). **Hospital Management: In the Tropics and Sub-Tropics.**, Macmillan Publishing, Hong Kong.

Yeğınboy, E. Yasemin (1992). **Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylöl Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.

Yeğınboy, E.Yasemin (1993). **Ulusal Dölzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.

Yenersoy, Gönöl (1997). **Toplam Kalite Yönetimi: Mükemmeli Arayış Yolculuğuna ilk Adım**. Rota Yayınları, İstanbul.

Yerebakan, Metin. (2000). **Özel Hastaneler Araştırması**, İstanbul Ticaret Odası, Yayın no; 2000-26, İstanbul.

Zeithaml, Valarie A ; Parasuraman, A ; Berry, Leonard L (1990). **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation**, Free Press, USA.

WWW Adresleri:

<http://www.qualitytoday.com/library/bald-top-1.htm>, 2.5.2001

Ek-1: Dokuz Eylül Hastanesi'nde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin Beklenti Maddeleri için Güvenilirlik Analizi

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)						
		Mean	Std Dev	Cases		
1.	E1	4,8595	,4797	185,0		
2.	E2	4,4054	,7823	185,0		
3.	E3	4,7784	,4995	185,0		
4.	E4	4,7784	,5208	185,0		
5.	E5	4,8432	,3932	185,0		
6.	E6	4,7784	,5103	185,0		
7.	E7	4,6595	,5784	185,0		
8.	E8	4,7622	,4751	185,0		
9.	E9	4,7297	,5133	185,0		
10.	E10	4,8703	,3823	185,0		
11.	E11	4,7838	,4625	185,0		
12.	E12	4,6973	,5470	185,0		
13.	E13	4,7351	,4891	185,0		
14.	E14	4,0865	1,1947	185,0		
15.	E15	4,8649	,3732	185,0		
N of Cases =		185,0				
Statistics for Scale		Mean	Variance	Std Dev	N of Variables	
		70,6324	23,4076	4,8381	15	
Item Means		Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
		4,7088	4,0865	4,8703	,7838	1,1918
Item Variances		Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
		,3378	,1392	1,4273	1,2880	10,2498
Analysis of Variance						
Source of Variation		Sum of Sq.	DF	Mean Square	F	Prob.
Between People		287,1337	184	1,5605		
Within People		755,6000	2590	,2917		
Between Measures		110,4850	14	7,8918	31,5126	,0000
Residual		645,1150	2576	,2504		
Total		1042,7337	2774	,3759		
Grand Mean		4,7088				

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients 15 items

Alpha = 0,8395 Standardized item alpha = 0,8671

Ek-2:Dokuz Eylül Hastanesi'nde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin Algı Maddeleri için Güvenilirlik Analizi

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	4,0378	,8364	185,0
2.	P2	3,9459	,9013	185,0
3.	P3	4,2216	,8073	185,0
4.	P4	3,7946	1,0059	185,0
5.	P5	4,0054	,9527	185,0
6.	P6	3,7946	,9841	185,0
7.	P7	3,7838	,9818	185,0
8.	P8	3,9027	,9096	185,0
9.	P9	4,0595	,8221	185,0
10.	P10	4,1297	,8369	185,0
11.	P11	4,0703	,8278	185,0
12.	P12	4,1351	,8328	185,0
13.	P13	3,6865	,8591	185,0
14.	P14	3,6541	1,0981	185,0
15.	P15	4,2054	,7230	185,0

N of Cases = 185,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	59,4270	76,7460	8,7605	15

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,9618	3,6541	4,2216	,5676	1,1553	,0340

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	,8043	,5228	1,2058	,6830	2,3064	,0314

Analysis of Variance

Source of Variation	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F	Prob.
Between People	941,4177	184	5,1164		
Within People	1366,5333	2590	,5276		
Between Measures	88,0483	14	6,2892	12,6719	,0000
Residual	1278,4850	2576	,4963		
Total	2307,9510	2774	,8320		
Grand Mean	3,9618				

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 15 items

Alpha = 0,9030 Standardized item alpha = 0,9049

Ek-3:Altınordu Hastanesi'nde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin Beklenti Maddeleri İçin Güvenilirlik Analizi

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)						
		Mean	Std Dev	Cases		
1.	E1	4,7619	,5100	105,0		
2.	E2	4,5905	,6154	105,0		
3.	E3	4,7714	,4219	105,0		
4.	E4	4,8000	,4252	105,0		
5.	E5	4,8381	,3953	105,0		
6.	E6	4,8571	,4026	105,0		
7.	E7	4,7714	,5049	105,0		
8.	E8	4,8286	,3787	105,0		
9.	E9	4,8381	,3701	105,0		
10.	E10	4,8286	,4265	105,0		
11.	E11	4,7429	,5194	105,0		
12.	E12	4,8000	,4252	105,0		
13.	E13	4,7714	,4653	105,0		
14.	E14	4,6762	,6278	105,0		
15.	E15	4,8000	,4252	105,0		
N of Cases =		105,0				
Statistics for Scale		Mean	Variance	Std Dev	N of Variables	
		71,6762	21,7211	4,6606	15	
Item Means		Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
		4,7784	4,5905	4,8571	,2667	1,0581
Item Variances		Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
		,2183	,1370	,3941	,2571	2,8770
Analysis of Variance						
Source of Variation	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F	Prob.	
Between People	150,5994	104	1,4481			
Within People	197,0667	1470	,1341			
Between Measures	7,0565	14	,5040	3,8623	,0000	
Residual	190,0102	1456	,1305			
Total	347,6660	1574	,2209			
Grand Mean	4,7784					

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients 15 items

Alpha = 0,9099 Standardized item alpha = 0,9166

EK-4: Altınordu Hastanesi'nde Kullanılan SERVQUAL Ölçeğinin Algı Maddeleri İçin Güvenilirlik Analizi

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases		
1.	P1	3,7048	,8077	105,0		
2.	P2	3,9238	,6154	105,0		
3.	P3	4,1905	,6369	105,0		
4.	P4	4,2095	,5996	105,0		
5.	P5	4,2571	,6359	105,0		
6.	P6	3,7619	,7535	105,0		
7.	P7	4,0857	,6372	105,0		
8.	P8	4,2095	,6606	105,0		
9.	P9	4,2476	,6903	105,0		
10.	P10	4,2000	,6850	105,0		
11.	P11	3,9143	,7221	105,0		
12.	P12	4,2286	,6830	105,0		
13.	P13	3,6762	,7783	105,0		
14.	P14	4,1333	,7215	105,0		
15.	P15	4,2762	,7272	105,0		
N of Cases =		105,0				
Statistics for Scale		Mean 61,0190	Variance 60,5766	Std Dev 7,7831	N of Variables 15	
Item Means		Mean 4,0679	Minimum 3,6762	Maximum 4,2762	Range ,6000	Max/Min 1,1632
Item Variances		Mean ,4800	Minimum ,3595	Maximum ,6524	Range ,2929	Max/Min 1,8146
						Variance ,0073

Analysis of Variance

Source of Variation	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F	Prob.
Between People	419,9975	104	4,0384		
Within People	395,7333	1470	,2692		
Between Measures	66,9689	14	4,7835	21,1847	,0000
Residual	328,7644	1456	,2258		
Total	815,7308	1574	,5183		
Grand Mean	4,0679				

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 15 items

Alpha = 0,9441 Standardized item alpha = 0,9455

Ek 5: DEÜH'nde Kullanılan SERVQUAL Ölçeği

Sayın hizmet kullanıcıları,

Elinizdeki anket soruları sağlık hizmeti aldığınız hastanenin hizmet kalitesini ölçmek amacıyla hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar bir yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Vakit ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Hastanelerin sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanan 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, ve 4'ü de işaretleyebilirsiniz

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 (Doktor, hemşire, sekreter vb) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E4	Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	①	②	③	④	⑤
E5	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb), 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 (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	①	②	③	④	⑤
E8	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	①	②	③	④	⑤
E9	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E10	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	①	②	③	④	⑤
E11	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E12	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E13	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	①	②	③	④	⑤
E14	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	①	②	③	④	⑤
E15	Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	①	②	③	④	⑤

II.BÖLÜM

Aşağıda 5 madde halinde sıralanmış olan ifadeler hastaneler ve sağladıkları hizmetlerle ilgilidir. Bir hasta olarak siz, bir hastanenin verdiği hizmetin kalitesini değerlendirirken, aşağıdaki 5 maddede belirtilen özelliklerin hangisinin sizin için daha fazla önemli 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 bölüştürdüğünüz puanların toplamının 100 olmasına dikkat ediniz.

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: (.....)

III.BÖLÜM

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

Kesinlikle Katılmıyorum = 1 Kesinlikle Katılıyorum = 5

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

IV.BÖLÜM

1) Dokuz Eylül hastanesinin hizmet kalitesini göz önüne aldığınızda hastane ile ilgili genel izleniminiz nedir?

- ☐ Çok Kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok İyi

(2) Gelecekte ihtiyacım olursa yine Dokuz Eylül hastanesinde tedavi olmak isterim (Lütfen ne derecede katıldığınızı belirtiniz).

- ☐ Kesinlikle Katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Emin değilim ☐ Katılıyorum ☐ Kesinlikle Katılıyorum

(3) Dokuz Eylül hastanesinin hizmetlerinden yararlanırken bir problem yaşadınız mı? (Hayır ise 5.soruya geçiniz)

- ☐ Evet ☐ Hayır

(4) Yaşadığınız problem sizi tatmin edecek şekilde çözüldü mü?

- ☐ Evet ☐ Hayır

(5) Dokuz Eylül hastanesini başkalarına tavsiye eder misiniz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

(6) Yaşınız:.....

(7) Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın ☐ Erkek

(8) Medeni Haliniz:

- ☐ Evli ☐ Bekâr

(9) Eğitim Durumunuz:

- ☐ Okur yazar
☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise ve Dengi
☐ Fakülte / Yüksek Okul
☐ Lisansüstü

(10) Aylık Geliriniz (TL)

- ☐ 200 Milyon ve aşağısı
☐ 201-300 Milyon
☐ 301-400 Milyon
☐ 401-500 Milyon
☐ 500 Milyon ve üzeri

(11) Tedavi ücretlerinizi kim karşılıyor?

- ☐ Çalıştığım Resmi Kurum
☐ Çalıştığım Özel Kurum
☐ T.C. Emekli Sandığı
☐ Özel Sigorta Şirketi
☐ Kendim

Ek 6: ÖAH'nde Kullanılan SERVQUAL Ölçeği

Sayın hizmet kullanıcıları,

Elinizdeki anket soruları sağlık hizmeti aldığınız hastanenin hizmet kalitesini ölçmek amacıyla hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar bir yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Vakit ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Hastanelerin sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanan 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, ve 4'ü de işaretleyebilirsiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum= 1 Kesinlikle Katılıyorum = 5

E1	Hastaneler modern araç- gereç ve donanımına 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 (Doktor, hemşire, sekreter vb) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E4	Hastaneler hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	①	②	③	④	⑤
E5	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) 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 (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	①	②	③	④	⑤
E8	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	①	②	③	④	⑤
E9	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E10	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	①	②	③	④	⑤
E11	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E12	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.	①	②	③	④	⑤
E13	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	①	②	③	④	⑤
E14	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	①	②	③	④	⑤
E15	Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	①	②	③	④	⑤

II.BÖLÜM

Aşağıda 5 madde halinde sıralanmış olan ifadeler hastaneler ve sağladıkları hizmetlerle ilgilidir. Bir hasta olarak siz, bir hastanenin verdiği hizmetin kalitesini değerlendirirken, aşağıdaki 5 maddede belirtilen özelliklerin hangisinin sizin için daha fazla önemli 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 bölüştürdüğünüz puanların toplamının 100 olmasına dikkat ediniz.

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: (.....)

III.BÖLÜM

Aşağıdaki soru önermeleri şu anda hizmet aldığınız **Özel Altınordu Hastanesi** ile ilgilidir. **Özel Altınordu Hastanesi'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.

Kesinlikle Katılmıyorum = 1 Kesinlikle Katılıyorum = 5

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

IV.BÖLÜM

1) Özel Altınordu Hastanesinin hizmet kalitesini göz önüne aldığınızda Hastane ile ilgili genel izleniminiz nedir?

☐ Çok Kötü

☐ Kötü

☐ Orta

☐ İyi

☐ Çok İyi

(2) Gelecekte ihtiyacım olursa yine Özel Altınordu Hastanesinde tedavi olmak isterim (Lütfen ne derecede katıldığınızı belirtiniz).

☐ Kesinlikle Katılmıyorum

☐ Katılmıyorum

☐ Emin değilim

☐ Katılıyorum

☐ Kesinlikle Katılıyorum

(3) Özel Altınordu Hastanesinin hizmetlerinden yararlanırken bir problem yaşadınız mı? (Hayır ise 5.soruya geçiniz)

☐ Evet

☐ Hayır

(4) Yaşadığınız problem sizi tatmin edecek şekilde çözüldü mü?

☐ Evet

☐ Hayır

(5) Özel Altınordu Hastanesini başkalarına tavsiye eder misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

(6) Yaşınız:.....

(7) Cinsiyetiniz:

☐ Kadın

☐ Erkek

(8) Medeni Haliniz:

☐ Evli

☐ Bekâr

(9) Eğitim Durumunuz:

☐ Okur yazar

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise ve Dengi

☐ Fakülte / Yüksek Okul

☐ Lisansüstü

(10) Aylık Geliriniz (TL)

☐ 200 Milyon ve aşağısı

☐ 201-300 Milyon

☐ 301-400 Milyon

☐ 401-500 Milyon

☐ 500 Milyon ve üzeri

(11) Tedavi ücretlerinizi kim karşılıyor?

☐ Kendim (ücretli hasta)

☐ Çalıştığım Özel Kurum (Özel Anlaşmalı Kurum)