T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA ALGILAMALARINA BAĞIMLI BEKLENEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK BİR İNCELEME

Neziha Banu KARAOSMANOĞLU FİLİZ

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Nurcan Hakan ÇIRAKLAR

İZMİR- 2016

YÜKSEK LİSANS
TEZ/ PROJE ONAY SAYFASI

1994800019

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Adı ve Soyadı : Neziha Banu KARAOSMANOĞLU

Tez Başlığı : Sağlık Hizmetlerinde Hasta Algılamalarına Bağımlı Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesini Belirlemeye Yönelik Bir İnceleme

Savunma Tarihi : 23.12.2016

Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Nurcan Hakan ÇIRAKLAR

JÜRİ ÜYELERİ

Ünvanı, Adı, Soyadı	Üniversitesi	İmza
Yrd.Doç.Dr.Nurcan Hakan ÇIRAKLAR	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Doç.Dr.Ethem DUYGULU	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Doç.Dr.Emre GÜLER	İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	

Oybirliği (X)
Oy Çokluğu ( )

Neziha Banu KARAOSMANOĞLU tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "**Sağlık Hizmetlerinde Hasta Algılamalarına Bağımlı Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesini Belirlemeye Yönelik Bir İnceleme**" başlıklı Tezi(X) / Projesi( ) kabul edilmiştir.

Prof. Dr. M. Banu DURUKAN SALI
Müdür

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık HizmetlerindeHasta Algılamalarına Bağımlı Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesini Belirlemeye Yönelik Bir İnceleme " adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

..../..../.....

Neziha Banu KARAOSMANOĞLUFİLİZ
İmza

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Hizmetlerinde Hasta Algılamalarına Bağımlı Beklenen Ve Algılanan Hizmet Kalitesini Belirlemeye Yönelik Bir İnceleme

Neziha Banu KARAOSMANOĞLUFİLİZ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Yönetim ve Organizasyon Programı

Hizmet sektörünün ekonomi içindeki payı fiziksel mal üretiminden daha büyük bir etkinliğe sahip olmaya başlamıştır. Birçok gelişmiş ülkede hizmet sektörlerinin ülkedeki bütün istihdamın % 70'ten fazlasını yarattığı görülmektedir. Küreselleşen ekonomi ile birlikte, insanları hastalıklardan korumak ve tedavi etmek sağlık alanında faaliyet gösteren işletmeler arasındaki rekabeti yoğunlaştırmıştır. Hizmet sektörlerinin birçoğunda olduğu gibi müşteri memnuniyetini sağlamanın en önemli araçlarından birisi olan kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde de önem verilen bir kavramdır ve özellikle Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları çerçevesinde sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet üretimlerini çeşitli şekillerde belgelendirerek hizmet sunumunu gerçekleştirdikleri görülmektedir. Böylece sağlık işletmeleri arasında hizmet kalitesi yüksek olan işletmeler sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmiş olacaklardır. Sağlık işletmelerinin sürdürülebilir rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri için hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve hizmet kalitesinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacı, sağlık hizmetlerinde hastaların algılamalarına bağımlı olarak servqual ölçeğine dayalı beklenen ve algılanan hizmet kalitesini incelemektir. Bu çerçevede, araştırma verileri, İzmir ilinde özel bir sağlık kuruluşunun sağlık hizmetlerinden yararlanan 250 kişi üzerinden Parasuraman vd.(1985:44) hizmet kalitesi ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Verilere uygulanan parametrik olmayan test bulguları, hastaların algıladıkları hizmet kalitesi

boyutları ile bekledikleri hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık işletmeleri, hizmet kalitesi, Servqual ölçeği

ABSTRACT

Master's Thesis

A Theoretical Study on the relationship between the expected and perspected service quality due to the patients perspectives in health services

Neziha Banu KARAOSMANOĞLUFİLİZ

Dokuz Eylül University Graduate School of Social Sciences Department of Business Administration Management and Organization Program

The share of service industry in economies is getting more portion than the share of physical good. It is observed in most of the developed countries that service industry creates more than 70% of whole employment opportunities. Together with the globalized economy the competition has been increasing among the institutions in health industry that provides services for protection from diseases and care of illnesses to the people. Quality concept is an important issue also for the health services which is an instrument to achieve customer satisfaction like all other service industries. And it is observed that health institutions are certifying their service quality in various ways and especially through Total Quality Management applications. Hence, the health institutions would gain sustainable competitive advantage with their higher service quality. In order to gain sustainable competitive advantage it is very important for Health Institutions to assess, measure and improve the quality of their services. With this regard, the aim of this study is to examine the expected and perceived service quality by using servqual scale which is based on perception of patients in health services. Within this scope, data of this study is generated through the Parasuraman et.al. (1985:44) service quality scale method by using the responses from the 250 people who received health service from an health institution in Izmir province. The results of the non-parametric tests which are applied to data; prove that there is a significant difference between dimension of

service quality that patients perceived and the service quality that patients expect.

Keywords: Health Institutions, Service quality, Servqual Scale

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA ALGILAMALARINA BAĞIMLI BEKLENEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK BİR İNCELEME

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI iii
YEMİN METNİ iii
ÖZET iv
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER viii
KISALTMALAR xi
TABLOLAR LİSTESİ xii
ŞEKİLLER LİSTESİ xiii
EKLER LİSTESİ xiv

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMININ TANIMI, ANLAMI, ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

1.1. GİRİŞ 2
1.1.1. Hizmet Kavramı 2
1.1.2. Hizmetlerin Özellikleri 3
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMININ TANIMI VE ANLAMI 4
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ 6
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI 8
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 8
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 10
1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri 11
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ 12

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ KAVRAMI, BOYUTLARI VE HİZMET KALİTESİNİ ÖLÇME TEKNİKLERİ

2.1. KALİTE KAVRAMI 16
2.1.1. Kalitenin Boyutları 18
2.1.2. Kalitenin Tarihçesi 19
2.2. HİZMET KALİTESİ KAVRAMI 20
2.2.1. Hizmet Kalitesinin Özellikleri 23
2.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları 24
2.2.2.1. Teknik ve İşlevsel Kalite Ayrımı 25
2.2.2.2. Kalitenin Beş Boyutu 27
2.2.3. Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi 28
2.2.3.1. Beklenen Kalite 28
2.2.3.2. Algılanan Kalite 29
2.2.4. Hizmet Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri 30
2.3. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ 32
2.3.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Tanımı ve Anlamı 32
2.3.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Boyutları 37
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN ÖNEMİ VE TARİHÇESİ 39
2.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ÖLÇÜMÜ 40
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Değerlendirilmesi 40
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Değerlendirmeleri 42

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BEKLENEN SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE ALGILANAN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK İZMİR İLİ'NDE BİR UYGULAMA

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI 44

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 44

3.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ 44

3.4.ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE SINIRLILIKLARI 46

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ/ ARAŞTIRMA SORULARI 46

3.6. VERİLERİN ANALİZİ 47

3.7. BULGULAR 48

3.7.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 48

3.7.2. Beklenen Hizmet ve Algılanan Hizmet Kalitesine Ait Bulgular 51

3.7.2.1. Sorular İtibarıyla Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Farkları 51

3.7.2.2. Boyutlar İtibariyle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Farkları 53

3.7.3. Demografik Özelliklerin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine göre Değişimi 56

3.7. 3.1.Algılanan ve Beklenen Hizmetin Cinsiyete Göre Değişimi 57

3.7.3.2. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Medeni Duruma Göre Değişimi 58

3.7.3.3. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Eğitim Durumuna Göre Değişimi 59

3.7.3.4. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Gelir Düzeyine Göre Değişimi 60

3.7.3.5. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Yaşa Göre Değişimi 63

3.7.3.6. Sosyal Güvencenin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi 64

SONUÇ 66

KAYNAKÇA 70

EKLER

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	The Amerikan Collage of Surgeons
AHA	American Hospital Association- Amerikan Hastaneler Birliği
AMA	American Medical Association-Amerikan Tıp Birliği
JCAH	Joint Commission on Accredition of Hospitals
JCAHO	Joint Commission on Acreditation of Healthcare Organizations
M.Ö.	Milattan Önce
M.S.	Milattan Sonra
NHS	National Health System (Ulusal Sağlık Sistemi)
S.	Sayfa
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Fiziksel Mallarla Hizmetler Arasındaki Farklar s. 4
Tablo 2. Araştırma Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi s. 46
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri s. 49
Tablo 4. Sorular İtibarıyla Beklenen Hizmet İle Algılanan Hizmet Ortalamaları s. 52
Tablo 5. Algılanan Ve Beklenen Hizmet Alt Boyutlarının Normal Dağılıma Uygunluğunun (Kolmogrov Smirnov Testi) s. 53
Tablo 6. Boyutlar İtibariyle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi s. 54
Tablo 7. Mann Whitney U Testi Sonuçları s. 57
Tablo 8. Mann Whitney U Testi Sonuçları s. 58
Tablo 9. Eğitim Durumu İle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi İlişkisi s. 60
Tablo 10. Gelir Seviyesi ile Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi İlişkisi s. 61
Tablo 11. Gelir Düzeyinin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Değişimi s. 62
Tablo 12. Yaşın Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi s. 63
Tablo 13. Sosyal Güvencenin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi s. 64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Boşluk Modeli s. 23
Şekil 2. Hizmet Kalitesi Modeli s. 26
Şekil 3. Grönross'un Hizmet Kalitesi Modeli s. 26
Şekil 4. Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Farkının Grafik Gösterimi s. 56
Şekil 5. Cinsiyet İle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin İlişkisi s. 58

EKLER LİSTESİ

Ek 1: Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği ek s.1

GİRİŞ

Son yıllarda giderek küreselleşen dünyada insanları hastalıklardan korumak ve hastalıkları tedavi etme görevini üstlenmiş olan hastaneler açısından sağlık alanında giderek artan özel girişimler sonucunda yoğun bir rekabet ortamı doğmuştur. Türkiye'de son 10 yıl içerisinde özellikle büyük şehirlerde özel hastane işletmeciliği girişimlerinin artmasıyla birlikte artan rekabet ortamı hastane hizmetleri ve hizmet ekibinden beklentiler ile gereksinimlerinde önceliklerin belirlenmesi ve hastaların hizmet sunumuna ilişkin görüş ve geri bildirimleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin tesisi ve iyileştirilmesi için son derece önem taşımaktadır. Aynı zamanda hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların etkin kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır.

Hasta tatmininin kaliteli hizmet üretimi ve sunumu ile gerçekleştiği göz önüne alınırsa sağlık hizmetleri alanında artan rekabet ortamı doğrudan doğruya daha fazla hasta tatmininin sağlanması yönünde olacaktır. Aynı zamanda kaliteli sağlık hizmeti üretebilen hastane öncü olabilme özelliklerinden birine sahip olacaktır. Bununla birlikte, sadece hastalıkların özelliklerine değil, aynı zamanda hasta istek ve ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmeti üretebilen hastane hasta tatminini sağlayarak öncülüğü elde edebilecektir. Dolayısıyla, müşteri yönlü olma özelliği gösterebilen hastane, kaliteli sağlık hizmeti üretimi ile hasta tatmini sağlayarak bir sonraki ihtiyaçta tercih edilen hastane konumunda olup, üstünlüğü elde edebilecektir.

Bu çalışmanın birinci bölümünde; Hizmet, Sağlık Hizmetleri ve Hastane kavramları açıklanmıştır. İkinci bölümde; sağlık hizmetlerinde kalite olgusu, hizmet kalitesi kavramı, özellikleri, boyutları, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi, kalitenin ölçüm yöntemleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin önemi, tarihçesi ve değerlendirilmesi konuları üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde ise İzmir ilinde bulunan özel bir sağlık kuruluşunun polikliniklerinde ayaktan tedavi gören hastaların algılamalarına bağlı olarak, hastanenin hizmet kalitesi ölçülmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMININ TANIMI, ANLAMI, ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

1.1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMININ TANIMI

Günümüzde hizmet kavramı ve hizmetler sektörü, ekonomi içinde fiziksel mal ve ürün üretiminden daha büyük bir etkinliğe sahiptir. Bir çok gelişmiş ülkede hizmet sektörlerinin ülkedeki bütün istihdamın % 70'ten fazlasını yarattığı görülmektedir (Aydın, 2005: 1102). Türkiye'de bile istihdamın % 50'den fazlasının hizmet sektörleri tarafından yaratıldığı görülmektedir. Dolayısıyla Sanayi Devrimi'yle birlikte hızla sanayileşen dünya ekonomisinin günümüzde hizmet esaslı bir yapıya ulaştığını söylemek mümkündür. Özellikle 1970'lerden itibaren başta gelişmiş ülkeler olmak üzere bir çok ülkede hizmet sektörlerinin hızlı bir büyüme göstererek ekonominin yarıdan fazlasını oluşturduğu görülmektedir (Midilli, 2011:5).

1.1.1. Hizmet Kavramı ve Genel Bilgiler

Günümüzde sadece hizmet üreten işletmelerle fiziksel ürün üreten işletmelerin bir çok faaliyetinin benzerlik göstermesi ve neredeyse bütün işletmelerin faaliyetleri içerisinde hizmet kavramına özgü olguların yer alması hizmet kavramının tanımlanmasını zorlaştırmaktadır. Ancak hizmet kavramını ele alan çalışmalarda hizmetlerin literatürdeki araştırmaların hizmeti tanımlama, hizmetlerin özelliklerini ve boyutlarını açıklamaya yönelik yaptıkları değerlendirmelere bakıldığı zaman hizmetlerin soyut nitelikli ve tüketicisine yarar sağlayan bir değer olduğunu göstermektedir.

Yazarlar hizmet kavramını farklı şekillerde tanımlamaktadırlar. Amerikan Pazarlama Birliği isimli organizasyon hizmeti, satışa sunulan ve bir malın satışıyla birlikte sağlanan eylem, yarar ve doygunluklar olarak tanımlamaktadır. Bir başka yazarın ise hizmeti müşterilere doğrudan faydalar sağlayan ve fiziksel nitelikli olmayan ürünler olarak tanımladığı görülmektedir. Literatürdeki tanımlardan bazıları aşağıdaki şekildedir; (Songur, 2009: 4-5).

- ✓ Grönroos'a göre hizmet, her zaman olmasa bile normal olarak az yada çok dokunulmaz bir yapısı olan, hizmeti sunanın kaynakları ve çalışanları ile müşteri arasındaki etkileşim sırasında ortaya çıkan ve müşterinin problemlerine çözümler üreten süreçlerin tamamıdır (Songur, 2009: 4-5),
- ✓ P. Kotler'e göre hizmet, bir tarafın diğerine sunduğu ve fiziksel olarak bir varlığı olmayan, tüketene fiziksel bir mülkiyet kazandırmayan fayda ve faaliyet bütünüdür (Songur, 2009: 4-5).

1.1.2. Hizmetlerin Özellikleri

Günümüzde mal ve hizmetlerin birçoğunun iç içe geçmiş olması hizmetlerin tanımlanmasını zorlaştıran faktörlerden biri olarak ortaya çıkmaktadır. (Palmer, 2000, 576). Hizmetlerin kendine özgü özelliklerinin olması ve üretim faaliyetinden farklı işlevlerinin olması hizmetlerin ayrımlanmasında ve tanımlanmasında bazı kriterlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Hizmetleri diğer üretim faaliyetlerinden ayırmaya yarayan kriterler Murdick vd. (1990, 27-28)'ye göre; hizmetlerin soyut olması ve satın alanlar için fayda sağlaması, üretim sürecine müşterilerin de katılması, değişken, standart olmayan fayda sağlamaları, üretici ile müşteri arasında yoğun bir iletişim kurması, depolanmayıp üretildikleri anda tüketilir olmaları, fiyatlama opsiyonlarının daha detaylı olması, hizmet kalitesinin ölçümünün sübjektif yapılması, hizmetler için kitle üretimi yapılamaması, üretimin ve tüketimin aynı anda gerçekleşmesi ve hizmetlerin patent vasıtasıyla korunamaz olması şeklinde sayılabilir.

Tablo 1. Fiziksel Mallarla Hizmetler Arasındaki Farklar

Fiziksel Mallar	Hizmetler
- Somuttur, dokunulabilir.	- Soyuttur, dokunulamaz.
- Hedef standardizasyondur, hep aynı biçimde üretmektir. Türdeşlik esastır.	- Hedef eşitsizliktir, benzersizliktir; türdeşlik yoktur.
- Üretim ve dağıtım, tüketimden ayrıdır.	- Üretim ve tüketim aynı andadır.
- Bir "şey"dir.	- Bir faaliyet ya da süreçtir.
- Temel değer üretim sırasında fabrikada yaratılır.	- Temel değer alıcı ile satıcı etkileşimi sırasında ortaya çıkar.
- Müşteri genellikle üretim sürecine katılmaz.	- Tüketici, üretime katılır.
- Stoklanabilir.	- Stoklanamaz.
- Sahiplik el değiştirebilir.	- Sahiplik el değiştiremez.

Kaynak: Grönroos, 2000: 47'den aktaran Songur, 2009: 10.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMININ TANIMI VE ANLAMI

Sağlık, insan yaşamının en önemli ve korunmayı en çok hak eden değerlerinden birisidir. Çünkü sağlığın kaybını telafi etmek kolay değildir ve çoğu zaman bu mümkün olmamaktadır. Herkes için öne mli olan sağlık kavramını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), "yalnızca hastalığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlamaktadır (Akdur, 1999: 5). İnsan yaşamının bedensel ve ruhsal boyutunun yanında sosyal boyutuna da atıf yapan bu tanıma göre sağlık, bir birey olarak insanların her yönden iyi olma hali anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmeti, insan sağlığının iyi olma halinin sürdürülebilmesi için gerekli olan hizmetlerin tamamından oluşmaktadır. Sağlığın korunması, bozulan sağlığın eski durumuna kavuşturulması, bireylerin iyileştirilmesi için gerekli olan tedavi ve uygulamaların tamamı sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri, sadece hastalanma durumunda verilen hizmetlerden oluşmayıp, bireylerin hastalanmaması ve mevcut sağlık statüsünün korunarak devam ettirilmesi için gerekli olan hizmetleri de içermektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri hem iyilik halinin korunması hem de iyilik halinin bir bozulmaya uğraması durumunda bu bozulmanın tedavi edilerek iyileştirilmesi için gerekli olan hizmetlerin tamamını ifade eder (Karahan, 2000: 11; Aslantekin vd., 2007: 57).

Sağlık kavramının tanımı genellikle hasta olmama anlamına gelecek şekilde ve negatif mesajlarla yapılsa da son yıllarda yaşanan değişimler, sağlık kavramının geniş anlamlı olarak ele alınmasına ve yeniden gözden geçirilmesine yol açmaktadır. Özellikle tıbbi imkanların gelişmesi ile birlikte pozitif nitelikli tanımlar öne çıkmaya başlamıştır (Yerebakan, 2000: 14). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2005'te yayınladığı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi'nde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarını aşağıdaki şekilde açıklamaktadır (www.ttb.org.tr);

- ✓ **Sağlık**: Kişinin yalnızca hasta ya da sakat olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olmasıdır.
- ✓ **Sağlık hizmetleri**: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.

İnsanlar bazı temel içgüdülerle dünyaya gelirler. Temel nitelikli bu iç güdülerin hepsinin odak noktasını insanın sağlığını koruması ve neslini sürdürme iç güdüsü oluşturmaktadır. Yeme, içme, çiftleşme, tehlikeden kaçınma, acıdan korunma gibi temel nitelikli iç güdülerin hepsinin asıl kaynağı sağlığını koruma ve neslini sürdürme iç güdüsüdür. Hatta bu tür içgüdülerin insanların yanında hayvanlarda da olduğu da görülmektedir. hem hayvanlarda hem insanlarda çeşitli şekillerde en ilkel yaşam biçimlerinde bile görülen bu iç güdünün varlığı, sağlığı korumak ve soyunun devam ettirmenin insanlığın doğuşundan bu yana var olan bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bunu sağlamaya yönelik yöntem ve tekniklerin zaman içerisinde değiştiği ve dönemin teknolojik imkanları doğrultusunda şekil aldığı görülmektedir. günümüzde uygulanan bir çok tıbbi tedavi tekniğinin teknolojinin söz konusu etkisiyle geliştirildiği görülmektedir (Akdur, 1999: 2-3). Sonuç olarak toplumsal yapı değişip geliştikçe, teknik imkanlar arttıkça insan sağlığını korumayla ilgili imkan ve teknikler de çeşitlenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin temelini hasta ve hasta bakımı kavramları oluşturmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda yapmış olduğu çalışmalarda hasta bakımını "hastaların sağlık kuruluşuna tedavi amaçlı

olarak kabulünden hastanın taburcu edilmesine kadar geçen sürede gerçekleşen süreçlerin bütünü" olarak tanımladığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015: 6).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Bireylerin ve toplumların sağlıklı bir şekilde varlıklarını sürdürebilmesi, o toplum yapısı içerisinde yeterli düzeyde sağlık hizmeti sunulmasına bağlıdır. Günümüzde gelişmiş ülkelere bakıldığı zaman bu ülkelerin gelişmişliği ile bu ülkelerde sunulan hizmetler arasında bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Özellikle gelişmiş batı ülkeleri, yüksek standartlarda kaliteli sağlık hizmetlerinin verildiği ülkeler olarak diğer ülkelerden ayrılmaktadır. Öte yandan bilgi ve teknolojinin toplumsal yaşamdaki yerinin artmasıyla birlikte sağlık hizmetleri de gelişmekte ve sağlık hizmetlerinde sunulan tanı ve tedavi hizmetleri yeni tekniklerle çeşitlenmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin teknolojideki gelişmelere paralel olarak gelişen bir hizmet alanı olduğunu ifade etmek mümkündür (Altay, 2007: 34).

Bilimdeki gelişmelerin insan sağlığının korunması üzerindeki etkisini Akdur (1999: 3-4)'un 4 temel dönem içerisinde ele aldığı görülmektedir. Bu dönemleri özelliklerine göre aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

- ✓ **Mistik Dönem**: Günümüzdeki anlamda pozitif bilimlerin henüz doğmadığı ve hastalıkların yerleşik bazı inançlar ile iyileştirilmeye çalışıldığı dönemdir. Loğusa kadınlara kırmızı elbise giydirmek, medyum ve büyücülere baş vurmak, muska yazmak bu döneme özgü tedaviler olarak dikkat çekmektedir.
- ✓ **Polifarmasi Dönemi**: Mistik uygulamaların yanında tabiattaki bitki ve benzeri çeşitli şeylerin tesadüfen fark edilen iyileştirici etkisinin de tedavilerde kullanıldığı dönemlerdir. Bu rastlantılara bağlı olarak gözlem ve deneyler çoğalmış ve tıbbi özellikleri olan çeşitli ilaçların yapımına geçilmiştir. Fakat bu dönemin tedavilerdin söz konusu ilaçların hastalık ayrımı yapmaksızın her türlü hastalığın tedavisinde kullanıldığı görülmektedir.
- ✓ **Etiyolojik Tedavi Dönemi**: Hastalıkların etken faktörlerinin tespit edilmeye ve buna göre tedavilerin uygulanmaya başlandığı dönemdir. Bu

dönemde önceki dönemlerden farklı olarak hastalıkların birbirinden ayrı nedenlerden kaynaklandığı tespit edilmiş etken faktöre göre tedaviler verilmeye başlanmıştır. Antibiyotiklerin keşfedilmesi, hormonal ve dejeneratif hastalıkların mekanizmalarının anlaşılması gibi tıbbi nitelikli olaylar bu dönemde gerçekleşmiştir. Bu dönem, bilimin tıpta güçlü bir şekilde kullanılmaya başlandığı dönem olarak önceki dönemlerden ayrılmaktadır.

- ✓ **Çağdaş Dönem**: Hastalıkların etken faktörlerinin yanında hastalıkların çevresel faktörlerle de ilişkisinin tespit edildiği ve alınacak önlemlerle bireysel tedavilerin yanında hastalıkların tamamen ortadan kaldırılabileceğinin anlaşıldığı dönemdir. Bireylerin tek tek tedavisinin yerine toplumsal sağlık kapsamında bütün bir toplumun tedavi edildiği ve hastalıkların kökten ortadan kaldırıldığı bir dönem olarak dikkat çekmektedir. Birey sağlığı ile toplum sağlığı aynı önemde ele alınmış ve devletler, toplumsal sağlığın korunması için politikalar geliştirmişlerdir. Bu dönemin ayırt edici bir diğer özelliği ise bireyi hastalanınca iyileştirme anlayışının bir kenara bırakılarak bireylerin hastalanmasını önleyerek sağlığının önceden koruma altına alınması düşüncesinin benimsenmiş olmasıdır.

Sağlık hizmetleri, başlangıçta bireylere sunulan ve bireyin yaşadığı sağlık problemine özgü olarak tasarlanmış hizmetlerden oluşmaktadır. Ancak 2. Dünya Savaşı'nın dünya genelinde yarattığı sosyal, ekonomik ve psikolojik yıkım tek tek bireylerde değil toplumların genelinde travmatik yaralar açmıştır. Bu dönemde DSÖ, sağlık kavramının tanımını yaparken sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil bedensel ve ruhsal yönden tam iyilik halini de göz önüne almıştır. Dolayısıyla DSÖ'nün yapmış olduğu bu tanımlama ile birlikte sağlık kavramı, sosyal iyilik halini de içine alan bir kavram haline gelmiştir (Başar ve Yorulmaz, 1995: 311).

Sağlık hizmetlerinin gelişimi ile ilgili tarihsel sürece bakıldığında zaman içerisinde sağlık hizmetlerinin toplumsal yapıdaki kültürel değişim ve bilimsel ilerlemelerle çeşitlenerek geliştiği görülmektedir. ilk başlarda bütün hastalıklara aynı tedaviler uygulanırken zaman içerisinde hastalıkların etken faktörleri anlaşılmış, bunlara göre tedaviler farklılaşmış ve bilimsel bilginin ışığında verilen sağlık

hizmetleri ortaya çıkmıştır. 20. Yüzyıl insanoğlu için bilimsel buluşların en yoğun olduğu dönemlerden birisidir ve bu buluşların sağlık hizmetlerinde yarattığı gelişme sayesinde Ortaçağ'da büyük nüfus kırımlarına yol açan bir çok hastalık ortadan kaldırılmıştır. Bu da sağlık hizmetlerinde hastalanınca tedavi anlayışının gelişerek hastalanma faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik bir anlayış değişiminin olduğuna işaret etmektedir.

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Her ne kadar bilimsel ilerlemeler sağlık hizmetlerinin yapısını şekillendiren ana faktör olsa da günümüzde de şifacılık, alternatif tıp gibi isimlerle geleneksel sağlık uygulamalarının da devam ettiğini görmek mümkündür. Hangi şekilde olursa olsun sağlık hizmetlerinin amacı insan yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve bir hastalık ortaya çıkınca uygun tedavi ile hastanın iyileştirilmesidir (Altay, 2007: 34). Tek tek bireylerin sağlıklı olması ve kaliteli bir yaşam sürmesinin yanında toplumun tamamının sağlıklı olma hali bakımından nitelikli bir yaşam sürmesini de kapsayan sağlık hizmetleri kendi içerisinde üç ana grupta ele alınmaktadır. Bunlar sırasıyla koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir (Akdur, 1999: 5; Altay, 2007: 34).

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Diğer sağlık hizmetlerine göre daha öncelikli bir konumda olan sağlık hizmetleri, korumanın tedavi etmekten daha az maliyetli olması nedeniyle bütün ülkelerin önem verdiği bir sağlık hizmeti türüdür. Koruyucu hekimlik sistemine dayanan koruyucu sağlık hizmetlerinin ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak farklı düzeylerde sunulduğu görülmektedir. ila, eczacılık ve laboratuar hizmetlerini de kapsayan koruyucu sağlık hizmetleri, günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün en fazla önem verdiği konuların başında gelmektedir. DSÖ, koruyucu sağlık hizmetlerini bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu organize bir şekilde önlemenin yanında bireylerin ve toplumun hastalıklara karşı bağışıklanması, bireylerin ve toplumun hastalıklara karşı eğitilmesi, birey ve toplum sağlığının

korunarak geliştirilmesi için bütün imkanların topyekün seferber edilmesi yoluyla yapılan hekimlik olarak tanımlamaktadır (Altay, 2007: 34).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak yapmış olduğu hukuki düzenlemelerde koruyucu sağlık hizmetlerini aşağıdaki şekilde tanımlamaktadır (www.ttb.org.tr);

> "**Koruyucu Sağlık Hizmetleri**: Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir.".

Amacı toplum ve birey sağlığını korumak olan koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin hastalığa yakalanmasını ve hastalıkların yayılmasını sağlık hizmetleri olarak hastalık ortaya çıkmadan alınan önlemlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki ana başlık içerisinde incelenen bir çok hizmetten oluşmaktadır. Bu koruyucu sağlık hizmetlerinden bazıları; bağışıklama, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, kişisel bakım ve kişisel temizlik gibi hizmetler olarak sayılabilirken, bazıları ise besinlerin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz suya ulaşılabilirlik, atıkların kontrolü gibi çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak gruplandırılabilir. (Hayran, 1994: 2; Başar ve Yorulmaz, 1995: 312);

Koruyucu sağlık hizmetleri, hedeflediği korumanın yanında sağlığın korunmasındaki öncelik sırasına göre de kendi içinde kategorize edilmektedir. Bu ayrımda koruyucu sağlık hizmetleri primer koruma, sekonder koruma ve tersiyer koruma olmak üzere üç farklı koruma tipine göre sınıflanmaktadır. Primer koruma, kişi ya da toplum sağlığının daha iyi bir hale getirilmesi için gerçekleştirilen dengeli beslenme, aşılanma gibi sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Sekonder koruma, sağlığın bozulma ihtimali karşısında erken tanı ve teşhise yarayan sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Tersiyer koruma ise rehabilite edici hizmetlerle hastalıkların yaratacağı zarar ve hasarı en aza indirmeye yönelik koruma hizmetleridir (Hayran, 1994: 1).

Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri bir yandan tek tek bireylerin sağlığını önceden korumayı amaçlayan hizmetlerin yanında genel olarak toplumun ve çevrenin korunmasına yönelik bir çok hizmeti de içine almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, adından da anlaşılacağı gibi hastalıklardan korumaya yönelik ve önleyici bir sağlık hizmetidir. Ancak hastalıkların gerçekleşmesinden sonraki aşamada hastalığın olası zararlarını en aza indirmeyi amaçlayan rehabilitasyon hizmetlerinin de koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alındığı görülmektedir.

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha maliyetli ve daha kapsamlı bir organizasyon gerektiren tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisine yönelik olarak verilen hizmetlerden oluşmaktadır. Ancak tedavi edici sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetlerine göre daha çok sayıda teknik eleman ve uzman gerektirmekte, uzmanlık bilgisine olan ihtiyaç daha fazladır. Bu nedenle bütün dünyada daha kolay sunulabilmesi ve daha az maliyetli olması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli bir sağlık hizmeti olarak öne çıkmaktadır (Altay, 2007: 35).

Tedavi edici sağlık hizmetleri basamaklar şeklinde ele alınmakta ve üç basamaktan oluşmaktadır. (Başar ve Yorulmaz, 1995: 312). Türkiye'de devletin yapmış olduğu sağlık hizmetleri planlamasına göre tedavi edici sağlık hizmetleri aynı şekilde üç basamak halinde düzenlenmiştir. Bunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (www.ttb.org.tr; Başar ve Yorulmaz, 1995: 312);

- ✓ **Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri**: Koruyucu hizmetlerle birlikte evde ve yataksız sağlık kuruluşlarında verilen ayakta bakım hizmetlerinden oluşmaktadır.
- ✓ **İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri**: Bir hastanın yataklı bir sağlık kuruluşunda yatırılarak tedavi edilmesi çerçevesinde verilen sağlık hizmetleridir.
- ✓ **Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri**: Sağlık hizmetinin özel bir duruma özgü bir şekilde verildiği sağlık hizmetleridir. Yaşa, cinsiyete, hastalığın türüne ya da özel nitelikleri olan bir sağlık kuruluşunda verilen sağlık

hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu tür sağlık hizmetleri genellikle ihtisaslaşmış sağlık kuruluşlarında verilir.

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlığı çeşitli şekillerde bozulan bireylerin tedavi sonrasında topluma yeniden kazandırılmasına yönelik olarak verilen sağlık hizmetleridir. Özellikle psikolojik boyutu ile dikkat çekene rehabilitasyon hizmetlerinde bireylerin normal yaşamlarına dönmesini engelleyen faktörlerin en aza indirilerek bireylere yeniden bir motivasyon kazandırmak temel amaçtır (Altay, 2007: 35). Rehabilitasyon hizmetleri ile bireylerde hastalık ve kazalar yoluyla ortaya çıkan kalıcı bozukluk ve sakatlıkların günlük yaşama yansımasının önüne geçilmeye çalışılır. Bunun yanında kişilerin yaşadıkları sorun sonrasında başkalarına bağımlı yaşamasının da önüne geçilmeye çalışılır (Yerebakan, 2000: 21).

Geleneksel sağlık hizmeti, hastalığın tedavisine yönelik sağlık hizmetlerini içerirken son yıllarda önemi artan rehabilitasyon hizmetleri hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerini geliştirmeye yönelik faaliyetleri içermektedir. Rehabilitasyon hizmetleri kapsamında uygulanan sağlık hizmetlerinden bazılarını fizyoterapi, kas eğitimi, beslenme eğitimi, psikoterapi, gevşeme, genel sağlığı koruma ve geliştirme, öz bakım eğitimi, ilaç kullanım eğitimi, ev-iş-cinsellik eğitimi, konuşma eğitimi gibi hizmetleri saymak mümkündür (Akdemir ve Akkuş, 2006: 86).

Rehabilitasyon hizmetleri kendi içerisinde sosyal rehabilitasyon hizmetleri ve tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Başar ve Yorulmaz, 1995: 312). Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri hastalık ya da kaza sonrası oluşan fiziksel bozuklukların günlük yaşamdaki etkisini azaltmaya yönelik olarak verilen hizmetlerden oluşur. Sosyal rehabilitasyon ise bireylerin sosyal, psikolojik ve moral açıdan hayata yeniden uyum sağlamaları için verilen hizmetlerdir (Yerebakan, 2000: 21).

Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri kendi içinde birkaç sınıfa ayrılmakta ve bu sınıflamaya göre sağlık hizmet organizasyonları oluşturulmaktadır. Ancak bu sınıflamadan bağımsız olarak üzerinde durulan bir kavram daha vardır. O da temel sağlık hizmetleri kavramıdır. Temel sağlık hizmetlerini her insana mutlaka verilmesi

gereken sağlık hizmetleri olarak tanımlamak mümkündür. Temel sağlık hizmetleri aşağıdaki 8 sağlık hizmetinden oluşmaktadır (Başar ve Yorulmaz, 1995: 312);

- ✓ Uygun bir beslenme,
- ✓ İnsan ihtiyaçlarına yeter miktarda su ve sağlıklı çevre,
- ✓ Aile planlamasını da içine alacak şekilde ana ve çocuk sağlığı,
- ✓ Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazandırma hizmetleri,
- ✓ Yerel endemik hastalıklarla sık görülen hastalıkların önlenmesi ve tedavisi,
- ✓ İlk yardım,
- ✓ Sağlık eğitimi,
- ✓ Temel ilaçların alımı.

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri, insan yaşamının devamlılığı için kritik öneme sahip hizmetlerden oluştuğu için ekonomik yaşamda sunulan diğer hizmetlerden önemli ölçüde ayrılmaktadır. Sağlık sektöründe sunulan hizmetlerde hizmet sunucu işletmeler için her ne kadar ekonomik kazanç elde etmek temel amaçlardan birisi olsa da söz konusu olan insan yaşamıdır ve sunulan hizmetlerde kalite, insan ilişkileri, uzmanlık gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır (Karahan, 2000: 12).

Sağlık hizmetleri, çok yönlü bir hizmet olup insan niteliklerinin geliştirilmesine yöneliktir. Bu yönüyle diğer hizmetlerden ayrılmaktadır (Altay, 2007: 35). Sağlık hizmetlerinin özelliklerine ilişkin olarak dikkat çekici bir diğer husus ise sağlık hizmetlerinin tarihsel olarak bilimsel gelişmelerin seyriyle paralel bir gelişim süreci göstermesidir. Bilim ve teknoloji geliştikçe sağlık hizmetleri de gelişmiş ve son birkaç yüzyılın buluşları sayesinde hastalıkların tedavisi imkansız olmaktan çıkmıştır. ABD'de yapılan araştırmalar, uzay teknolojisinden sonra en yoğun teknolojinin kullanıldığı alanın sağlık sektörü olduğunu ortaya koymaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinin temelinde bilim ve teknolojinin ayırt edici bir unsur olarak yer aldığını göstermektedir (Yerebakan, 2000: 9).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri konusuna değinen araştırmaların bu konuda çeşitli hususlara vurgu yaptığı görülmektedir. Bu alanda görüş belirten akademisyen

ve uzmanların değerlendirmelerinden bazılarını aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür (Aktan ve Işık, www.canaktan.org);

- ✓ Sağlık hizmetleri, bireysel olduğu kadar toplumsal bir niteliğe de sahiptir ve toplumun tamamına yöneliktir.
- ✓ Sağlık malı olarak ifade edilen ve sağlıklı olmaya yardımcı olan araç gereçleri diğer ekonomik mal ve hizmetlerle aynı kategoride ele alıp kıyaslamak doğru değildir.
- ✓ Sağlık mallarında olduğu gibi sağlık hizmetinin kendisi için de diğer hizmet alanları ile doğrudan kıyaslanması doğru değildir. Çünkü insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi yönünde verilen hizmetlerin faydası ile diğer hizmet sektörlerinin yarattığı fayda aynı kategoride ele alınabilecek türden değildir.
- ✓ Bir ekonomide mal ve hizmetin tüketimi başta bütçe imkanları olmak üzere çeşitli koşulların elvermesi durumunda yapılan planlarla ortaya çıkarken sağlık hizmetlerine olan gereksinim tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. İnsanlar, normal yaşamında neleri alıp neleri almayacaklarını planlayabilmekte buna yönelik bütçeler oluşturabilmektedir. Buna karşın sağlık hizmetine olan gereksinim aniden ve hesaplanamayan bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri bütün hizmetlerden farklı bir hizmet türü olarak öne çıkmaktadır.
- ✓ Sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetler gibi ikame edilebilen hizmetler değildir. Bir insan acıkması halinde birbirinden farklı yemekler arasında seçim yapabilir ya da evine almak istediği ev eşyasının çeşitli modelleri arasında ikame edici şekilde farklı tercihlerde bulunabilir. İktisat biliminde bir malın yerine başka bir malın konması, ikame etmek olarak tanımlanmaktadır. Normal mallar için bu imkan söz konusu iken sağlık hizmetinde bu mümkün değildir. Göz ameliyatına ihtiyaç olunan bir durumda al ya da ayağa uygulanacak bir tedavi veya hastaya sunulacak herhangi bir hizmet ihtiyacı hiçbir şekilde gidermeyecektir. Bu bakımdan sağlık hizmetleri benzersizdir.
- ✓ Sağlık hizmetinin doğrudan insan yaşam kalitesi ve yaşamın sürekliliği ile ilgili olması onu ertelenemez bir hizmet haline getirmektedir. İnsanlar

herhangi bir arabayı alma isteğini duruma göre yıllarca erteleyebilirler ancak bir trafik kazasında ölümcül bir şekilde yaralanan birinin gecikme olmaksızın lazım olan tedaviyi alması gerekmektedir. Bu açıdan sağlık hizmeti ertelenebilirlik özelliğine sahip değildir ve bütçe imkanlarından bağımsızdır.

- ✓ Alınan sağlık hizmetinin niteliği ve boyutu bireysel talebe göre şekillenmez. Bir hastaya sunulacak hizmetin içeriğinde neler olacağına hastanın kendisi değil bu konuda uzman olan hekimler belirler. Bu noktada sağlık hizmeti, hizmet alanın inisiyatifini ortadan kaldıran bir özelliğe sahiptir. Günlük yaşamda herhangi bir mal veya hizmeti alırken alınacak mal ve hizmetin bütün özellikleri tüketici tarafından belirlenebilirken sağlık hizmetinde hangi hizmetin alınacağı hastanın değil uzmanın bileceği bir konudur.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin çıktısı bireysel olduğu kadar toplumsaldır. Sunulan sağlık hizmetleri bireysel yaşam kalitesinin yanında toplumsal yaşam kalitesini de yükseltmektedir.

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerinin bireyler ve toplumlar için diğer hizmetlerin bir çoğundan daha önemli bir hizmet olduğu görülmektedir. İnsanın iyi olma halini koruması ve sürdürmesi yönünde gerçekleştirilen hizmetlerin bütününü ifade eden sağlık hizmetleri, günümüzde toplumsal gelişmişliğin ve refahın da önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri kendi içerisinde sağlığın hastalıklarla yüzyüze gelmeden korunmasına yönelik olarak verilen koruyucu sağlık hizmetleri, hastalanma durumunda hastalığın tedavisini gerçekleştirmeye yönelik olarak verilen tedavi edici sağlık hizmetleri ve tedaviden sonra bireylerin eski yaşamına dönmesine destek olmaya yönelik olarak verilen rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç kategoride ele alınmaktadır.

Sağlık hizmetleri niteliği ve insan yaşamındaki rolü nedeniyle diğer bütün hizmetlerden önemli farklılıklara sahiptir ve bir çok bakımdan benzersizdir. Her şeyden önce sağlık hizmetinin çıktısı insan yaşamının devamı ve yaşam kalitesinin korunmasıdır. Dolayısı ile sağlık hizmeti diğer hizmetler gibi başka hizmet ya da mallarla ikame edilebilir bir hizmet türü değildir. Bunun yanında sağlık hizmetleri

dışsal faydası yoğun bir hizmet türüdür. Çünkü sağlık hizmetlerinin çıktıları sadece bireysel faydalar yaratmaz, toplumun bütününün iyilik halini devam ettirici sonuçlar da yaratır. Özellikleri itibarıyla sağlık hizmetleri birey ve toplum yaşamının en vazgeçilmez gereksinimlerinden birisidir.

İKİNCİ BÖLÜM
HİZMET KALİTESİ KAVRAMI, BOYUTLARI VE HİZMET KALİTESİNİ ÖLÇME TEKNİKLERİ

Kalite, bir şeyin niteliği ile ilgili ve onu benzerlerinden daha üstün gösteren bir özellik olarak geçmişten bu yana yapılan işlerde, bir mal veya hizmetin üretiminde önem verilen bir kavramdır. Günümüz işletmeciliğinde ayırt edici bir kavram olarak özel bir önemi olan kalite kavramının modern anlamda ortaya çıkması ve gelişmesi 20. Yüzyılda olmuştur. Başlangıçta fiziksel malların üretimi ile ilgili bir kavram olarak ele alınan kalite kavramının 20. Yüzyılın sonlarına doğru hizmet sektörlerindeki hizmet üretimi ve sunumu için de gündeme geldiği görülmektedir. Hizmet sektörlerinin bir çoğunda müşteri memnuniyetini sağlamanın en önemli araçlarından birisi olan kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde de önem verilen bir kavramdır ve özellikle Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları çerçevesinde sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet üretimlerini çeşitli şekillerde belgelendirerek hizmet sunumunu gerçekleştirdikleri görülmektedir.

Bu bölümde kalite kavramı, kavramın sanayi ve hizmet sektörlerinde ortaya çıkışı ve gelişmesi, hizmet sektörlerinde önemi artan kalitenin sağlık sektöründeki önemi, işlevi ele alınmıştır.

2.1. KALİTE KAVRAMI

Latince kökenli bir kelime olan kalite kavramı, Latincedeki öyle olmak anlamına gelen "qualis" kelime kökünden türemiş olup günümüzde batı dillerinin bir çoğunda "quality" ve benzeri şekillerde kullanılmaktadır (Uz, 1995: 45). Esasında günümüzdeki anlamıyla fiziksel mal ve ürün üretim alanlarında kavramsallaştırılmış olan kalite kavramı, bir mal ya da ürününün istenilen özelliklere uygunluğu, eksiksiz olarak üretilmesi, beklentilerine ötesinde bir üretim yapmak gibi anlamlara gelmektedir (Şimşek, 2004: 15).

Sıklıkla yanlış anlaşıldığı şekliyle kalite, pahalı ve lüks olmak değil bir mal veya hizmetin ihtiyaca uygunluğudur. Dolayısıyla kalite, fiyat ve maliyetten ziyade bir ihtiyacın giderilme düzeyi ile ilgili nitelikleri ifade eden bir kavramdır (Etöz,

2008: 19; Yatkın, 2003: 1). Aydın (2005: 1110) da benzer şekilde bir mal veya hizmetin ihtiyaca uygunluğuna atıfta bulunarak kaliteyi, bir mal veya hizmetin kişilerin ihtiyaçlarına uygunluğu şeklinde tanımlamaktadır. Bunların yanında kaliteyi maliyetlerle ilişkilendirerek maliyet düşürücü yönetsel bir strateji olarak gören tanımlar da vardır (Alnıaçık ve Özbek, 2009, 126).

İşletme biliminde önemli bir yeri olan Philip Kotler ise kaliteyi performans kalitesi ve uygunluk kalitesi olmak üzere iki boyutlu olarak ele almakta ve kaliteyi buna göre tanımlamaktadır. Performans kalitesi, bir ürünün sahip olduğu fonksiyonları yerine getirebilme seviyesidir. Uygunluk kalitesi ise ürünün hatasızlığı ile ilgili olup bu konuda ne kadar istikrarlı olduğudur (Kotler, 2000: 173).

Kalite üzerine yapılmış çalışmalarda kaliteye ilişkin bazı ilkeler kabul edilmiştir. Bu ilkeleri kalitenin içeriğine ilişkin olmazsa olmaz standartlar olarak kabul etmek mümkündür. Kalite konusunda genel kabul görmüş ilkeleri aşağıdaki şekilde listeleyebiliriz (Akgül, 1998, 2);

- ✓ Kalite her yerde var olan bir olgudur.
- ✓ Kalite üretilebilir ancak denetlenemez.
- ✓ Kalite sadece bir kişinin ya da bir birimin değil herkesin sorumluluğudur.
- ✓ Kalite sorumluluğu başkasına devredilemez.
- ✓ Kalite için bütün çalışanların çaba göstermesinin yanında takım çalışması da şarttır.
- ✓ Kalite, yeniliğe dayanan bir olgudur, yenilik olmadan kalite sürdürülemez.
- ✓ Kalite maliyet getirici bir olgu olmasına karşın çeşitli şekillerde maliyetleri düşüren bir özelliğe de sahiptir.

Tanımlar ve açıklamalardan hareketle kaliteyi her yerde ve her zaman aranan bir nitelik olarak kabul etmek mümkündür. Kalite, doğrudan üreticinin bir sorumluluğu olmasına karşın aynı zamanda yeniliğe odaklı bir ekip sorumluluğudur. Kalite, tüketiciler açısından bir mal veya hizmetin ihtiyaç görme düzeyini de ortaya koyarken işletmeler açısından maliyet odaklı bir rekabet stratejisi olarak görülebilmektedir.

2.1.1. Kalitenin Boyutları

Kalite üzerine çeşitli çalışmalar yapmış olan David A. Garvin, 1984 yılında yayınladığı çalışmada kaliteyi sekiz boyuttan oluşan bir kavram olarak ele almaktadır. Literatürde önemli bir kabul görmüş olan bu boyutları kısaca aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Sözer vd., 2002: 47-48);

- ✓ Performans: Bir ürün ya da hizmetin işlevlerini gerçekleştirme düzeyidir. Bir televizyon için ses, görüntü veya bir hizmet için servis hızı, servis için bekleme süresi performansa örnek olarak gösterilebilir.
- ✓ Özellikler: Ürün ya da hizmetin temel işlevini tamamlayan unsurlardır. Bir hava yolu uçuşunda ücretsiz olarak verilen ikramları buna örnek olarak göstermek mümkündür.
- ✓ Güvenilirlik: Bir malın bozulma zaman, bozulma süreleri gibi ölçülebilen özelliklerdir. Ürünün bu hususta tüketiciye sağladığı garantiler onun güvenilirliğini oluşturur.
- ✓ Dayanıklılık: Bir ürünün kullanım ömrüdür.
- ✓ Hizmet Görme Yeteneği: Hız, çabukluk, yeterlilik, tamir edilebilme gibi özelliklerdir.
- ✓ Estetik: Bir ürünün tüketicinin beş duyusuna hitap eden ve o üründen hoşlanılmasını sağlayan özelliklerdir. Renk, ambalaj gibi özellikler doğrudan performansı etkilemese bile tüketicinin beş duyusuna hitap eden estetik özelliklerdir.
- ✓ Algılanan Kalite: Bir ürün ile ilgili olarak tüketici için algılanan kalite önemlidir. Çünkü tüketici bütün özelliklere eksiksiz hakim olmayabilir ve algıladıkları ile yetinir.

Garvin'in kaliteye yönelik olarak oluşturmuş olduğu bu boyutlara dikkat edilirse bunların önemli ölçüde fiziksel ürünleri ifade eden özellikler olduğu görülmektedir. Bu nedenle burada bahsedilen kalite boyutlarının tamamını birebir olarak hizmet kalitesi için geçerli kabul etmek mümkün değildir. Hizmet kalitesinin boyutlarına aşağıda tekrar değinilmiştir.

2.1.2. Kalitenin Tarihçesi

Kalite, başlangıçta üretim sektörlerinde önem verilen günümüzde ise hizmet sektörlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte hizmet kalitesi adı altında hizmet üretiminde de üzerinde önemle durulan bir konudur. Sanayi üretiminde soyut hizmet üretimine doğru yaşanan değişim kalite kavramının da tarihsel gelişim sürecini etkilemiştir. Bu süreçte birçok önemli bilim adamı ve araştırmacının kalite kavramı ile ilgili çalışmalar yaptığı görülmektedir. tarihsel süreç içerisinde bakıldığı zaman kalite kavramının tanımlanması, içeriğinin belirli ilkeler çerçevesinde doldurulması ve daha bir çok konuda Juran, Deming, Crosby, Feigenbaum gibi isimlerin önemli etkilerinin olduğu görülmektedir. Juran'ın 1920'lı yıllarda başlattığı çalışmalar 20. Yüzyılın öncü çalışmaları olarak dikkat çekmektedir. Juran'ın çalışmaları sonucunda literatürde kalite planlama, kalite kontrol ve kalite geliştirmek kavramları önemli bir yere sahip olmuştur. Daha sonraki yıllarda sıfır hata yaklaşımını geliştiren Crosby, bu alandaki bir diğer önemli isimdir. Feigenbaum ise 1951'de yayınladığı eseri ise Toplam Kalite Yönetimi düşüncesinin ortaya çıkıp gelişmesinde büyük bir rol oynamıştır (Chandrupatla, 2009: 5-6).

Sıfır hata yaklaşımı konusunda Parasuman vd. (1985: 41), Crosby (1979)'ye dayanarak Japon felsefesinin "kalite sıfır hata demektir" anlayışına dayandığını belirtmektedir. Bu nedenle sıfır hata kavramının esasında Japon kültüründen gelme olduğunu söylemek de mümkündür. Kaynak (Tarihsiz, 41-42)'a göre Sıfır hata yaklaşımı ilk defa 1962 yılında ABD ordusunun bir işletmeden sıfır hatalı füzeler üretmesini talep etmesi ile uygulanmaya konmuş bir programa dayanmaktadır. Programın başarılı olması kısa sürede sıfır hata yaklaşımının yaygınlaşmasını sağlamıştır.

Kalite konusunda zikredilmesi gereken bir diğer önemli isim ise Deming'tir. Kaliteyi Juran, üretici açısından ele alırken Crosby ise yönetim perspektifinden ele almıştır. Bu iki önemli isimden farklı bir bakış açısı geliştirerek Deming kaliteyi ürünün kullanıcısı açısından ele almış ve günümüzde sıklıkla başvurulan kalitenin 14 ilkesini geliştirmiştir. Bu ilkelerin kalite hakkında yapılan araştırmalarda önemli bir kabul gördüğünü söylemek gerekir (MacMahon, 2012). Juran ve Crosby'den farklı bir bakış açısı ile kaliteyi ele alan Deming'e göre kalitenin bir takım temel

ilkeleri vardır. Kalitenin esasını da oluşturan bu 14 ilkeyi aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Chandrupatla, 2009: 4-5);

- ✓ Ürünü geliştirmek için bir süreklilik yaratmak,
- ✓ Kaliteyi bir felsefe olarak kabul etmek,
- ✓ Kitlesel denetimden vazgeçmek,
- ✓ Fiyat etiketine dayalı üretime son vermek,
- ✓ Ürün ve hizmeti geliştirmek için amaç sürekliliği oluşturmak,
- ✓ Sürekliliği temel alan bir üretim sistemi yaratmak,
- ✓ Eğitime önem vermek ve bu konuda bir sistem kurmak,
- ✓ Liderliğe önem vermek,
- ✓ Çalışanların korkusuna dayanan üretim anlayışından uzaklaşmak,
- ✓ Bölümler arası duvarları yok ederek işbirliğini ön plana çıkarmak,
- ✓ Slogana dayalı üretime son vermek,
- ✓ Çalışanlardan üretim kotalarını aşmasını beklemekten vazgeçmek,
- ✓ Çalışanların refah mutluluğunu gözetmek,
- ✓ Çalışan eğitim ve gelişimi için işletme içi ve dışında eğitimler vermek, buna yönelik bir programa sahip olmak,
- ✓ Dönüşüm.

2.2. HİZMET KALİTESİ KAVRAMI

Hizmet kalitesi, bir hizmetin müşteriler tarafından kabul edilebilir düzeyi olarak kabul edilmektedir. Müşteri beklentilerinin ön plana çıktığı hizmet kalitesinde kalite, hizmetin karşılayabileceği ihtiyaçları karşılama seviyesini ifade etmektedir (Pena vd., 2013: 1228). Başlangıçta fiziksel mal üretimi ile ilgili olarak ortaya çıkmış olan kalite kavramının geleneksel tanımları hizmet kalitesini açıklamakta yetersiz kalmaktadır (Chen ve Chang, 2005: 85-86). Bunun yanında kalite kavramı artık ürünün özelliklerinden ziyade müşteri odaklı mal ve hizmet üretimini ifade eden bir kavram haline gelmiştir (Gürdal, 2007: 181).

Kalite kavramının içeriği ve tanımlanması ile ilgili söz konusu değişime Lin (2010: 524) de vurgu yapmakta ve hizmet sektörlerinin genişlemesiyle birlikte hizmet odaklı tanımların ve kalite ölçüm sistemlerinin çoğaldığını belirtmektedir.

Dolayısıyla kalite kavramının son dönemlerde önemli ölçüde içerik değişimine uğradığını söylemek mümkündür. Çünkü akademisyenlerin de belirttiği gibi geleneksel tanımlar günümüzdeki yönelimleri açıklamakta yetersiz kaldığı için kalite, müşteri odaklı olarak yeniden tanımlanmaktadır.

Hizmetlerin soyut bir değer olması nedeniyle hizmet kalitesinin tanımlanması fiziksel mal ve ürünlerin tanımlanması kadar kolay değildir. Juran ve Gryna (1998: 336), bu sebepten dolayı hizmet kalitesinin tanımlanmasında somut ve elle tutulur şeylerden ziyade hizmetin sunumu sırasında tüketicinin ne algıladığından hareket etmek gerektiğini belirtmektedir. Çünkü bir hizmetin kalitesi hizmeti sunan kişi ile bütünleşiktir ve fiziki mallar gibi hizmeti sunan kişiden ve hizmetin sunum biçiminden ayrılamaz. Bundan dolayı da bir hizmetin kalitesini hizmetin içeriği kadar hizmetin sunum şekli ve sunucu ile birlikte değerlendirmek ve ona göre tanımlamak gerekmektedir. Üretildiği anda tüketilen hizmetlerin soyutluğu ve hizmeti sunandan ayrılamazlığı nedeniyle hizmetin kalitesinin ölçümünde müşterinin yaşadığı tatmin düzeyini önemli bir belirleyici haline getirmektedir (Bayuk, 2006, 11; Ardıç ve Sadaklıoğlu, 2009, 170; Uslu, 2013, 83).

Kalitenin tanımlanması ve tarif edilmesindeki temel zorluk, kalitenin bir mal veya hizmetin soyutluğuna yönelik bir değerlendirme olmasıdır. Soyut bir değerleme olduğu için kaliteyi kişilere göre izafi bir kavram haline getirmektedir. Ancak kalite ile ilgili ortak görüşlerden birisi ise kalitenin mükemmelliğe doğru giden yolda soyut nitelikli ama geliştirilebilir özellikleri ifade ettiği şeklindedir. Bu nedenle de kalitenin ölçümünde müşteri beğenisi ön plana çıkmakta ve müşteri memnuniyetini artırmaya yönelik çabaların kaliteyi artıracağı düşünülmektedir (Chandrupatla, 2009: 1).

Kalite ile ilgili olarak karşılaşılan bir güçlük ise kalitenin kime göre tanımlanması gerektiği sorunudur. Araştırmalar bu konudaki tartışmayı algılanan ve gerçek kalite ayrımları ile ele almaktadır. Çünkü gerçek kalite ile algılanan kalite birbirinden farklıdır. Gerçek kalite dendiğinde bir mal veya hizmetin kendisi ve taşıdığı kalite özellikleri söz konusudur. Ancak algılanan kalite dendiği zaman tüketicinin söz konusu mal veya hizmet hakkındaki algısı söz konusudur. Dolayısı ile kaliteye mal veya hizmetin kendi değeri ve özellikleri üzerinden bakan işletmeler ile müşterilerin kalite hakkındaki görüşleri farklıdır. Tüketicilerin hizmet kalitesi ile ilgili görüşlerini beklentiler, algıyı etkileyen çevresel faktörler ve başka şeyler

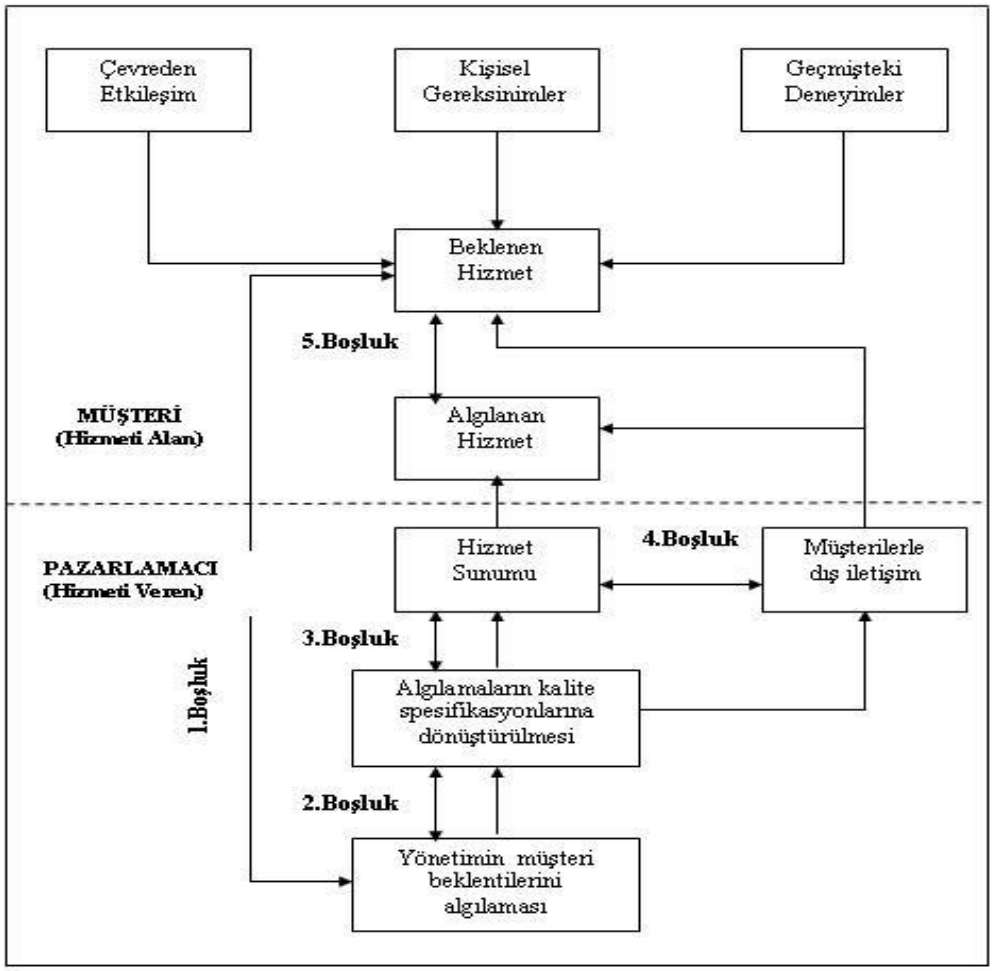
etkilemektedir. İşletme ve yöneticiler kalite konusunda mal veya hizmetin üretilmesi sırasında kullanılan işçilik, biçimsel özellikler, performans gibi kriterlere önem verirken tüketiciler ise farklı özelliklere dikkat edebilmektedir. Bu da iki farklı bakış açısının iki farklı kalite anlayışının ortaya çıkmasına yol açar (Varinli, 1996).

Hizmet kalitesi hakkında çeşitli çalışmalar yapmış olan Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985 ve 1988'de yaptıkları çalışmada hizmet verenler ile hizmet alanların hizmete bakış açısı farklılıklarını analiz ederek hizmet kalitesini üretici ve tüketici açısından ayrı ayrı ele almışlardır. Hizmet verenler ile hizmet alıcıların bakış açısı ve hizmet kalitesini değerlendirme farklılıklarını göz önüne alan araştırmacılar, bu konuya eğilerek firma yöneticileri ve tüketiciler açısından kaliteyi ayrı ayrı ele almışlardır. Yaptıkları araştırmalar sonucunda hizmet verenlerle hizmet alıcıların kalite anlayışları arasındaki farklılıkları Boşluk Modeli adı altında modellemişlerdir. Boşluk Modeli'nde hizmetin üretici ve tüketici tarafından değerlendirilme biçiminin farklılığı ile ortaya çıkan boşluklar aşağıdaki şekilde gösterilmektedir işletmelerin bakış açıları ile tüketicilerin bakış açısı nedeniyle ortaya çıkan bu boşlukları aşağıdaki şekilde beş grupta ele almak mümkündür (Parasuraman vd., 1985: 44-46);

- ✓ **Boşluk 1:** İlk boşluk, işletme yöneticilerinin müşteri beklentileri hakkındaki düşünceleri ile müşterilerin gerçek beklentileri arasındaki farklılıktan doğan boşluktur. Bu boşluğun arkasında yöneticilerin müşteri beklentilerini tam olarak algılamamaları yatmaktadır.
- ✓ **Boşluk 2:** Yönetimin müşterilerin beklentileri ile ilgili algıladıklarını kalite sertifikasyonlarına dönüştürmesi arasındaki boşluğu temsil eder.
- ✓ **Boşluk 3:** Spesifikleştirilmiş kalite ile bunun sunulan hizmete yansıtılması arasındaki boşluktur. İşletmeler, kaliteyi belirli bir standart içinde ele alıp bunu uygulamaya karar verebilirler. Ancak bunun bütün çalışanlarca kolay anlaşılabilir ve hizmet sunumuna yansıtılabilir olması gerekmektedir. En önemlisi kalite, bir örgüt kültürü olmalı ve bütün çalışanlar bunu öğrenerek hizmet sunumuna yansıtmalıdır.
- ✓ **Boşluk 4:** Müşterilere sunulan hizmetin kendisi ile müşterinin o hizmet hakkındaki bilgilerinin arasındaki boşluktur. Bu boşluğun oluşmaması için müşterilerle güçlü bir iletişim kurularak müşterilerin hizmetler hakkında doğru şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir.

- ✓ **Boşluk 5:** Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluktur. Kalite, bu boşluğun mümkün olduğunca az olması ve beklenen hizmet ile algılanan kalitesinin aynı olması durumudur.

Şekil 1. Boşluk Modeli



Kaynak, Parasuraman vd., 1985: 44.

Yukarıda verilen hizmet kalitesi kavramına ilişkin tanımlar ışığında, bu çalışma da, parasuraman ve diğerlerinin, (1985) hizmet kalitesi tanımı benimsenmiştir.

2.2.1. Hizmet Kalitesinin Özellikleri

Hizmet kalitesi, fiziksel malların kalitesinden farklı olarak tüketicinin değerlendirmesi yönünde ele alınan bir kavramdır. Hizmeti satın alanın isteklerine uygunluk derecesi olarak da tanımlanabilen hizmet kalitesi, o hizmeti kullanan kişinin istediği özellikleri bulması sonucu yaşadığı memnuniyet ile ölçülmektedir.

Öte yandan hizmet kalitesi fiziksel mal ve mamüllerin kalitesinden daha zor değerlendirilmektedir. Bunun yanında hizmet kalitesi, hizmetin performansı ile müşterinin beklentileri arasındaki farka göre değerlendirilmektedir. Hizmetlerde sadece hizmet üretimi değil aynı zamanda hizmetin müşteriye sunulma şekli de önemlidir ve hizmetin sunulma biçimi hizmetin bir bileşeni olarak ele alınmaktadır (Yükselen, 2013: 82).

Hizmet kalitesi, fiziksel ürünlere özgü olarak tanımlanan kaliteden farklı olarak 3 temel özelliğe sahiptir. Herşeyden önce hizmet kalitesi soyuttur. Bunun yanında hizmet kalitesi heterojendir ve ayrılamazlık özelliğine sahiptir. Bu özellikleri aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür (Parasuraman vd., 1985: 42)

- ✓ **Soyutluk:** Fiziksel ürünlere ait kalite, somut ölçüm araçları ile ölçülebilirken hizmetin kendisi soyut bir değer olduğu için hizmet kalitesi de soyuttur. Hizmet üretiminde elle tutulabilir gözle görülebilir bir değer üretilmediği için hizmet kalitesi fiziksel ürün kalitesinden farklı olarak soyut bir niteliğe sahiptir. Ölçümü ancak onu tüketen kişinin memnuniyeti ile ölçülebilir.
- ✓ **Heterojenlik:** Hizmet kalitesinin heterojenliği, müşteriden müşteriye değişen kalite algısının bir sonucu olarak aynı hizmetin her tüketici tarafından farklı şekilde değerlendirilmesi anlamına gelmektedir.
- ✓ **Ayrılamazlık**: Fiziksel ürünler üreticisinden ayrı olarak pazarlanıp tüketiciye sunulabilirken hizmet üretiminde hizmetin sunucusu ile hizmetin kendisini ayırmak mümkün değildir. Bir doktorun sunmuş olduğu sağlık hizmetini, bir kuaför/berberin sunmuş olduğu saç kesim hizmetini göz önüne aldığımızda hizmetin hizmeti üretip servis edenden ayrılamazlığını daha açık bir şekilde görebilmek mümkündür.

2.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesi, bir çok araştırması tarafından ele alınmış bir konudur. Hizmet sektörlerinin öneminin artması ile birlikte hizmet üretim ve sunumunda kalitenin önemi artmış ve buna bağlı olarak hizmet kalitesinin ne olup olmadığı, hangi boyutlardan oluştuğu ve daha bir çok husus çeşitli araştırmacılar tarafından ele alınmış, bu konuda bir çok ampirik çalışma yapılmıştır. Bunun yanında rekabetin

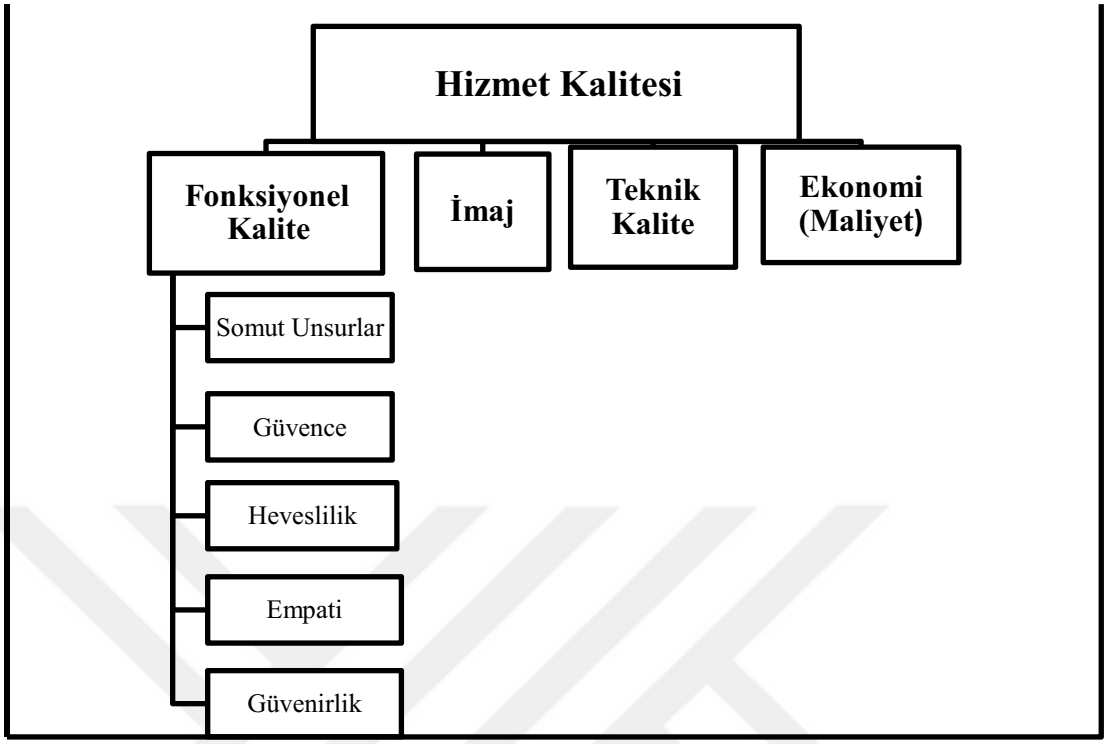
artması ve toplumsal bilinçlenmeye bağlı olarak sağlık hizmetlerinde de kalite konusu önemli bir kavram haline gelmiştir. Bu başlık altında hizmet kalitesinin boyutları çeşitli yazarların görüşlerinden yararlanılarak ele alınmıştır. Bunun yanında hizmet kalitesi kavramı imkanlar ölçüsünde sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilerek anlatılmıştır.

2.2.2.1. Teknik ve İşlevsel Kalite Ayrımı

Hizmet kalitesi hakkında çeşitli çalışmalar yapmış olan Christian Grönroos'a göre hizmet kalitesi teknik kalite ve işlevsel kalite olmak üzere iki temel boyuttan oluşmaktadır. Bunları kısaca aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür (Grönross, 1984: 39-40);

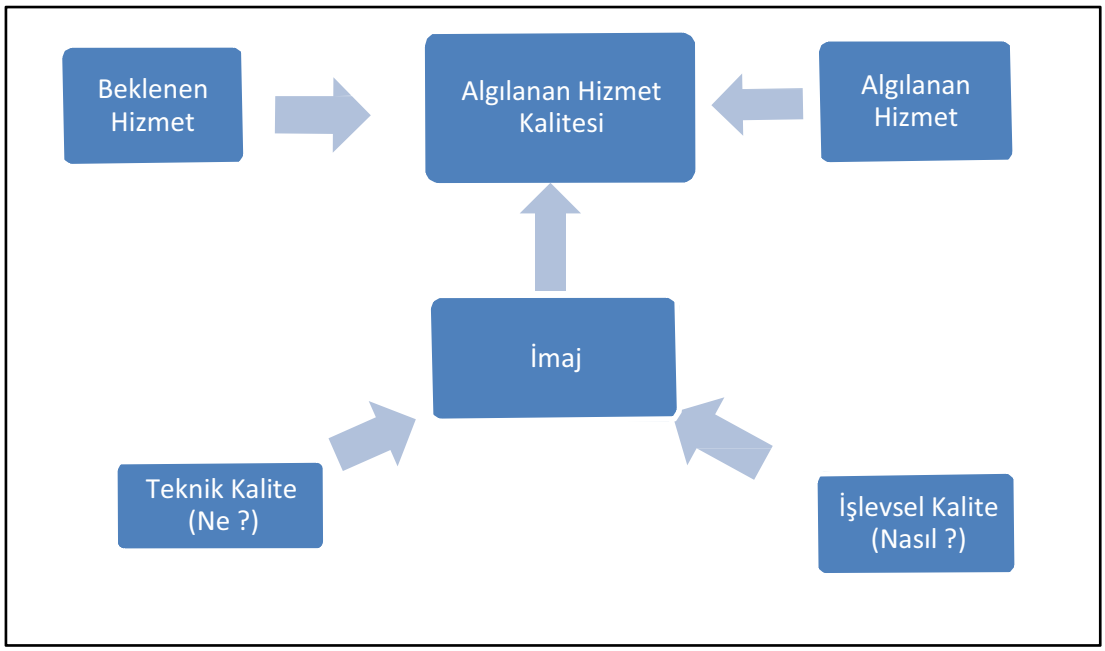
- ✓ **Teknik kalite**, bir hizmetten müşterinin ne aldığı ve ne şekilde yararlandığı ile ilgili boyuttur. Müşterilerin daha kolay bir şekilde değerlendirebildiği teknik kalitenin biçimlenmesinde müşterinin işletme ile olan iletişiminin önemli bir yeri vardır. Bunu sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanı-hasta ilişkileri üzerinden açıklamak mümkündür. Bir hastanın yaşadığı sağlık sorununun ortadan kaldırılması için gerekli olan sağlık hizmetinin teknik boyutlarına hakim olması mümkün değildir. Bu bilgiye ancak doktor ve diğer sağlık çalışanları sahiptir. Tedavi hizmetinin sunumu aşamasında hizmeti sunanların hasta ile kuracağı iletişim yoluyla onu uygulanacak tedavinin teknik özellikleri ve boyutları konusunda bilgilendirmesi, hastanın tedaviye katılımını hızlandıracak ve tedavide daha başarılı sonuçlar alınmasını sağlayacaktır. Dolayısı ile burada verilen sağlık hizmetinin teknik kalitesinin ortaya çıkmasında hizmeti sunanların hastayla kuracağı iletişimin kritik bir rolü vardır.
- ✓ **İşlevsel kalite**, hizmetin nasıl sunulacağı ile ilgili boyuttur. Teknik kalite bir hizmetin içeriğinin ne olduğu ile ilgili iken işlevsel kalite ise kim tarafından ve müşteriye nasıl sunulacağı, müşterinin bundan ne kadar memnun kalıp kalmayacağı ile ilgilidir.

Şekil 2. Hizmet Kalitesi Modeli



Kaynak: Nimako vd., 2012: 202

Şekil 3. Grönross'un Hizmet Kalitesi Modeli



Kaynak: Grönroos, 1984: 40.

2.2.2.2. Kalitenin Beş Boyutu

Kalite ve hizmet kalitesi kavramları üzerine çeşitli çalışmalar yapmış olan Zeithaml, Parasuraman ve Berry'nin hizmet kalitesini daha geniş bir perspektifle 8 boyutlu bir kavram olarak ele aldığı görülmektedir. Yazarlara göre hizmet kalitesi bu 8 boyuttan oluşmakta ve sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişim ile biçimlenmektedir. Sözü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişim, beklenen hizmet kalitesini biçimlendirmektedir. Beklenen hizmet ile alınan hizmete yönelik algının bileşimi ise algılanan hizmet kalitesini oluşturmaktadır (Devebakan, 2006: 135).

Bir hizmetin kalitesini oluşturan boyutları aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Parasuraman, 1985: 47-48);

- ✓ Fiziksel özellikler,
- ✓ Güvenilirlik,
- ✓ Heveslilik,
- ✓ Yeterlilik,
- ✓ Nezaket,
- ✓ İnanılabilirlik,
- ✓ Güvenlik,
- ✓ Ulaşılabilirlik,
- ✓ İletişim,
- ✓ Müşteriyi anlamak.

Daha sonra yazarların geliştirdikleri SERVQUAL ölçeği çerçevesinde bu sekiz boyutu beş boyuta indirgedikleri görülmektedir. Bunları aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür (Pena vd., 2013: 1228-1229);

- ✓ Somutluk (Fiziksel Özellikler): Fiziksel tesisler, ekipman vs.,
- ✓ Güvenilirlik: Bir hizmetin tüketici için ne kadar güvenli bir şekilde üretildiği, ücret ve performans açısından tüketicinin zarara uğratılmaması,
- ✓ Duyarlılık (Heveslilik): Kullanıcı istek ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak gösterilen çaba ve ortaya konulan heves,
- ✓ Güven: Hizmet sunmada yetkinlik ve nezaket içerisinde hizmet sunma,
- ✓ Empati: Kullanıcı ihtiyaçlarını anlama çabasıdır.

Yukarıda ele alınan hizmet kalitesi boyutlarının farklı iş kollarında ve mesleklerde hizmet kalitesini etkilediği görülmektedir. Bu hizmet kalitesi boyutları her meslekte farklı düzeylerde etki yaratabilmektedir. Banar ve Ekergil (2010: 56-57)'in araştırmasına göre söz konusu hizmet kalitesi boyutları müşteri memnuniyetine etki etmekte ancak güvenilirlik ve empati boyutları, hizmet alanların en çok önem verdiği boyutlar olarak öne çıkmaktadır. Bir başka çalışmada ise (Okumuş ve Duygun, 2008: 35-36), algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesinin altında olduğu, müşteri odaklılık, empati ve fiziksel özelliklerin de hizmet kalitesi algısına en fazla etki eden faktörler olduğu görülmektedir.

2.2.3. Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi

Hizmetler soyut nitelikli olduğu için hizmet kalitesinin tanımlanması ve algılanması da zordur. Öte yandan bazı hizmetlerin yüksek dozda teknik bilgi ya da bilimsel uzmanlık içermesi, bu hizmeti alanların aldıkları hizmete yönelik olarak gerçekçi bir değerlendirme yapmalarını zorlaştırmaktadır. Bir hastanın kendisine uygulanan tedavi ya da psikiyatrik hizmetin niteliği ve çıktısı hakkında yeterli düzeyde bir değerlendirme yapması zordur. Doğrudan hizmetin kendisi hakkında bir karar veremeyen tüketicilerin aldıkları hizmetin iyi olduğuna kendilerini ikna edecek deliller ararlar. Bu noktada hizmetin teknik boyutu kadar hizmeti sunan kişiler, hizmet ekipmanları, iletişim ve etkileşim, hizmetin maliyeti gibi bir çok unsur kalitenin değerlendirilmesine etki etmektedir (Kotler ve Armstrong, 2007: 467).

2.2.3.1. Beklenen Kalite

Tüketimin amacı insan ihtiyaçlarının o mal ya da hizmete karşılık gelen kısmını karşılamaktır. Bu nedenle her insanın yapmış olduğu tüketimle ilgili çeşitli seviyelerde beklentileri vardır. Müşteri olarak kavramsallaştırılan para harcayan, mal ve hizmet tüketen insanların yaptıkları tüketime bağlı olarak yaşadıkları deneyimin beklentileri karşılama düzeyi, onların müşteri tatmin seviyesini de biçimlendirmektedir (Demir, 2012: 681). Tüketici beklentisi genellikle iki şekilde oluşmaktadır. Birincisi işletmelerin geçmişte yarattığı standartların tüketici

bilincinde edindiği yerdir. Bir firma geçmişte yüksek standartlarda mal ya da hizmet üretmişse tüketicinin yeni ürün ya da hizmetle ilgili beklentisi de yüksek olacaktır. Beklentilerin şekillenmesinin diğer yolu ise reklam kampanyaları ve tanıtımlardır (Türkyılmaz ve Özkan, 2005, 75).

Müşteri istek ve beklentileri, müşteri memnuniyetinin şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bunun yanında tüketiciler tükettikleri mal ya da hizmetin beklentilerini karşılamadığını düşündüğünde kalite konusunda olumsuz bir yargıya ulaşmakta ve bu yargılarına göre hareket ederek tüketimlerini başka firmalardan gerçekleştirmektedirler (Aydın ve Yıldırım, 2012, 48). Müşteri beklentilerini hizmet kalitesi ile ilişkili bir konu haline getiren temel husus, müşterinin beklediği kalitenin düşük olması halinde memnun edilmesinin kolaylığıdır. Aksi durumda müşterinin memnun edilmesi zorlaşmakta ve kalitenin yüksek olmasına karşın müşteri memnuniyetinde istenilen başarı elde edilememektedir (Zeithaml (1988: 2).

2.2.3.2. Algılanan Kalite

Algılanan kalite, beklenilen kaliteden farklı olarak müşterinin tükettiği mal veya hizmetin üstün yanlarına odaklanmasının bir sonucudur. Tüketiciler mal veya hizmete atfettikleri üstün yönlerin olup olmadığını test ederek bir yargıya varmaktadır. Bunun yanında ürün ya da hizmetin markası, imajı ve diğer özellikleri ile ilgili daha önceden sahip olunan duygular da algılanan kalitenin biçimlenmesinde rol oynamaktadır (Zeithaml, 1988: 2).

Hizmet kalitesini teknik kalite ve fonksiyonel kalite olarak iki boyutta ele alan Grönroos'a göre müşterinin zihninde oluşan imaj, müşterinin kalite algılamasını önemli ölçüde etkilemektedir. Çünkü müşteri hizmete yönelik deneyimleri ve gözlemleri ile hizmete yönelik bir imaj oluşturmakta ve bu imajın etkisinde bir değerlendirme yapmaktadır (Grönross, 1984: 38-40). Kurumsal imajın kurumsal itibar ve hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmanın bulgularına göre işletmenin kurumsal imajı ile işletmenin itibarına ve müşteri memnuniyetine olumlu etki etmektedir. İşletmenin imajının yükselmesi dolayısıyla müşterilerin kalite algısı yükselmekte ve işletmenin ürünlerine daha yüksek fiyatı vermeye hazır hale gelmektedir. Çünkü tüketiciler, işletmenin imaj ve itibarı ile hizmetin içerdiği

değer arasında bir ilişki olduğuna inanmakta ve değer yargıları işletmenin lehine biçimlenmektedir (Abd-el-Salam, 2013: 186). Öztürk (2003: 140) ise bu konuda fonksiyonel kalitenin önemine dikkat çekmektedir. Bir hizmetin fonksiyonel kalitesi yüksekse müşteriler teknik kalitedeki eksikleri görmezden gelebilmektedir. Dolayısıyla algılanan kalite hizmetin teknik boyutundan ziyade işlevsel boyutu ile ilgili bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2.4. Hizmet Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri

Hizmetlerin fiziksel mallardan farklı olarak önemli ölçüde soyutluğa dayanması ve ortada gözle görülür herhangi bir nesnenin olmaması, hizmet kalitesinin tanımını zorlaştırdığı gibi hizmet kalitesinin ölçümünü de zorlaştırmaktadır. Hizmet kalitesinin ölçümü üzerine başta Parasuraman, Zeithaml, Berry, Taylor ve Cornin olmak üzere çok sayıda araştırmacının çalışma yaptığı görülmektedir (Karatepe, 1999). Hizmet kalitesinin tanımlanmasındaki ve boyutlarının ortaya konmasındaki zorluk, ölçüm yapmayı da zorlaştırmaktadır. Daha da önemlisi hizmet kalitesinin ölçümünde kesinliği olan bir ölçüm tekniğine ve aracına ulaşmak zorlaşmaktadır. Bu nedenle SERVQUAL ve SERVPERF en yaygın ölçekler olsa da bu konuda bir çok ölçeğin geliştirildiği görülmektedir. Öne çıkan ölçüm yöntemlerinden bazılarını aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Aydın, 2005, 1112);

- ✓ Benchmarking,
- ✓ Toplam Kalite Endeksi,
- ✓ SERVQUAL,
- ✓ SERVPERF,
- ✓ Kritik Olaylar Tekniği,
- ✓ Hizmet Barometresi,
- ✓ Grup Mülakat Yöntemi,
- ✓ Çeşitli İstatistiksel Yöntemler.

Algılanan hizmet kalitesini ölçmek için Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin geliştirdiği SERVQAL ölçeği, bu alandaki ilk ve en önemli ölçeklerden birisidir. Araştırmacıların geliştirdiği 97 maddelik ölçek iki ana kısımdan ve 7'li likert tipi

sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci kısmında müşterilerin hizmet kalitesi ile beklentilerini ölçmeye yönelik sorunlar varken ikinci kısmında ise aldıkları hizmetin kalitesine yönelik algılarını ölçmeye yönelik sorular vardır. Ölçeğe göre algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmetin farkından oluşmaktadır. Araştırmacıların yaptıkları ölçümlere bağlı olarak 97 sorunun beş temel faktörde toplandığı görülmüş ve buna bağlı olarak da ölçeğin soru sayısı 22'ye indirilirken ölçeğin hizmet kalitesine yönelik olarak ölçümünü yaptığı boyutlar 8'den 5'e indirilmiştir. Araştırmacılar bu 5 boyutun temel teşkil ettiğini ve gerektiğinde farklı alanlardaki hizmet sektörlerine uyarlanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Araştırmacıların geliştirdikleri ve güncelliğini koruyan 22 maddelik ölçeğinde sağlık hizmet kalitesinin temel olarak şu boyutlardan oluştuğu görülmektedir (Devebakan, 2006: 137-139);

- ✓ Fiziksel özellikler,
- ✓ Güvenirlik,
- ✓ Heveslilik,
- ✓ Güven,
- ✓ Empati.

Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirdiği SERVQUAL ölçeği, aynı yazarların hizmet kalitesine yönelik olarak geliştirmiş oldukları Boşluk Modeli'ni temel alır. Ölçek, bu modelde varlığı ileri sürülen boşlukları ölçmeye yöneliktir. Bilindiği gibi birinci boşluk müşteri beklentileri ile yönetimin müşteri beklentisi ile ilgili algısının farkını ifade etmektedir. İkinci boşluk hizmet kalitesi ile hizmetin vaat ettiği kalite arasındaki farkı üçüncü boşluk hizmet teslim sürecinden doğan farklılıkları dördüncü boşluk hizmet sunumu ve müşteri ilişkileri sürecini beşinci boşluk ise algılanan hizmet kalitesini ortaya koyar (Irfan vd., 2012: 871).

Parasuraman ve arkadaşlarının çeşitli araştırmalara dayalı olarak geliştirdikleri bu ölçeğin bir çok araştırmada kullanıldığı görülmektedir. Ancak ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği, ölçme kapasitesi gibi konulara yönelik ölçümlerde çeşitli sorunların olduğu da tespit edilmiştir (Karatepe, 1999: 59-60). Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik geliştirdikleri SERVQUAL ölçeğinin yeterli olmadığını ileri süren Taylor ve Cronin (1994: 34-44), beklentiler-performans farkının hizmet kalitesinin ölçümü için esas oluşturduğu şeklindeki

hipotezi destekleyecek yeterli kanıtın olmadığını dile getirmişlerdir. Yazarların getirdikleri eleştirilerden ve eksikliğini ileri sürdükleri hususlardan yola çıkarak SERPERF ölçeğini geliştirdikleri görülmektedir. SERVPERF'in SERVQUAL'dan en önemli farklı beş boyutlu değil tek boyutlu bir hizmet kalitesi ölçüm ölçeği olmasıdır.

Her iki ölçeğin karşılaştırılmasına yönelik olarak bir araştırma yapan Bülbül ve Demirer (2008: 181-198) ise esasında bu iki ölçeğin birbirinden çok farklı olmadığını ileri sürmektedirler. Yazarlara göre SERVPERF ölçeği de aynen SERVQULA ölçeği gibi kendi içinde fiziksel görünüm, güvence, güvenilirlik, empati ve yanıt verebilirlik boyutlarına ayrılmaktadır. Ancak yazarlara göre SERVPERF ölçeğinin alt boyutlarının güvenilirlik düzeyleri SERVQUAL ölçeğine göre daha yüksek düzeydedir. Bu nedenle Taylor ve Cronin'in geliştirdiği ölçeğin hizmet kalitesini ölçme konusunda daha güvenilir olduğunu söylemek mümkündür.

Literatürde hizmet kalitesinin ölçümü konusunda bu iki ölçekten başka ölçek çalışmalarının da olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan birini yapmış olan Johnston (1995: 53-71)'a göre hizmet kalitesini etkileyen 18 faktör vardır ve bu faktörler hem müşteri beklentilerini hem müşterilerin hizmet kalitesi algılarını etkilemektedir. Hizmet kalitesine etki eden bu faktörleri ulaşım, görünüm, kibarlık, ustalık, incelik, esneklik, dostluk, ulaşılabilirlik, bulunabilirlik, ilgi, temizlik, konfor, taahhütleri yerine getirme, fonksiyonellik, güvenilirlik, doğruluk, yanıtlayabilinme ve emniyet olarak sıralamak mümkündür.

2.3. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ

2.3.1. Sağlık Hizmet Kalitesinin Tanımı ve Anlamı

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı son yıllarda önemi artan bir konudur. Bir yandan sağlık hizmetlerinin rekabete açılması ile sağlık hizmeti sunan çok sayıda sağlık işletmesinin ortaya çıkması diğer yandan toplumsal bilinçlenmenin artması ile birlikte bireylerin daha nitelikli sağlık hizmeti talep etmesi sağlık hizmeti sunan işletmelerin kalite konusuna önem vermesini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca küreselleşmenin etkili olduğu günümüz koşullarında bilgi teknolojilerinin ve tıp

teknolojilerinin hızla gelişmesi, nitelikli sağlık hizmeti sunumu imkanını artırırken bütün işletmelerin aynı koşullarda rekabeti sürdürebilmesi için müşteri beklentileri çerçevesinde şekillenen kaliteye odaklanmasına yol açmaktadır. Bu alt başlıkta sağlık hizmet kalitesi kavramı ve bu kavramın günümüzdeki anlamına ulaşmasında önemli rolü olan bilim adamlarının sağlık hizmet kalitesi hakkındaki görüşleri ele alınmıştır.

Bir hizmetin kalitesi genellikle tüketicinin o hizmetin performansına yönelik değerlendirmesi ile ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de kalite genellikle benzer şekilde ele alınmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin üretimi önemli ölçüde teknik ve uzmanlık bilgisine dayandığı için tıbbi açıdan da tanımlanmakta ve değerlendirilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalitenin geleneksel bir yaklaşım olan tıbbi yaklaşım ve hizmet pazarlaması yaklaşımı ile ele alınması mümkündür. Geleneksel tıbbi yaklaşım, hizmetin sonuçlarına hizmetin sunanların bakış açısına göre odaklanmaktadır. Pazarlama yaklaşımı ise tüketicinin gözünden sağlık hizmetini ele alır (Choi vd., 2004: 915).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi her iki yaklaşımı da göz önüne alarak üretilen sağlık hizmetinin tıbbın temel ilkelerine ve içerdiği modern bilgilere, standartlara ve hastaların beklentilerine uygunluk olarak tanımlamak mümkündür. Dolayısıyla bir sağlık hizmetinde kalitenin üç temel kriteri karşılaması gerekmektedir. Bunlardan birincisi mesleğin gereklerine uygunluk ikincisi hasta beklentilerine uygunluk üçüncüsü ise gelişmiş sağlık hizmeti üretim standartlarına uygunluktur. Bunları kısaca aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür (Kavuncubaşı, 2000: 66);

Mesleki Yeterlilik

- ✓ Mesleki yeterlilik, sağlık hizmetini üreten doktor, hemşire, klinisyen ve diğer sağlık personelinin görevlerini gerektiği gibi yapabilmeleri için gerekli olan tıbbi ve diğer teknik bilgilere hakim olması, görevlerinde yeterli tecrübe ve beceriye sahip olmalarıdır.

Kişisel Kabul Edilebilirlik

- ✓ Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edilebilmesi için bir hastaya sunulan sağlık hizmetinin hasta beklentilerini karşılaması gerekmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetinin sunumu sırasında bireylerin kişisel inanç, değer yargısı ve diğer kültürel özelliklerinin de göz önüne alınarak buna göre hareket edilmesi gerekmektedir.

Hastayla iletişim kurma, güleryüz gösterme, hastaya moral verici davranışlarda bulunmanın kişisel kabul edilebilirlik açısından kritik bir öneminin olduğu görülmektedir.

Kalitenin Uygunluğu:

- ✓ Bir hizmetin kalitesi sadece teknik bilgi ve hizmeti alanların memnuniyetinden oluşmamaktadır. Günümüzün standartlara dayalı hizmet üretim anlayışında bir hizmetin kaliteli sayılabilmesi için önceden belirlenmiş bir takım standartlara uygun nitelikte olması gerekmektedir.

Sağlık alanında yaptığı çalışmalarla akademik literatürde önemli bir yer edinmiş olan Avedis Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalite, hastalara sunulan sağlık hizmetinin ve verilen hasta bakımının iyilik düzeyi hakkında varılan yargılardır (Sarp ve Tükel, 1999). Avedis Donabedian, sağlık hizmetleri kavramının bugünkü anlamına ulaşmasında önemli yeri olan bir isimdir. Odabaşı ve Oyman (2008: 151)'ın belirttiğine göre Donabedian, sağlık hizmetleri üzerine yaptığı çalışmalarda sağlık hizmet kalitesini üç yönlü bir kavram olarak ele almaktadır. Bunlar sırasıyla teknik, iletişim ve konfordur. Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinin teknik yönü, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde kullanılan tıbbi ve diğer teknik bilgilerle ilgilidir. Teknoloji ve bilgi temelinde şekillenen bu boyut, başta doktorlar olmak üzere sağlık çalışanlarının bilgi ve birikimi, problemlere karşı çözüm üretme yeteneğinin ön plana çıktığı bir boyuttur. Sağlık çalışanlarının sahip olduğu teknik bilgi hastalığa ve sağlık problemlerine çözüm üretebiliyorsa sunulan sağlık hizmeti, teknik açıdan yeterli demektir. Sağlık hizmetinin iletişim yönü ise sağlık personelinin hastalarlar ve hasta yakınları ile kurduğu iletişimle ilgilidir. Bu iletişimin kurulması, hastanın sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının da karşılanması açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle hastaların iletişime önem verdiği görülmektedir. Konfor ise hastaya sunulan sağlık hizmetinin fiziksel ortamının hastanın rahatı açısından yarattığı olumlu imkanlardır.

El Haj vd. (2013)'nin aktardığına göre Donabedian, sağlık hizmet kalitesini üç temel direk üzerine inşa etmiştir. Bunlar sırasıyla yapı, süreçler ve hizmet çıktılarıdır. Yazarların belirttiğine göre bina ve fiziksel unsurlar, kullanılan teknik donanım yapıyı oluşturmaktadır. Kendi içinde teknik ve iletişim olmak üzere iki boyutta incelenen süreçler ise sağlık hizmetinin sunumunda gerçekleşen süreçleri

ifade etmektedir. Tedavi sırasında uygulanan tanı ve teşhis, tedavinin kendisi, hastaya ilaç uygulanması gibi işlem ve süreçler teknik boyutu oluştururken hizmet etiği gereği hastayla kurulan iletişim ve bilgilendirme ise iletişim boyutunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmet kalitesinin üzerine inşa edildiği üçüncü önemli unsur ise sağlık hizmet çıktılarıdır. Nihayetinde sağlık hizmetinin gayesi hastanın iyileştirilmesidir. Dolayısıyla müşteri için en önemli unsurlardan birisi çıktılardır ve kaliteyi biçimlendiren en önemli yönlerden birisi de budur. Ayrıca Donabedian'a göre bu üç temel direğin belli göstergelerinin olduğunu dile getirmektedir. Bu göstergeler aşağıdaki şekildedir (El Haj vd., 2013: 20-22);

Yapıya Özgü Göstergeler

- ✓ Finans,
- ✓ Çalışanlar,
- ✓ Teknik donanım,
- ✓ Bina, tesis ve diğer fiziki alt yapı,
- ✓ Bilgi ve iletişim sistemi.

Süreçlere İlişkin Göstergeler

- ✓ Tanı, teşhis,
- ✓ Önleyici ve terapötik bakım hizmetleri,
- ✓ Rehabilite edici hizmetler,
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi

Çıktıya İlişkin Göstergeler

- ✓ Hastaların sağlık ve iyilik hallerinin tedavi sonrası durumu,
- ✓ Hasta kayıplarının kazanım durumu ve önleyici çabalar,
- ✓ Hastaların iyilik durumunda gelinen nokta,
- ✓ Hastaların ve yakınların memnuniyet durumu,
- ✓ Eldeki imkan ve kaynakların performansı.

Kalite kavramının öncü isimlerinden birisi olan Deming, sağlık hizmetlerinde akış şemaları oluşturarak bu şemalardan hareketle hangi alanlarda eksikler olduğunu tespit ederek buna göre değişiklikler yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Deming'in sağlık hizmetleri için akış şeması önerdiği performans karakteristiklerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Deming, 1994: 167-168'den aktaran Devebakan, 2006: 131-133);

- Hasta takip çizelgelerine laboratuvar sonuçlarının aktarımı sürecinde yaşanılan gecikmeler,
- Yanlış ilaç uygulamaları,
- Yanlış dozda ilaç başlanması,
- İlacın veriliş şeklinde yanlışlık yapılması,
- Hastaların ilaçla tedavi sırasında yeterince gözlenmemesi,
- Hastalara verilen ilaçlara gösterilen toksik tepki sayısı,
- Hastanın doktoru tarafından uygun görülen ancak yapılmayan laboratuvar testi sayısı,
- Tıbbi kayıtlardaki eksik sayısı,
- Gereksiz cerrahi müdahale sayısı,
- Total cerrahi müdahale sayısı,
- Yapılan cerrahi müdahalenin ardından gerçekleşen komplikasyon sayısı,
- Total ölüm oranı,
- Cerrahi operasyonlarda gerçekleşen ölüm oranı,
- Acil serviste yaşanılan ölüm oranı,
- Cerrahi müdahalelerin türlerinin sayısı,
- Nakledilen kan sayısı,
- Kan torbası üzerindeki yazının okunamaması ve kanın yanlış hastaya nakledilmesinden kaynaklanan kan nakli tepkisi sayısı,
- Pre ve post cerrahi müdahale durumun birbirini tutmaması,
- Laboratuvarlarda oluşan sebebi bilinmeyen yangınlar, kimyasal maddelerin kaza ile dökülmesi ve gerçekleşen diğer kazalar,
- İlaçların deney amacıyla kullanımı,
- Hastalardan gelen olumsuz geri dönüşler,
- Hastanın hastanede ortalama kalış süresi,
- Birtakım nedenlerle tecrit edilen hasta sayısı,
- Talep edilen röntgen sayısı,
- Uygun görülen ve talep edilen laboratuvar tetkiki sayısı,
- Radyasyon prosedürü sayısı,
- Kardiyolojik ve nörolojik tetkiklerin sayısı (EEG ve EKG sayısı),

- Hastalarla ilgili zor okunan rapor ve istem sayıları,
- Laboratuvarda gerçekleşen hatalar,
- Laboratuvarda yeniden işlem oranı,
- Hastalardan numune alınması ve alınan numunenin laboratuvarlara gönderimine kadar geçen zaman,
- Kabul edilemeyen numune sayısı: Numunenin yanlış kapta alınması, kısıtlı miktar, hasta verilerinin eksik yazılması veya okunamaması, laboratuvar istem formundaki hasta verileri ile numune kabı üzerindeki verilerin birbiri ile uyuşmaması, numune kabının hasarlı olması, numunenin analize gitmesi için gereğinden fazla bekletilmiş olması.
- Eksiklikler, parça adıyla
- Fazlalıklar, parça adıyla,
- Bilgisayarın çalışmama süresi ve uzunluğunun dağılımı,
- Son kullanma tarihi geçmiş kimyasal madde ve ilaç sayısı,
- Fazla çalışma kayıtları, personel izin süreçleri (hastalık veya diğer nedenler)

2.3.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları hizmet kalitesi için yapılan ayrımda olduğu gibi teknik kalite ve işlevsel kalite şeklinde ele alınmaktadır. Esasında sağlık hizmetlerinin boyutları, hizmet kalitesinin ölçülebilirliği sorunu ile ilgili yaklaşımların bir sonucudur. Sağlık hizmetlerinde kalite teknik kalite ve işlevsel (fonksiyonel) kalite olmak üzere iki şekilde ele alınmakta ve teknik kalite üzerinden hizmet kalitesinin ölçülebilirliği ileri sürülmektedir. Buna karşın sağlık hizmetlerinde kalitenin sadece bilimsel standart ve normlara uygunluk olmadığı (teknik kalite), müşteri istek ve beklentilerini içeren sanatsal bir yönünün bulunduğu da savunulmaktadır (Devebakan, 2006: 130).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi Taylor (1994), teknik kalite ve tedavi sanatı olarak iki alt boyutta ele almaktadırlar. Yazarlara göre sağlık hizmetinin kalitesi bu iki kalite boyutunun toplamından oluşmaktadır. Sağlık hizmetinde kalitenin teknik boyutu verilen sağlık hizmeti ve tedavinin günümüz modern tıp biliminin gereklerine

uygunluğundan oluşmaktadır. Sağlık hizmetinin tedavi sanatı olarak adlandırılan alt boyutu ise verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılama düzeyinden oluşmaktadır.

Sağlık hizmet kalitesinin boyutları, hizmet kalitesine benzer şekilde ele alınmaktadır. Sağlık hizmet kalitesinin boyutları, hizmetin sunumu çerçevesinde aşağıdaki altı boyutta değerlendirilmektedir (Çatalca, 2003: 21'den aktaran Çavuş ve Gemici, 2013: 241-242);

- ✓ **Hizmete Ulaşabilirlik**: Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin bu hizmetten serbestçe yararlanabilmesi, yararlanmanın önünde engeller olmaması, hizmete ulaşmak için harcanan zaman, emek ve maliyetler hizmetin ulaşılabilirlik kalitesini göstermektedir.
- ✓ **Güvenlik:** Sağlık hizmeti sunan binanın ve fiziksel yapıların bir tehlike anında kişilerin güvenliğini sağlama kapasitesi, sağlık hizmet kalitesinin güvenlik boyutunu oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların ve ziyaretçilerin olası tehlikeler karşısında bilgilendirilmesi, bina içinin buna uygun bir şekilde tasarlanması gibi unsurlar da bu boyutta ele alınmaktadır.
- ✓ **Uygunluk**: Hastaya uygulanan tedavinin hastanın ihtiyacını karşılama özelliği, sağlık hizmet kalitesinin uygunluk boyutunu oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşunda hizmet sunulurken hastaya alternatif tedaviler hakkında da bilgi verilmesi ve hastanın tedavi sürecinde karşılaşılacak durumlarla ilgili olarak bilgilendirilmesi de bu boyut kapsamındadır.
- ✓ **Teknik Kalite**: Sağlık hizmetinin sunumunun kalitesi teknik kalite boyutunu oluşturmaktadır. Sunumun ne kadar iyi olup olmadığının değerlendirilmesi ve hastanın hizmetlerden bir zarar görüp görmediğinin tespit edilmesi kalitenin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.
- ✓ **Tıbbi Etkinlik**: Hastalara sunulan tedavi hizmetinin işe yarayıp yaramadığı ile ilgili hususlar, sağlık hizmet kalitesinin tıbbi etkinlik boyutunu oluşturmaktadır. Hastanın iyileşme düzeyi, şikayetlerindeki azalmalar, psikolojik durumundaki iyileşmeler gibi göstergeler, tıbbi etkinlik boyutunun temel göstergeleridir.
- ✓ **Hasta Tatmini**: Sağlık hizmet kalitesinin diğer beş boyutunun müşteri tarafından genel bir değerlendirmesi anlamına da gelen hasta tatmini boyutu, hastanın tedaviden memnun kalıp kalmadığını ve tekrar tedavi

hizmetine ihtiyaç duyduğunda aynı hizmeti talep edip etmeyeceğini içermesi açısından önemlidir. Bu boyut, hastanın aldığı hizmet hakkında genel bir değerlendirme yapıp aldığı hizmeri tavsiye edip etmeyeceğini de içermektedir.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN ÖNEMİ VE TARİHÇESİ

Kaliteli hizmet üretimi tüketicilerde markaya ve işletmeye yönelik bir bağlılığın oluşmasın yol açabilmektedir (Usta ve Memiş, 2009: 102). Bu nedenle mal üretiminde olduğu gibi hizmet sektörlerinde ve sağlık hizmetleri üretim ve sunumu alanında kaliteli bir hizmetin sunulması önem kazanmaktadır.

Hizmetler, diğer fiziksel ürünlerden farklı olarak müşterinin bir memnuniyetsizliği söz konusu olduğunda onarım yapılarak müşteriye yeniden ürünün sunulmasına benzer bir değer değildir. Bu nedenle bir hizmetin sunumu esnasında kaliteyi de bünyesinde taşıması, sıfır hatalı olması ve sunulduğu anda müşteride memnuniyeti de yaratması gerekmektedir (Örücü ve Esenkal, 2005: 144). Çünkü müşteriyi kaybetmenin çok kolay olduğu ancak yeniden kazanmanın zor ve çok maliyetli olduğu bir rekabet söz konusudur. Müşterinin kazanılması ve elde tutulmasında kalite ve müşteri memnuniyeti kritik bir role sahiptir (Bayuk ve Küçük, 2007: 287).

Sağlık hizmetlerinde bakım ve tedavi kalitesi ile ilgili uygulamaların Eski Mısır, Asur, Çin gibi eski medeniyetlerin çoğunda olduğu görülmektedir. Eski medeniyetlerin bir çoğunda tıp okullarının ve nitelikli sağlık tedavisi geleneklerinin olduğu bilinmektedir (Esatoğlu, 1997). Mısır tarihine ait belgelerde tıbbi uygulamalara ilişkin çeşitli standartlara rastlanmaktadır. Bunun yanında günümüzdeki tıp yemininin de dayandırıldığı Hipokrat'ın çeşitli mesleki yazılı kurallarının olduğu, Eski Çin medeniyetinde doktorların mesleğini uygulamasına yönelik ilkelerin olduğu görülmektedir (Kaya, 2005).

Sanayi Devrimi ile birlikte Batılı ülkelerde artan nüfus, göçler, kentleşme, yoksulluk gibi problemler sağlık sorunlarının önemli bir problem haline gelmesine yol açmıştır. Buna karşılık bilimsel buluşların artmasına bağlı olarak hastalıkların tedavisi kolaylaşırken tıp mesleği yaygınlaşmış ve tıbbi tedavilerin uygulanması ile

ilgili kurallar ve yasal düzenlemeler artmıştır. Bu dönemdeki gelişmelere bağlı olarak bir çok sanayileşmiş ülkede sağlık hizmetlerine yönelik açık kuralların getirildiği görülmektedir. 20. Yüzyıla girilirken 1901 yılında ABD Tıp Birliği, hekimlik eğitimi ve mesleğini belirli kurallara bağlamıştır (Yerebakan, 2000: 23-25).

Modern dönemde sağlık hizmetlerinde kalite ve standartlarla ilgili ilk uygulamanın 1914 yılında bir doktor olan Ernest Codman'ın yapmış olduğu istatistiki çalışmalardır. Codman'ın ABD'de yapmış olduğu çalışmaların kalite ve standartlara ilişkin ilk uygulama olduğu kabul edilmektedir (Esatoğlu, 1997: 6). Codman'ın sağlık hizmetlerinde istatistikler tutarak bir takım standartlar geliştirmeye yönelik çabası Amerikan Cerrahlar Birliği (The American Collage of Surgeons/ACS)'nin harekete geçmesine yol açmış ve ACS, 1915 yılında hastane Standardizasyon Programı'nı başlatmıştır. ACS'nin başlattığı bu program günümüzde oldukça yaygınlaşmış olan akreditasyon uygulamalarının da başlangıcı olarak kabul edilmektedir. ACS, 1952 yılında Amerika'daki çeşitli sağlık kuruluşlarını bir araya getirerek Joint Commission on Accredition of Hospitals'ı (JCAH)'ı oluşturmuştur. JCAH, ABD'nin ulusal akreditasyon kuruluşudur. JCAH'nın geliştirmiş olduğu standartlar sağlık hizmetlerinin bir çok alanında uyulması gereken kuralları da oluşturmaktadır. Bunun yanında 1980'lerden itibaren hizmet kalitesi kavramının da bu çabaların içerisine dahil edildiği ve sağlık hizmetlerinde TKY uygulamalarının gelişmeye başladığı görülmektedir (Esatoğlu, 1997: 7; Yıldırım, 1998: 53).

2.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ÖLÇÜMÜ

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü hizmet kalitesi ölçüm yöntemleri ile yapılabilmektedir. Yukarıda ele alınan Parasuraman vd. (1985) ve Taylor ve Cronin (1994)'in geliştirdiği SERVQUAL ve SERVPERF ölçekleri bu konuda sıklıkla başvurulan ölçeklerdir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, daha çok müşteri memnuniyeti bağlamında ele alınan bir konudur. Bunun yanında işletmelerin kendi içinde

yaptıkları değerlendirmeler de mevcuttur. Bu değerlendirmeler kullanılan kaynakların hedeflere ulaşmayı ne kadar sağladığını tespit etmeye yöneliktir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçümü için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu hususta Qin (2009: 8-14), teknik/fonksiyonel ölçüm, üç bileşenli ölçüm, SERVQUAL yöntemi, 5Q yöntemi ve JCHAO modeli olmak üzere beş farklı ölçüm tekniğinden bahsetmektedir. Teknik ve fonksiyonel kalite ölçümleri sağlık hizmetleri ile ilgili literatürdeki teknik kalite ve fonksiyonel kaliteyi ölçerken hizmet sektörlerinde bir kalite ölçüm yöntemi olarak kullanılan SERVQUAL (ve ayrıca SERVPERF) da sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümünde kullanılmaktadır. Üç bileşenli ölçüm tekniği yapı, süreçler ve çıktı odaklı ölçüm yapmaktadır. Zineldin (2000, 2006)'in geliştirdiği 5Q modeli ise kaliteyi nesneler, süreçler, alt yapı, iletişim ve hizmet sunulan atmosfer olmak üzere beş boyutta ele alarak ölçmektedir. Son ölçüm tekniği olan JCHAO yönteminde ise sağlık hizmet kalitesi genel kabul görmüş boyutlar olan etkinlik, uygunluk, verimlilik, saygı ve bakım, güvenlik, süreklilik, güncellik ve kullanılabilirlik boyutlarıyla ölçmektedir.

Çalışmanın önceki bölümlerinde teknik kalite, fonksiyonel kalite, SERVQUAL, SERVPERF gibi kavramlar ele alındığı için burada tekrara girilmeden Zineldin'in sağlık hizmet kalitesinin ölçümü için geliştirdiği 5Q modelinden kısaca bahsedilecektir. Qin (2009: 14) ve Hussain ve Rahman (2012: 8-9)'ın aktardığına göre Zineldin (2006: 69-71)'in geliştirdiği tekniğin sağlık hizmetlerinde beş temel boyutta beş ayrı kalite tanımı vardır. Bunlar kısaca aşağıdaki şekildedir[1];

- ✓ **Nesne Kalitesi:** Bir hastanın hastayı ziyaret nedeni tedavi ihtiyacıdır. Tedavinin bu boyutu sağlık hizmetinin teknik boyutlarıyla ilgili olduğu için bu aşamada gerçekleştirilen klinik işlemler aynı zamanda teknik kaliteyi oluşturur.
- ✓ **Süreçlerin Kalitesi**: Bu boyut, bir sağlık kuruluşunda sağlık hizmetinin hangi aşamalarda nasıl sunulduğu ile ilgilidir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin bu boyutundaki ölçüm işlevsel kalitenin ölçümüdür. Doktor ve hemşirelerle sağlık personelinin görevlerini ne şekilde yerine getirdiği,

[1] Zineldin'in anılan kaynaklarına doğrudan ulaşılamadığı için Qin (2009) ile Hussain ve Rahman (2012)'ın aktardığı görüşlerden yararlanılarak konu ele alınmış ve asıl yazara ait 2000 ve 2006 tarihli kaynaklar Kaynakça'ya alınmamıştır.

hastanın bekleme süreleri, tedavi süreciyle ilgili çeşitli işlemlerin kalitesi bu boyut altında ölçümlenir.

- ✓ **Altyapı Kalitesi**: Bir sağlık hizmetini gerektiği gibi sunabilmek için gerekli olan temel kaynakların verimliliği ve kalitesinin ölçümüdür. Çalışanların yetkinlik ve becerileri, tecrübeleri, motivasyon ve tutumları, kullanılan teknoloji, işletme içi ilişkiler alt yapı kalitesinin ölçümünde göz önüne alınan unsurlardır. Ayrıca sağlık kuruluşunda bu kaynakların ve altyapının nasıl işletildiği ve yönetildiği ve bir kalite sorunudur ve bu boyut altında ölçümlenir.
- ✓ **Etkileşim Kalitesi**: Bu boyuta ilişkin ölçmede sağlık hizmetinin sunumunda gerçekleşen iletişim, karşılıklı etkileşim ve bilgi alışverişinin kalitesi ölçülmektedir. Bilgi alışverişi ve iletişim, hastaların ilgi ve bilgi ihtiyacını karşıladığı için hastalar tarafından çok önemsenmektedir. Bu boyutta ayrıca bir hastaya ayrılan zaman, tedavi sürecinin sosyal boyutları da ölçülür.
- ✓ **Atmosfer Kalitesi**: Sağlık hizmetinin sunulduğu ortam, atmosferi oluşturmaktadır ve bu atmosferin sıcaklığı, sağlık hizmeti alan için kritik bir öneme sahiptir.

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Değerlendirmeleri

Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmeleri, kaynakların daha iyi kullanılmasını amaçlamaktadır. Son yıllarda bu konuya olan ilgi artmakta ve bir çok sağlık işletmesi hizmet kalitesine yönelik değerlendirmeler yapmaktadır. Uygulamada iki farklı yaklaşımın olduğu görülmektedir. Bu yaklaşımları standartlara dayalı yaklaşımlar ve gösterge takibine dayalı yaklaşımlar olarak ele almak mümkündür (Kuş, 2006);

Standartlara dayalı yaklaşımlar;

- ✓ Hizmet üretiminde performansın ölçülmesinde önceden belirlenmiş standartların büyük bir önemi vardır. Standartlar, önceden belirlenmiş bir takım ilke ve kabul edilebilir performans seviyelerini gösteren kriterlerdir. Standart kavramı genel bir kavram olarak her alana özgü olarak

geliştirilebilmesine karşın son yıllarda sağlık hizmetlerine özgü olarak çeşitli standartların geliştirildiği görülmektedir. Standartlara dayalı performans ölçüm sistemlerinde son yıllarda en sık başvurulan standardizasyonlar ise akreditasyon, sertifikasyon ve kalite belgeleridir

Gösterge takibine dayalı yaklaşımlar;

- ✓ Sağlık hizmetlerinde özellikle kliniklerde sunulan tedavi hizmetlerinin performansını ölçmek için göstergelerin önemli bir yeri vardır. Göstergelere dayalı ölçümlerin son yıllarda yaygınlaştığı görülmektedir. Sunulan hizmetlere ait göstergeler, kliniklerde sunulan hizmetlerin yeterliliğini ve gelişim seviyesini ölçmekte kullanılmaktadır. Bunun yanında göstergelerden hareketle sağlık kuruluşundaki birimlerin önceden belirlenmiş standartlara ne kadar uyup uymadığı da tespit edilebilmektedir. Kliniklerde gerçekleşen ölüm oranları, hastanedeki enfeksiyon oranı, yatış süreleri, doğum oranları öne çıkan performans göstergelerinden bazılarıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
BEKLENEN SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE ALGILANAN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK İZMİR İLİ'NDE BİR UYGULAMA

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, İzmir İlinde özel bir sağlık kuruluşunda sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların algılamalarına bağımlı beklenen ve algılanan hizmet kalitesini SERVQUAL'e dayalı olarak incelemektir.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemi, İzmir'deki özel sağlık kuruluşlarında tedavi gören ve kolayda örneklemine göre seçilen 250 hastadan oluşmaktadır.

Görülen tedavi, tedavi süresi, tedavideki iyileşme durumu, yaş cinsiyet, gelir durumu, meslek ve diğer konularda ayrım yapmaksızın seçilen hastalardan kendi rızaları ile anketleri doldurması istenmiştir. 250 hastanın doldurduğu anketlerden iki tanesinin araştırma için kullanmaya elverişli olmadığı görüldüğünden bunlar değerlendirme dışında tutulmuş ve analiz, 248 anket üzerinden yapılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırmada Parasuraman, Berry ve Zeithaml'ın ortaklaşa olarak çeşitli tarihlerde yaptığı araştırmalarla (1985, 1988, 1991) geliştirdiği "Hizmet Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçeğin orjinali beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış 22'şer sorudan oluşmakta ve sorular 7'li likert tipindedir (Karatepe, 1999: 50-52). Bu araştırmada sorular 5'li likert ölçek düzeninde yeniden düzenlenmiş ve bu şekilde uygulanmıştır.

Ölçek kendi içinde beklenen hizmet kalitesini ölçen 22 soru ve algılanan hizmet kalitesini ölçen 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, Parasuraman ve

arkadaşlarının hizmet kalitesi ile ilgili olarak literatüre kazandırdığı aşağıdaki beş boyutu ölçmektedir ve her boyutu ölçen soruların sıra numarası şu şekildedir (Karatepe, 1999: 52);

Beklenen Hizmet Kalitesi için boyutlar ve her boyuta karşılık gelen sorular:

- ✓ Fiziksel Özellikler Boyutu: 1., 2., 3. ve 4. Sorular,
- ✓ Güvenilirlik Boyutu : 5., 6., 7., 8. ve 9. Sorular,
- ✓ Heveslilik Boyutu : 10., 11., 12. ve 13. Sorular,
- ✓ Güvence Boyutu : 14., 15., 16. Ve 17. Sorular,
- ✓ Empati Boyutu : 18., 19., 20., 21. Ve 22. Sorular.

Algılanan Hizmet Kalitesi için boyutlar ve her boyuta karşılık gelen sorular:

- ✓ Fiziksel Özellikler Boyutu: 1., 2., 3. ve 4. Sorular,
- ✓ Güvenilirlik Boyutu : 5., 6., 7., 8. ve 9. Sorular,
- ✓ Heveslilik Boyutu : 10., 11., 12. ve 13. Sorular,
- ✓ Güvence Boyutu : 14., 15., 16. Ve 17. Sorular,
- ✓ Empati Boyutu : 18., 19., 20., 21. Ve 22. Sorular.

Literatürde oldukça yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin bir çok araştırmacı tarafından kullanıldığı görülmektedir. Söz konusu araştırmalarda ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve ölçeğin bazı eksik yanlarına rağmen sağlık hizmet kalitesini ölçmeye yeterli ve literatüre büyük katkılar sağlayan bir ölçek olarak kabul edilmiştir. Hizmet kalitesini ölçme kapasitesi nedeniyle bu ölçeğin araştırmacılar tarafından en sık olarak kullanılan ölçek olduğu görülmektedir (Karatepe, 1999: 61-62). Ölçeğin başarısının teyid edilmiş olması nedeniyle bizim araştırmamızda da aynı ölçeğin güvenilir bir şekilde kullanılmasına zemin hazırlamıştır. Ayrıca araştırmanın uygulama kısmının iç tutarlığını sağlamak için ölçekle elde edilen verilere yönelik çeşitli istatistik testler yapılmış ve ölçeğin araştırmamızın amacına uygun ölçüm yaptığı görülmüştür.

Araştırmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenilirliğini test etmek için madde toplam korelasyonları ve Cronbach Alfa değeri analiz edilmiştir. Hizmet Kalitesi Ölçeği maddeleri için içsel tutarlılık Cronbach Alfa değeri algılanan hizmet için 0,989; beklenen hizmet için 0,987 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen değerler

itibarıyla ölçeğin iç tutarlılığı yüksek seviyede çıkmıştır. Ölçeğin boyutlarına ilişkin güvenirlik düzeyi de yüksek olarak bulunmuştur.

Cronbach α (alpha) katsayısı olarak adlandırılan bu katsayı, Cronbach tarafından geliştirilmiş bir katsayı olup likert tipi ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için kullanılmaktadır. Bu katsayı ne kadar yüksek olur ve 1'e yaklaşırsa kullanılan ölçek o derece güvenilir bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alpha değerinin yüksek olması, ölçeğin içerdiği maddelerin birbiri ile tutarlı olması ve hedeflediği ölçümü başarıyla gerçekleştirdiğine işaret etmektedir (Erdem, 2007: 163).

Tablo 2. Araştırma Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

	Madde Sayısı	**Algılanan Hizmet**	**Beklenen Hizmet**
Fiziksel Özellikler	4	0,912	0,916
Heveslilik	5	0,911	0,899
Güvenilirlik	4	0,945	0,932
Güvence	4	0,887	0,864
Empati	5	0,803	0,815
Genel	22	0,989	0,987

3.4.ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE SINIRLILIKLARI

- ✓ Araştırmada katılımcıların soruları doğru cevapladığı varsayılmıştır.
- ✓ Araştırmanın sonuçları, araştırmanın örneklem ve evreni ile sınırlıdır. Her ne kadar elde edilen sonuçlardan genellemeler yapmak mümkünse de bu sonuçları bütün hastalara ait kesin sonuçlar olarak kabul etmek mümkün değildir.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ/ ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırma, beklenen ve algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörleri analiz etmektedir. Araştırmanın amaçları çerçevesinde bazı araştırma soruları oluşturulmuş ve Hizmet Kalitesi Ölçeği ile elde edilen veriler üzerinden bu bu soruların cevapları araştırılmıştır. Bu sorular aşağıdaki şekildedir;

1- Genel olarak beklenen ve algılanan hizmet düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

2- Hizmet bileşenleri açısından (fiziksel özellikler, heveslilik, güvenilirlik, güven ve empati) algılanan ve beklenen hizmet arasında anlamlı farklılık var mıdır?

3- Algılanan ve beklenen hizmet cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?

4- Algılanan ve beklenen hizmet medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

5- Algılanan ve beklenen hizmet eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

6- Algılanan ve beklenen hizmet yaşa göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

7- Algılanan ve beklenen hizmet sosyal güvenceye göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 Paket Programı ile yapılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken; standart sapma, ortalama ve frekans gibi tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra Kolmogorov Smirnov testi ile de parametrik varsayımların sağlanıp sağlanmadığı araştırılmıştır.

Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilkve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Veriler normal dağılımdan gelmediği için parametrik olmayan Kruskall Wallis H testi farkın incelenmesi amacı ile uygulanmıştır. Ayrıca analiz sonuçları değerlendirilirken istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p< 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, hastalara uygulanan anketlerden elde edilen verilerin analizi sonucu ulaşılan bulgular ortaya konmuştur. Bulgular, araştırmanın hipotezlerine göre sırayla verilmiştir.

3.7.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, yaşı ve sahip olduğu sosyal güvence türü sağlık hizmet kalitesi ile ilgili beklenti ve algıları etkileyeceği düşünülen değişkenler olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle katılımcıların bu değişkenlere ait bilgileri elde edilmiştir. Katılımcı hastaların demografik özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		Frekans (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	160	65,5
	Erkek	88	35,5
	Toplam	248	100
Medeni Durum	Bekâr	105	42,3
	Evli	143	57,7
	Toplam	248	100
Eğitim Seviyesi	Okur-Yazar	12	4,8
	İlkokul Mezunu	18	7,3
	Ortaokul Mezunu	15	6
	Lise Mezunu	80	32,3
	Üniversite Mezunu	113	45,6
	Lisansüstü Mezunu	10	4
	Toplam	248	100
Gelir Seviyesi	500-1000 TL arası	35	14,1
	1001-2000 TL arası	94	37,9
	2001-3000 TL arası	61	24,6
	3000 TL'den fazla	58	23,4
	Toplam	248	100
Yaş	0-19	10	4
	20-29	111	44,8
	30-39	75	30,2
	40-49	31	12,5
	50 ve üzeri	21	8,5
	Toplam	248	100
Sosyal Güvence	Bağ-Kur	30	12,1
	SSK	185	74,6
	Emekli Sandığı	14	5,6
	Özel Sigorta	15	6
	Sosyal Güvencesi Yok	4	1,6
	Toplam	248	100

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyete göre dağılımı frekans ve % oranlar şeklinde çıkarılmıştır. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımına bakıldığı zaman 248 katılımcının % 65,5'ine karşılık gelen 160 hastanın kadın olduğu görülmektedir. Geriye kalan 88 hasta ise erkektir. Araştırmaya katılan hastaların yüzde dağılımı kadınlar lehinedir.

Sağlıkta müşteri (hasta) memnuniyetinin hizmet kalitesi üzerine etkisi adlı araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine ilişkin dağılımlar tablo 5.1'de görülmektedir. Bu bilgilere göre araştırmaya katılan hastaların %65,5'inin kadın ve

%35,5'inin erkek olduğu anlaşılmaktadır. Oranlar göz önüne alındığında araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun kadın olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalardan 105 kişi (% 42,3) bekar iken 143 kişi (% 57,7) ise evlidir. Bu da oransal olarak arada aşırı bir fark olmamasına karşın katılımcıların çoğunluğunun evli olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyi beş kategoride ele alınmıştır. Okuryazarlık seviyesinde eğitimi olan 13 katılımcının (% 4,8) olduğu görülmektedir. İlkokul mezunu 18 (% 7,3) katılımcı varken ortaokul mezunu katılımcı sayısı ise 15 (% 6)'tir. Katılımcılardan 80 hasta (% 32,3) lise mezunu, 113 hasta (% 45,6) üniversite mezunu ve 10 hasta (% 4) ise lisansüstü eğitim mezunudur.

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığı zaman üniversite ve üzeri eğitim görenlerle daha alt seviyede eğitim alanların oranı birbirine denk seviyededir. Ancak genel olarak katılımcıların eğitim seviyesinin düşük olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırmaya katılan hastaların % 37,9'unun ortalama kazancının 1001-2000 TL arasında olduğu, % 24,6'sının ortalama kazancının 2001-3000 TL arasında olduğu, % 23,4'ünün ortalama kazancının 3000 TL'den fazla olduğu ve % 14,1'inin ortalama kazancının 500-1000 TL arasında olduğu anlaşılmaktadır. Bu bilgilere göre araştırmaya katılan hastaların büyük oranda hanelerine giren kazancın 1001-2000 TL arasında olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların % 44,8'inin 20-29 yaşları arasında olduğu, % 30,2'sinin 30-39 yaşları arasında olduğu, % 12,5'inin 40-49 yaşları arasında olduğu, % 8,5'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu ve en az oranda araştırmaya katılan bireylerin 0-19 yaşları arasında olduğu anlaşılmaktadır. Bu bilgilere göre araştırmaya katılan 20-29 yaşları arasındaki hastaların oranının daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların % 74,6'sının sosyal güvencesinin SSK olduğu, % 12,1'inin sosyal güvencesinin Bağ-Kur olduğu ve diğer sosyal güvenceye sahip hastaların SSK ve Bağ-Kurlu hastalara oranla daha az olduğu anlaşılmaktadır. Diğer bir ifade ile araştırmaya katılan hastaların büyük oranda sosyal güvencesinin SSK olduğu söylenebilir.

3.7.2. Beklenen Hizmet ve Algılanan Hizmet Kalitesine Ait Bulgular

Araştırmada hastaların beklediği hizmet kalitesi ile algıladığı hizmet kalitesi arasındaki farkın hasta memnuniyetine etkisini ölçmek için çeşitli analizler yapılmıştır. Yapılan analizler ve elde edilen bulgular aşağıda gösterilmiştir.

3.7.2.1. Sorular İtibarıyla Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Farkları

Araştırmaya katılan hastaların sağlıktan bekledikleri hizmet kalitesi ile algıladıkları hizmet kalitesi arasındaki farklılıkların incelenmesi amacı ile her bir soru (madde) için ortalamalar yöntemi uygulanmıştır ve her bir madde için hastaların bekledikleri hizmetler ile algıladıkları hizmetler arasındaki fark alınarak incelenmiştir. Bu analiz, sorular bazında yapılmış olup hizmet kalitesinin boyutları itibarıyla ayrıca tekrarlanmış ve aşağıda tekrar açıklanmıştır.

Elde edilen ortalamalar incelendiğinde hastaların hizmet kalitesine ilişkin beklentilerinin algıladıkları hizmet kalitesinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla hastaların değerlendirmesine göre alınan hizmet kalitesi beklenilen hizmet kalitesinin altında kalmaktadır. Tablolarda aradaki farkın gösterisi esnasında Beklenen Hizmet “B” ile Algılanan Hizmet ise “A” ile gösterilmiştir.

Tablo 4. Sorular İtibarıyla Beklenen Hizmet İle Algılanan Hizmet Ortalamaları

Ölçek Boyutları			Beklenen Hizmet				Algılanan Hizmet				Fark
		N	MİN	MAX	Ort.	Ss	MİN	MAX	Ort.	Ss	
Fiziksel Özellikler	Soru 1	248	1	5	4,4032	1,07168	1	5	3,7863	1,16923	-0,6169
	Soru 2	248	1	5	4,3831	1,05056	1	5	3,7944	1,13557	-0,5887
	Soru 3	248	1	5	4,5363	1,00942	1	5	3,8871	1,09994	-0,6492
	Soru 4	248	1	5	4,5766	,97030	1	5	3,6694	1,19528	-0,9072
Heveslilik	Soru 5	248	1	5	4,4960	,98572	1	5	3,7500	1,13198	-0,7460
	Soru 6	248	1	5	4,5000	,97748	1	5	3,7218	1,14496	-0,7782
	Soru 7	248	1	5	4,5040	,98160	1	5	3,8105	1,13482	-0,6935
	Soru 8	248	1	5	4,4073	1,01381	1	5	3,8185	1,12180	-0,5888
Güvenilirlik	Soru 9	248	1	5	4,5040	,95230	1	5	3,9113	1,03001	-0,5927
	Soru 10	248	1	5	4,5323	,90822	1	5	3,9435	1,08208	-0,5888
	Soru 11	248	1	5	4,4194	,95736	1	5	3,8226	1,11340	-0,5968
	Soru 12	248	1	5	4,5081	,93511	1	5	3,8468	1,08389	-0,6613
	Soru 13	248	1	5	4,5363	,89006	1	5	3,9798	1,04339	-0,5565
Güven	Soru 14	248	1	5	4,5565	,90256	1	5	3,9153	1,07082	-0,6412
	Soru 15	248	1	5	4,5323	,89475	1	5	3,8992	1,05416	-0,6331
	Soru 16	248	1	5	4,5121	,94797	1	5	3,9355	1,07034	-0,5766
	Soru 17	248	1	5	4,5444	,93409	1	5	3,9798	1,02775	-0,5646
Empati	Soru 18	248	1	5	4,4315	,99967	1	5	3,8468	1,11337	-0,5847
	Soru	248	1	5	4,5000	,93514	1	5	3,8871	1,06250	-0,6129
	Soru 20	248	1	5	4,4153	1,00650	1	5	3,8629	1,09718	-0,5524
	Soru 21	248	1	5	4,5202	,93059	1	5	3,9194	1,06544	-0,6008
	Soru 22	248	1	5	4,3750	1,00631	1	5	3,7984	1,12735	-0,5766
Genel					4,4861	0,9664			3,8539	1,0989	-0,6322

Hastaların ölçekte yer alan sorulara verdiği cevaplardan elde edilen bulgulara bakıldığı zaman hastaların sağlık kuruluşlarındaki beklentileri içerisinde en öne çıkan husus servis alanı, odalar, tuvaletler ve diğer kullanım alanlarının temizliğidir. Elde edilen sonuçlara göre hastaların temizlik konusundaki beklentileri yüksek olmasına karşın algıladıkları hizmet kalitesi düşüktür. Ayrıca maddeler itibarıyla ele alındığında beklenilen hizmet ile algılanan hizmet farkının en yüksek olduğu madde temizlikle ilgili olan bu maddedir.

Hastanelerin temizliği ve çalışanların temizlik konusunda yavaş hizmet vermeleri hastaların en şikayetçi olduğu konu olarak öne çıkmaktadır. Hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin en düşük olduğu hususlardan birisi de çalışanların hevesliliğidir.

Hastaların temizlikten sonraki en yüksek beklentisi güven duygusu yönündedir. Hastaların kayıtların tutulması ve sorulan soruların doğru cevaplanması konusundaki beklentilerinin yüksek olduğu ancak bu hususlarda algıladıkları hizmet kalitesinin düşük olduğu görülmektedir.

Ölçekte yer alan 22 maddenin ortalamasına bakıldığı zaman ortalamalar itibarıyla algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesinden daha düşük olduğu görülmektedir. Bu da hastaların genel olarak aldıkları hizmetin kalitesini beklentilerine göre yeterli bulmadıklarını göstermektedir.

3.7.2.2. Boyutlar İtibariyle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Farkları

Parametrik ya da parametrik olmayan testlerin hangilerinin kullanılacağının tespiti için algılanan ve beklenen hizmet alt boyutlarının normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Kolmogrov Smirnov testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo x. de verilmiştir.

Tablo 5. Algılanan Ve Beklenen Hizmet Alt Boyutlarının Normal Dağılıma Uygunluğunun (Kolmogrov Smirnov Testi)

	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Statistic	sd	p
Fiziksel Özellikler (Beklenen)	0,293	248	0,000
Heveslilik (Beklenen)	0,290	248	0,000
Güvenilirlik (Beklenen)	0,284	248	0,000
Güven (Beklenen)	0,308	248	0,000
Empati (Beklenen)	0,273	248	0,000
Fiziksel Özellikler (Algılanan)	0,158	248	0,000
Heveslilik (Algılanan)	0,152	248	0,000
Güvenilirlik (Algılanan)	0,161	248	0,000
Güven (Algılanan)	0,165	248	0,000
Empati (Algılanan)	0,163	248	0,000

Kolmogrov-Smirnov testine göre algılanan ve beklenen hizmet alt boyutlarının normal dağılımdan farklılık gösterdiği görülmüş ve dolayısı ile karşılaştırmalarda parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Tablo 5'de boyutlar itibarıyla ele alındığı zaman beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin farklı düzeylerde gerçekleştiği görülmektedir. Analizde elde edilen bulgulara göre, beş boyutun beklenen hizmet kalitesi ortalaması 22,43 puan iken algılanan hizmet kalitesi ortalaması daha düşük seviyede gerçekleşmiş olup 19,25'tir. Bu da hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin boyutların genelinde bekledikleri hizmet kalitesinin altında kaldığı görülmektedir.

Tablo 6. Boyutlar İtibariyle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi

ÖLÇEK BOYUTLARI		**BEKLENEN HİZMET (B)**				**ALGILANAN HİZMET (A)**				**FARK (A-B)**	**Wilcoxon testi (p)**
	N	MİN	MAX	Ort. ($\bar{X}$)	Ss	MİN	MAX	Ort. ($\bar{X}$)	Ss		
Fiziksel Özellikler	248	1	5	4,47	1,02	1	5	3,78	1,1500	-0,69	0,000*
Heveslilik	248	1	5	4,47	0,98	1	5	3,77	1,1334	-0,70	0,000*
Güvenilirlik	248	1	5	4,50	0,92	1	5	3,90	1,0706	-0,59	0,000*
Güven	248	1	5	4,53	0,91	1	5	3,93	1,0558	-0,60	0,000*
Empati	248	1	5	4,44	0,97	1	5	3,86	1,0932	-0,58	0,000*
Genel				22,43	3,81			19,25	5,5030	-3,18	0,000*

* $p<0,05$

A: Hastaların Algıladıkları Hizmet Kalitesi

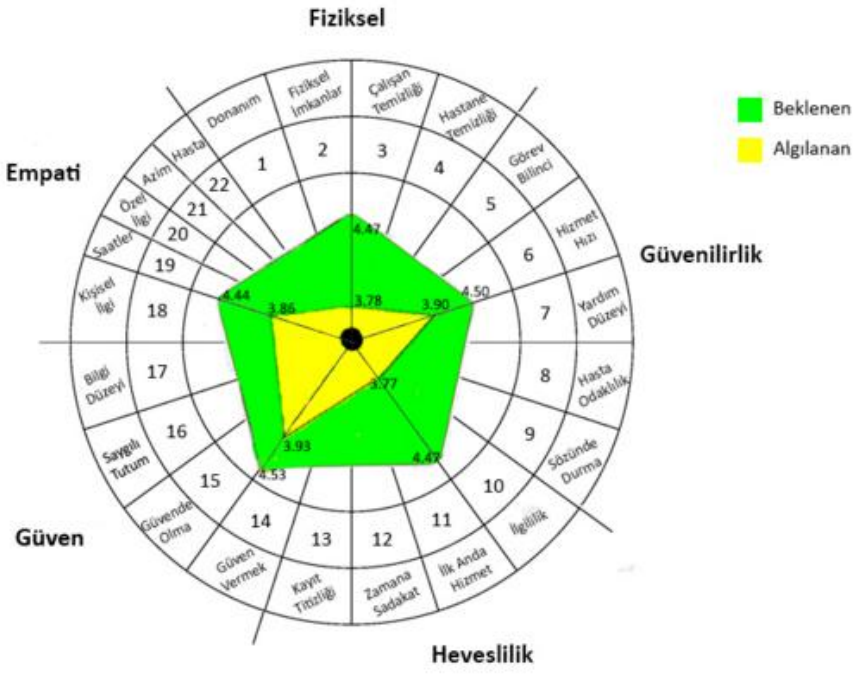
B: Hastaların Bekledikleri Hizmet Kalitesi

Boyutlar içerisinde hizmet kalitesi beklentisinin en yüksek olduğu boyutlar sırasıyla; güven, güvenilirlik, heveslilik, fiziksel özellikler ve empatidir. Dolayısıyla hastaların hizmet kalitesi açısından önceliğinin güvenilirlik ve güven olduğunu söylemek mümkündür.

Boyutlar içerisinde beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi farkının en yüksek olduğu boyut heveslilik boyutudur. Heveslilik boyutunu fiziksel özellikler boyutu takip etmektedir. Güven boyutu üçüncü sırada gelirken güvenilirlik boyutu dördüncü sırayı almaktadır. Empati boyutu ise beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi farkının en az olduğu boyut olarak dikkat çekmektedir. Boyutlar açısından hastaların bütün boyutlarda bekledikleri hizmet kalitesinin altında algılamada oldukları görülmektedir.

- ✓ Bulgulara göre hastaların fiziksel özellikler boyutunda hizmet kalitesi beklenti ortalaması 4,47 civarında iken algılanan hizmet kalitesi ortalaması ise 3,78 civarındadır. Fiziksel özellikler boyutunda algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesinden anlamlı derecede daha küçüktür ($p<0,05$).
- ✓ Hastaların heveslilik boyutunda hizmet kalitesi beklenti ortalaması 4,47 iken algılanan hizmet kalitesi ortalaması 3,77'dir. Heveslilik boyutunda algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet kalitesinden anlamlı derecede daha küçük ($p<0,05$). olup heveslilik boyutu beklentilerin en az karşılandığı boyut olarak karşımıza çıkmaktadır.
- ✓ Hastaların güvenilirlik boyutunda hizmet kalitesi beklenti ortalaması 4,50 iken algıladıkları hizmet kalitesi ortalaması 3,90 seviyesindedir. Güvenilirlik boyutunda algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesinden anlamlı derecede daha küçüktür($p<0,05$).
- ✓ Hastaların güven boyutunda hizmet kalitesi beklentisinin ortalaması 4,53 iken algılanan hizmet kalitesi ortalaması 3,93'te kalmıştır. Dolayısıyla güven boyutunda algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet kalitesinden anlamlı derecede daha küçüktür ($p<0,05$).
- ✓ Hastaların empati boyutundaki bekledikleri hizmet kalitesi ortalaması 4,44 iken algıladıkları hizmet kalitesi 3,86'dır. Empati boyutunda algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet kalitesinden anlamlı derecede daha küçüktür ($p<0,05$).

Şekil 4. Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Farkının Grafik Gösterimi



Hastaların bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesini boyutlar itibarıyla ele aldığımızda; hastaların bütün alt boyutlardaki algıladıkları hizmet kalitesi bekledikleri hizmet kalitesinin altında kalmıştır.

3.7.3. Demografik Özelliklerin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine gore Değişimi

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi beklentisi ve algısını etkileyen faktörleri incelemeye yönelik olarak yapılan bilimsel çalışmalarda çeşitli demografik faktörlerin sonuçlar üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. Bu araştırmada da bu faktörlerin hastalardaki beklenen ve algılanan sağlık hizmet kalitesine bir etkisinin olup olmadığı istatiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

3.7. 3.1.Algılanan ve Beklenen Hizmetin Cinsiyete Göre Değişimi

Algılanan ve beklenen hizmet düzeyinin cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğinin araştırılması amacı ile parametrik olmayan istatistiksel yöntemler uygulanmıştır.

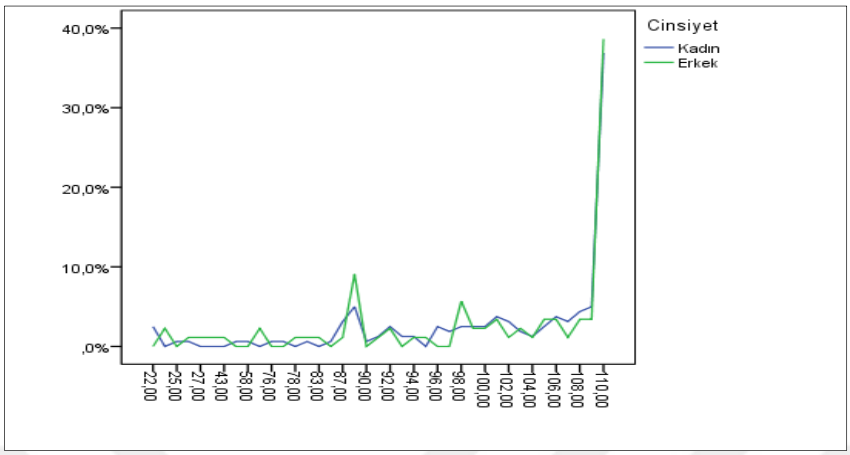
Tablo 7. Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Gruplar	N	$\bar{x}_{sira}$	Mann Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Beklenen Hizmet	Kadın	160	125,85	6824,00	10740,00	-,411	,681
	Erkek	88	122,05				
Algılanan Hizmet	Kadın	160	123,88	6940,00	19820,00	-,185	,853
	Erkek	88	125,64				

Hipotezler:

H_0: Algılanan ve beklenen hizmet cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.
H_1: Algılanan ve beklenen hizmet cinisyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.
Hastaların cinsiyetlerinin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi üzerindeki etkisini test etmek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre algılanan hizmet ve beklenen hizmet düzeyi cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.(p=0,681; p=0,853; p>0,05).Diğer bir ifadeile hastaların erkek ya da kadın olması, beklenen ya da algılanan hizmet kalitesini etkilememektedir.

Şekil 5. Cinsiyet İle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin İlişkisi



Cinsiyetin hizmet kalitesi beklenti ve algısına etkisi için yapılan testler, cinsiyetin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi açısından bir farklılık yaratmadığını ortaya koymaktadır.

3.7.3.2. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Medeni Duruma Göre Değişimi

Hastaların evli veya bekâr olmalarının sağlıkta bekledikleri ve algıladıkları hizmet üzerinde etkisi olup olmadığının araştırılması amacı ile parametrik olmayan istatistiksel yöntemler uygulanmıştır.

Tablo 8. Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Gruplar	N	$\bar{x}_{sira}$	**Mann Whitney U**	**Wilcoxon W**	**Z**	**p**
Beklenen	**Bekâr**	105	120,30	7066,500	12631,500	-,812	,417
Hizmet	**Evli**	143	127,58				
Algılanan	**Bekâr**	105	133,57	6555,500	16851,500	-1,709	,087
Hizmet	**Evli**	143	117,84				

Hipotezler:

H_0: Algılanan ve beklenen hizmet düzeyi medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_1: Algılanan ve beklenen hizmet düzeyi medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastaların medeni durumu ile hizmet kalitesi beklenti ve algıları arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre algılanan ve beklenen hizmet medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.(p=0,417; p=0,087; p>0,05). Diğer bir ifadeile beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile medeni durum arasında istatiksel olarak anlamlı düzeyde herhangi bir ilişki yoktur.

3.7.3.3. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Eğitim Durumuna Göre Değişimi

Araştırmalarda hastaların beklediği ve algıladığı hizmet kalitesinin eğitim durumuna göre farklılaşabildiği görülmektedir. Bizim araştırmamızda da eğitim durumu ile beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasında bir ilişki olup olmadığını ölçmek için parametrik olmayan testler yapılmıştır.

Tablo 9. Eğitim Durumu İle Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi İlişkisi

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sira}$	x^2	sd	p
Beklenen Hizmet	Okur-Yazar	12	131,79	6,999	5	,221
	İlkokul Mezunu	18	147,42			
	Ortaokul Mezunu	15	97,93			
	Lise Mezunu	80	133,59			
	Üniversite Mezunu	113	118,69			
	Lisansüstü Mezunu	10	107,20			
Algılanan Hizmet	Okur-Yazar	12	159,92	5,379	5	,371
	İlkokul Mezunu	18	108,03			
	Ortaokul Mezunu	15	113,40			
	Lise Mezunu	80	131,18			
	Üniversite Mezunu	113	120,86			
	Lisansüstü Mezunu	10	116,05			

Hipotezler:

H_0: Algılanan ve beklenen hizmet eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_1: Algılanan ve beklenen hizmet eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hastaların eğitim durumlarının beklenen ve algılanan hizmet kalitesine etkisini ölçmek için Kruskall Wallis H Testi yapılmıştır. Yapılan testin bulgularına göre algılanan ve beklenen hizmetin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür($p=0,221$; $p=0,371$; $p>0,05$).

3.7.3.4. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Gelir Düzeyine Göre Değişimi

Gelir seviyesi beklentileri ve algıları etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle araştırmamıza katılan hastaların hizmet kalitesi beklenti ve

algılarının gelir seviyesine göre değişip değişmediğini ölçmek için parametrik olmayan testler yapılmıştır.

Tablo 10. Gelir Seviyesi ile Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi İlişkisi

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sira}$	x^2	sd	p
Beklenen Hizmet	500-1000 TL arası	35	126,29	3,733	3	,292
	1001-2000 TL arası	94	125,63			
	2001-3000 TL arası	61	134,98			
	3000 TL ve üzeri	58	110,57			
Algılanan Hizmet	500-1000 TL arası	35	156,11	9,4923	3	,023*
	1001-2000 TL arası	94	113,98			
	2001-3000 TL arası	61	128,52			
	3000 TL ve üzeri	58	118,25			

Hipotezler:

H_0: Algılanan ve beklenen hizmet kalitesi düzeyi gelire göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_1: Algılanan ve beklenen hizmet düzeyi gelire göre anlamlı farklılık göstermektedir.

.

Algılanan ve beklenen hizmet seviyesinin gelir gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için yapılan Kruskall Wallis H Testi bulgularına göre iki farklı sonuç elde edilmiştir (p=0,292; p>0,05 p=0,023; p<0,05).

- ✓ Beklenen hizmet seviyesi gelir gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05)
- ✓ Algılanan hizmet düzeyi, gelir seviyesine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.
- ✓

Tablo 11. Gelir Düzeyinin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Değişimi

(I) Ortalama Kazanç	(J) Ortalama Kazanç	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	%95 Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
500-1000 TL arası	1001-2000 TL arası	11,47933*	4,10511	,006	3,3933	19,5653
	2001-3000 TL arası	6,42998	4,39607	,145	-2,2291	15,0891
	3000 TL'den fazla	10,12020*	4,43733	,023	1,3798	18,8606
1001-2000 TL arası	500-1000 TL arası	-11,47933*	4,10511	,006	-19,5653	-3,3933
	2001-3000 TL arası	-5,04935	3,40852	,140	-11,7632	1,6645
	3000 TL'den fazla	-1,35913	3,46156	,695	-8,1775	5,4592
2001-3000 TL arası	500-1000 TL arası	-6,42998	4,39607	,145	-15,0891	2,2291
	1001-2000 TL arası	5,04935	3,40852	,140	-1,6645	11,7632
	3000 TL'den fazla	3,69022	3,80210	,333	-3,7989	11,1793
3000 TL'den fazla	500-1000 TL arası	-10,12020*	4,43733	,023	-18,8606	-1,3798
	1001-2000 TL arası	1,35913	3,46156	,695	-5,4592	8,1775
	2001-3000 TL arası	-3,69022	3,80210	,333	-11,1793	3,7989

Algılanan hizmet seviyesinin gelire göre anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edildikten sonra farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için LSD çoklu karşılaştırma testi yapılmış ve sonuçları Tablo 12' de verilmiştir. Bu sonuçlara göre; 500-1000 TL gelire sahip olan kişilerin algılanan hizmet düzeyi, 1001-2000 TL ve 3000 TL den fazla geliri olan kişilerin algıladıkları hizmet düzeyinden anlamlı derecede farklı ve yüksektir. Diğer gelir gruplarının algıladıkları hizmet düzeyleri arasında ise anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

3.7.3.5. Algılanan ve Beklenen Hizmetin Yaşa Göre Değişimi

Yaş, birçok konuda sonuca etki eden bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu özelliği dolayısı ile algılanan ve beklenen hizmet düzeylerinin yaşa göre anlamlı düzeyde değişip değişmediğini tespit etmek üzere parametrik olmayan testler yapılmıştır.

Tablo 12. Yaşın Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sira}$	x^2	sd	p
Beklenen Hizmet	0-19	10	88,00	9,102	4	,059
	20-29	111	122,38			
	30-39	75	128,73			
	40-49	31	110,97			
	50 ve üzeri	21	157,95			
Algılanan Hizmet	0-19	10	162,15	5,135	4	,274
	20-29	111	126,45			
	30-39	75	126,49			
	40-49	31	113,52			
	50 ve üzeri	21	105,38			

Hipotezler:

H_0: Algılanan ve beklenen hizmet yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_1: Algılanan ve beklenen hizmet yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Algılanan ve beklenen hizmet düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Kruskall Wallis H Testi sonuçlarına göre algılanan ve beklenen hizmet düzeyi yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir($p=0,059$; $p=0,274$; $p>0,05$). Bu sonuçtan hareketle literatürdeki bir çok araştırmasının bulgusunun aksine yaşın beklenen ve algılanan hizmet kalitesi değişimi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını söylemek mümkündür.

3.7.3.6. Sosyal Güvencenin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi

Türkiye'de sağlık hizmetleri, farklı sosyal güvence sistemleri çerçevesinde sunulmaktadır. Literatürde sosyal güvence farklılığının beklenen ve algılanan hizmet kalitesini etkilediğine işaret eden araştırmalar vardır. Bu nedenle bu çalışmada da algılanan ve beklenen hizmet düzeylerinin sosyal güvence varlığı durumuna göre anlamlı düzeyde değişip parametrik olmayan istatiksel yöntemlerle test edilmiştir.

Tablo 13. Sosyal Güvencenin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi

Puan	**Gruplar**	N	$\bar{x}_{sira}$	x^2	sd	p
Beklenen Hizmet	Bağ-Kur	30	110,28	6,755	4	,149
	SSK	185	130,22			
	Emekli Sandığı	14	91,68			
	Özel Sigorta	15	123,00			
	Sosyal Güvencesi Yok	4	86,88			
Algılanan Hizmet	Bağ-Kur	30	106,83	3,524	4	,474
	SSK	185	129,15			
	Emekli Sandığı	14	119,89			
	Özel Sigorta	15	107,43			
	Sosyal Güvencesi Yok	4	122,00			

Hipotezler:

H_0: Algılanan ve beklenen hizmet düzeyi sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_1: Algılanan ve beklenen hizmet düzeyi sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için yapılan Normallik Testi'nde verilerinnormal dağılımda gelmediği görüldüğünden yapılan Kruskall Wallis H Testi sonuçlarına göre algılanan ve beklenen hizmetin sosyal güvence

durumuna gore anlamh diizeyde farkhhk giistermedigi giiriilmii§tiir(p O,149; p 0,474; p>O,OS). Diger bir ifade ile farkh sosyal giivenceye sahip hastalarm algilanan ve beklenen hizmet diizeyleri arasmda anlamh diizeyde farkhhk bulunmamaktad!r.

SONUÇ

Toplumların bilinçlenmesine ve sosyal açıdan gelişmesine bağlı olarak sağlık hizmetlerine yönelik beklentiler artmaktadır. Öte yandan gelişen teknolojik imkanlar ve tıp bilimi sayesinde sağlık kuruluşlarının geçmişe göre daha kaliteli sağlık hizmeti sunma imkanları artmaktadır.

Gelişen teknoloji ile birlikte artan hizmet kalitesinin rekabeti daha da artırdığı günümüz piyasa koşullarında sağlık işletmelerinin hizmetin teknik boyutlarının yanında müşterinin farklı beklentilerini içeren farklı hususlara da özen göstermesi gerekmektedir. Çünkü teknolojinin yaygınlaştığı bir ortamda her sağlık kuruluşu teknik olarak aynı kalitede sağlık hizmeti üretebilmekte bu da hizmetin teknik özellikler bakımından tüketici için aynılaşmasına yol açmaktadır. Hizmetin kendisinin teknik boyut açısından homojenleştiği bir ortamda rekabeti sürdürebilmenin yolu, işletmeye sadık müşteriler yaratmaktan geçmektedir. Müşteri bağlılığı ve sadakati ise daha önce aynı hizmeti almış olan müşterilerin beklentilerinin karşılanarak müşteri memnuniyetinin sağlanması ile mümkündür.

Müşteri memnuniyeti, müşteri beklentilerinin karşılanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Dolayısı ile diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri sektöründe de kalitenin sunumunda müşteri beklentilerinin büyük önemi vardır. Kalite soyut bir kavram olduğu için oldukça güç tanımlanan ve hizmet sektöründe tüketicinin algısının belirleyiciliğinin ön plana çıktığı bir kavramdır. Tüketici algısının sonucu belirlemesi nedeniyle hizmetin sunumunda tüketici beklentilerinin göz önüne alınması ve tüketicinin algısının kaliteyi onaylayacak şekilde biçimlendirilmesi gerekmektedir.

Hizmet kalitesinin modern tanımı ve anlamına ulaşmasında önemli bir rolü olan Grönroos, Taylor, Cronin, Parasuraman, Zeithaml, Berry gibi araştırmacıları, sağlık hizmetlerinin teknik ve işlevsel kalitesinin önemine dikkat çekmişler ve müşteri memnuniyetinin beklentiler ve algıların etkisiyle oluştuğuna işaret etmişlerdir. Özellikle Parasuraman ve arkadaşlarının yaptığı çok sayıda çalışmada sağlık hizmetlerinde kalite, beklenen ve algılanan kalite olmak üzere iki yönüyle ele alınmıştır. Geliştirdikleri Hizmet Kalitesi Ölçeği'nde hizmet kalitesini fiziksel özellikler, güven, güvenilirlik, heveslilik ve empati olmak üzere beş temel boyutta

ele alarak tüketici memnuniyetinin bu boyutlar üzerinden farklı düzeylerde gerçekleştiğini ileri sürmüşlerdir.

Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirdikleri Hizmet Kalitesi Ölçeği (SERVQUAL), literatürdeki en yaygın hizmet kalitesi ölçme araçlarından birisidir. Beş boyutta ele alınan hizmet kalitesi, beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi olarak ayrı ayrı ölçülmektedir. Ölçeğin her bir maddesi ve alt boyutu açısından müşterinin beklediği ve algıladığı kalite tek tek hesaplanabilmektedir. Bu yönüyle ölçeğin ortaya koyduğu bulgular, sağlık kuruluşlarının sundukları hizmete yönelik beklenti ve algıların farkından yola çıkarak yolunda gitmeyen hususları düzenlemesi için bir yol da göstermektedir.

Bu araştırmada sağlık hizmet kalitesine yönelik olarak hastaların beklentileri ve algılarını etkileyen faktörler incelenmiş bir hastanede tedavi gören 248 hastadan toplanan veriler üzerinden beklenen ve algılanan sağlık hizmet kalitesini etkileyen faktörler analiz edilmiştir.

Araştırmamızın ilk bölümü 7 sorudan oluşan demografik özellikleri kapsamaktadır. Ölçekte beklenen hizmet kalitesini ve algılanan hizmet kalitesini ölçen 22'şer soru yer almaktadır. Ölçekten elde edilen verilerle hastaların hizmet kalitesi beklentisi ve hizmet kalitesi algısı ayrı ayrı ölçülerek beklentilerle algıların karşılaştırması yapılabilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların bekledikleri sağlık hizmet kalitesi ile algıladıkları sağlık hizmet kalitesi elde edilen veriler ışığında ayrı ayrı ölçülmüş ve aradaki fark yorumlanmıştır. Bunun yanında hastaların demografik özelliklerinin hizmet kalitesi beklenti ve algılamasında bir değişiklik yaratıp yaratmadığı çeşitli testlerle analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri aşağıdaki şekildedir;

- ✓ Hastaların 160'ı kadın, 88'i erkektir. Kadın hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir.
- ✓ Hastaların % 57,7'si evli % 42,3'ü bekardır. Evli hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir.
- ✓ Hastaların % 49,6'sı üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Ancak önemli sayıda ilkokul ve altı ile ortaokul mezunu hastanın olduğu

görülmektedir. Bu bakımdan katılımcıların eğitim seviyesinin hastaların bir grubu için düşük olduğunu söylemek mümkündür.

- ✓ Hastaların aylık kazanç ortalamasının 1.001-2.000 TL civarında olduğu görülmektedir. Bu rakamın düşük gelir seviyesine karşılık geldiğini söylemek mümkündür.
- ✓ Hastaların yaş aralığı ağırlıklı olarak 20-29 yaş grubudur. Dolayısıyla katılımcı hastaların önemli bir kısmının genç hastalar olduğunu söylemek mümkündür.
- ✓ Hastaların tamamının bir sosyal güvencesinin olduğu ve ağırlıklı olarak SSK olarak bilinen sosyal güvenlik sistemine dahil oldukları görülmektedir.

Ampirik araştırmalarda kullanılan veri toplama aracının geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olması büyük bir önem arzetmektedir. Parasuraman ve arkadaşlarının farklı çalışmalarda çeşitli düzenlemelerle geliştirdiği Hizmet Kalitesi Ölçeği, hizmet kalitesi ile ilgili literatürde en sık kullanılan ve başarısı kanıtlanmış bir ölçektir. Bizim araştırmamızda da ayrıca elde edilen verilerin geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş, Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin mükemmellik seviyesinde bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymuştur.

Hastaların sağlık hizmeti aldıkları kuruluşlarda sırasıyla temizlik ve güven konularına dikkat ettikleri görülmektedir. Hastaların aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili olarak en yetersiz buldukları hususlar sağlık kuruluşunun fiziksel özellikleri ile çalışanların hastalarla empati kuramamasıdır. Bunun yanında hastaların, çalışanların işlerini hevesle yapıp yapmama durumu konusunda da olumsuz bir bakış açısı içinde oldukları görülmektedir.

Hastalar, hizmet aldıkları sağlık kuruluşunun sunduğu hizmeti,empati hariç diğer boyutlarıyla bekledikleri hizmet kalitesinin altında görmektedirler

Güven boyutu, beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin en fazla örtüştüğü boyut olarak karşımıza çıkmaktadır. Heveslilik boyutu ise kalite beklentisi ile kalite algılaması arasındaki negatif farkın en yüksek olduğu boyut olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalar, çalışanların işini hevesle yapmadıkları kanaatindedirler. Heveslilik boyutunu fiziksel özellikler ve güven boyutu takip etmektedir. Empati

boyutu ise hastaların beklentilerinin en düşük boyut olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca empati konusunda hastaların şikayeti diğer boyutlara göre daha azdır.

Hastaların gelir seviyesi haricinde incelemeye dahil edilen cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, yaş ve sosyal güvenlik sahipliği ile ilgili demografik özelliklerinin beklenen sağlık hizmet kalitesi ve algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Demografik özellikler içerisinde sadece gelir seviyesinin bir etkisinin olduğu görülmektedir. Öte yandan gelir seviyesindeki herhangi bir farklılaşmanın beklenen hizmet kalitesini etkilemediği sadece algılanan sağlık hizmet kalitesini etkilediği görülmektedir. Bulgulara göre hastaların gelir seviyesi arttıkça algıladıkları hizmet kalitesi düşmektedir.

Sonuç olarak demografik özelliklerin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi üzerinde ayırt edici farklılıklara neden olmadığı testler aracılığı ile görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre, araştırmaya katılanların en fazla dikkat ettikleri olguların temizlik ve sağlık çalışanlarının hastalara verdiği güvendir. Dolayısıyla sağlık personelinin kuracağı ikili ilişkilerle yaracağı güven duygusunun ve hastaların temizlik gereksinimlerinin gerektiği şekilde karşılanmasının algılanan hizmet kalitesini artıracağını söylemek mümkündür.

KAYNAKÇA

Abd-el-Salam, E. M.; Shawky, A. Y.; El-Nahas, T. (2013). The İmpact of Corporate İmage and Reputation on Service Quality, Customer Satisfaction and Customer Loyalty: Testing The Mediating Role: Case Analysis İn An İnternational Service Company, **The Business & Management Review**, 3(2), January, pp: 177-196.

Acar, İ. A. (2012). Sağlık Hizmeti Açısından Öncü Göstergelerin Önemi, **Maliye Dergis**i, Sayı: 163, Temmuz-Aralık, ss: 1-14.

Akdemir, N.; Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, ss: 82-91.

Akdur, R. (1999).**Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması**, Ankara, 1999, http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf, Erişim: 01.02.2016.

Akgül, A. (1998). **Toplam Kalite Yönetim Sistemi**, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Yayını, Ankara.

Aktan, C. C., Işık, A. K. **Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler**.Erişim:http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik degisimcaginda/pdfaktan/sunum-alternatif.pdf, Erişim Tarihi: 05.03.2016.

Alnıaçık, Ü.; Özbek, V. (2009). Otobüs İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü-Kandıra Gürkan Turizm Örneği, **Uluslararası İktisadi Ve İdari İncelemeler Dergisi,** 1(3), Yaz, ss: 125-138.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi,** Sayı: 64, Ocak-Mart, ss: 33-58.

Ardıç, K.; Sadaklıoğlu, H. (2009). Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığında Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Tokat Örneği, **Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi**, 23(3), ss: 167-190.

Aslantekin F.; Göktaş, B.; Uluşen, M.; Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2(6), ss: 55-71.

Aydın, K. (2005). Hizmet İşletmelerinde SERVQUAL Yöntemi İle Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Kocaeli'ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması, **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, Sayı: 50, ss: 1101-1130.

Aydın, K.; Yıldırım, S. (2012). Hizmet Sektöründe SERVPERF Ölçeği ile Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi (Sağlık Hizmetleri Sektöründe Bir Uygulama, **Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi**, 1(2), Aralık, ss: 33-52.

Banar, K.; Ekergil, V. (2010). Muhasebe Meslek Mensuplarının Hizmet Kalitesi: Sunulan Hizmetlerin Kalitesi İle Müşteri Memnuniyeti İlişkisi, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 10(1), ss: 39-60.

Başar, P.; Yorulmaz, F (1995). Halk Sağlığı Açısından 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Rehabilitasyon ve Fizyoterapistin Rolü, **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,** 12(1,2,3), ss: 311-317.

Bayuk, N. (2006). Hizmet Pazarlaması Ve Müşteri Tutma (Service Marketing And Customer Retention), **Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi**, Sayı: 10, Eylül, 1-12.

Bülbül, H., Demirer, Ö. (2008).Hizmet Kalitesi Ölçüm ModelleriSERVQUAL ve SERPERF'in Karşılaştırmalı Analizi. **Selçuk ÜniversitesiSosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2008, (20): 181-198.

Chandrupatla, T. R. (2009). **Quality and Reliability in Engineering**, Cambridge University Press, http://assets.cambridge.org/97805215/15221/frontmatter/97-80521515221_frontmatter.pdf, Erişim: 10.02.2016.

Chen, F. Y.; Chang, Y. H. (2005). Examining Airline Service Quality From A Process Pespective, **Journal of Air Transport Management**, No: 11, pp: 79-87.

Cheng, S. H., Yang, M. C., Chıang, T. L., Patient Satisfaction With and Recommendation of a Hospital: Effects Of Interpersonal and Technical Aspects of Hospital Care,**International Journal for Quality in Health Care**, 2003, 15(4): 345-355.

Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., Kim, C (2004). The Relationships Among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral İntention İn Health Care Provider Choice: A South Korean Study, **Journal of Business Research**, 57(8), pp: 913-921.

Çavuş, M. F.; Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Yıl: 1, Sayı: 1, Aralık, ss: 238-257.

Deming, W. E. (1996).**Krizden Çıkış**. Çev. Cem Akaş, Arçelik A.Ş., İstanbul.

Demir, Ş. Ş. (2012). Avrupa Müşteri Memnuniyet Endeksi Modeli: Uluslararası Otel İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, 9(1), ss: 672-695.

Devebakan, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 8(1), ss: 120-149.

El Haj, H.; Lamrini, M.; Rais, N. (2013). Qualıty Of Care Between Donabedıan Model and ISO9001V2008, **International Journal for Quality Research**, 7(1), pp: 17–30.

Erdem, Ş. (2007). **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama**, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne.

Esatoğlu, A.E. (1997).**Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi**,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara.

Etöz, S.D. (2008). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta.

Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications, **European Journal of Marketing**, 18(4), pp: 36-44.https://www.researchgate.net/publication/233522386_A_Service_Quality_Model_and_Its_Marketing_Implications (02.03.2016)

Gürdal, K. (2007). **Maliyet Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar**, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Hayran, O. (1994).**Sağlık Hizmetleri**, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.

Hussain, S. N.; Rahman, S. (2012). **Patıent Satısfactıon Regardıng Hospıtal Servıces: A Study Of Umeå Hospıtal, Student Umeå School Of Business**, Spring Semester, Master Thesis, http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:545811/FULLTEXT02, (02.03.2016).

Johnston, R. (1995). The Determinants of Service Quality: Satisfier and Dissatisfiers,**International Journal of Service Industry Management**, 5(5), pp: 53-71.

Juran, J. M.; Gryna, F. M. (1998). **Juran's Quality Control Handbook**, McGraw Hill Co., USA.

Irfan, S. M.; Icaz, A.; Farooq, M. M. (2012). Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospitals in Pakistan: An Empirical Assessment, **Middle-East Journal of Scientific Research,** 12(6), pp: 870-877.

Karahan A. (2000). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirilmesi Afyon Göğüs Hastanesinde Bir Uygulama**, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Afyon.

Karatepe, O. M. (1999). Hizmet Kalitesi Ölçeği İle Yapılan Ampirik Çalışmaların Güvenilirlik ve Geçerlilik Boyutlarına Yönelik Bir Değerlendirme, **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Dergisi,** 54(4), ss: 47-66.

Kavuncubaşı, Ş. (2000).**Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi***,* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. (2005).**Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**,Ankara: Pelikan Yayınları.

Kaynak, T. (Tarihsiz). **Üretimde Sıfır Hata: Bir Motivasyon Programı Uygulaması**, http://www.arastirmax.com/system/files/dergiler/2057/makaleler/10/1/arastirmax-uretimde-sifir-hata-bir-motivasyon-programi-uygulamasi.pdf, Erişim: 02.03.2016.

Kıdak, L.; Aksaraylı, M. (2008). Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,** 10(3), ss: 87-122.

Kotler, P. (2000).**Marketing Management**, Millenium Edition. Tenth Edition, Prentice-Hall, USA.

Kotler, P.; Armstrong G. (2007). **The Principles of Marketing**, New Jersey: Prentice Hall, USA.

Kuş, H. (2006).Hastane Akreditasyonu, **Uluslararası Sağlıkta Kalite Akreditasyon Performans Yönetimi Kongresi,** Antalya: 15–19 Kasım 2006.

Midilli, Ö. (2011). **Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi**, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Nimako, S. G.; Azumah, F. K.; Donkor, F.; Brobbey, V. A. (2012). Confirmatory Factor Analysis of Service Quality Dimensions within Mobile Telephony Industry in Ghana, **The Electronic Journal Information Systems Evaluation**, 15(2), pp: 197-215.

Odabaşı, Y., Oyman, M. (2008). **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

Okumuş, A.; Duygun, A. (2008). Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Algılanan Hizmet Kalitesi İle Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 8(2), ss: 17-38.

Örücü, E.;Esenkal, F. (2005). Konaklama İşletmelerinde İş Gören Tatminini Etkileyen Faktörler (Bandırma Ve Erdek Örneği), **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,**8(14), Aralık, ss: 141-160.

Qin, H. (2009). **Links Among Perceived Service Quality, Patient Satisfaction And Behavioral Intentions In The Urgent Care Industry: Empirical Evidence From College Students**, Doctor Of Philosophy, University Of North Texas, August, USA.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., ve Berry, L.L. (1988) SERVQUAL: A Multipleitem Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. **Journal of Retailing**, No: 64, pp: 12-40.

Parasuraman, A.; Berry, L. L.; Zeithaml, V. A. (1991). Refinement and Reassesment of the SERVQUAL Scale, **Journal of Retailing**, 67(4), pp: 420-450.

Pena, M. M.; Da Silva, E. M. S; Tronchin, D. M. R.; Melleiro, M. M. (2013). The Use of The Quality Model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in Health Services, **Review Esc Enferm Usp**, 47(5), pp: 1227-32.

Sarp, N., Tükel, B. (1999).İbn-i Sina Hastanesinde Hasta MemnuniyetiAraştırması, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık HizmetlerindeUygulamaları Sempozyum Kitabı**, Haberal Eğitim Vakfı, BaşkentÜniversitesi, 22-23 Ekim 1999, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2005). **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi**, 10 Şubat 2005, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240 , Erişim: 01.02.2016.

Sağlık Bakanlığı (2009). **Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları**, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2015). **Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane**, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00), 1.Baskı, Temmuz, Ankara.

Songur, A. (2009). **Hizmet İşletmelerinde Pazar Yönlülük Ve Türk Bankacılık Sektörü İşletme Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Isparta İl Merkezinde Bir Uygulama,** Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta.

Sözer, A. N.; Tütüncü, Ö.; Doğan, Ö. İ.; Gencel, U.; Gül, H.; Tenikler, G.;Tarlan, D.; Aksaraylı, M.; Eser, D.; Seçer, B.; Yağcı, K.; Topoyan, M.; Devebakan, N. (2002). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Lisansüstü Eğitim

Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Bir Alan Araştırması, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 4(2), ss: 41-65.

Şimşek, M. (2004). **Toplam Kalite Yönetimi**, Alfa Yayınları, Yayın No: 938, İstanbul.

Taylor, S. A. (1994). Distinguishing Service Quality From Patient Satisfaction inDeveloping Health Care Marketing Strategies, **Hospital and Health Services Administration,**39(2), pp: 221-236.

Taylor, S. A., Cronin, J. J. Jr. (1994). Modelling Patient Satisfaction and ServiceQuality,**Journal of Health Care Marketing**, 14(1): 34-44.

Türkyılmaz, A.; Özkan, C. (2005). Ulusal Müşteri Memnuniyeti İndeksleri, **Kalder Forum Dergisi**, Yıl: 5, Sayı: 16, Ocak, ss: 73-76.

Uslu, A. (2013). Ankara Şehirlerarası Terminal İşletmesi Hizmet Kalitesinin Servperf Yöntemi İle Ölçülmesi, **Yeni Fikir Dergisi**, Sayı: 10, Ocak-Haziran, ss: 67-86.

Uz, M.H. (1995).**Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçinGereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Deneyimleri**, SağlıkHizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, HaberalEğitim Vakfı, Ankara.

Varinli, İ. (1996). **Üreticilerin ve Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Beklentileri veAlgılamaları,**Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Kayseri, 1996.

Yatkın, A. (2003). **Toplam Kalite Yönetimi**, Nobel Yayınları, Ankara.

Yerebakan, M. (2000). **Özel Hastaneler Araştırması**, İstanbul Ticaret Odası Yayını, Yayın No:2000-26, İstanbul.

Yıldırım, R. G. (1998). **Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Özel BirHastanede İnceleme**, AnadoluÜniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir.

Yükselen, C. (2013). **Hizmetin Değeri Ve Hizmet Kalitesi, içinde Pazarlama Müşterinizle İletişiminizi Güçlendirin**!, İstanbul Serbest Muhasebeci ve Mali Müşavirler Odası (İSMMO) Yayını, Yayın No: 155, İstanbul.

Zeithaml, V. A.; Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research, **Journal of Marketing**, 49(4), Fall, pp: 41-50.

Zeithaml, V. A. (1988). Consumer Perception Of Price, Quality And Value: A Means-End Model And Synthesis Of Evidence, **Journal Of Marketing**,52(3), pp: 2-22.

Zineldin, M.; Camgöz-Akdağ, H.; Vasicheva, V. (2011). Measuring, Evaluating And İmproving Hospital Quality Parameters/Dimensions--An İntegrated Healthcare Quality Approach, **International Journal Health Care Quality Assurance,** 24(8), pp: 654-662.

EKLER

Ek 1: Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği

Değerli Katılımcı,

Aşağıdaki anket soruları, sağlık hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini ölçmek üzere hazırlanan bilimsel bir araştırmanın uygulama bölümünü oluşturmaktadır. Araştırmanın amaçlarına ulaşabilmesi için siz katılımcıların kendilerine en uygun seçeneği içtenlikle işaretlemesinin büyük bir önemi vardır. Lütfen her bir soru için kendinize en uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz. Bu anketlerde kimliğini belli edecek hiç bir ifade yer almayacak, anketlerle elde edilen bilgiler hiç bir kişi ya da kurumla paylaşılmayacak sadece araştırma kapsamında değerlendirme yapmak için kullanılacaktır.

Teşekkür ederim.

Neziha Banu KARAOSMANOĞLUFİLİZ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

I. Bölüm – Kişisel Bilgiler:

1. Cinsiyetiniz	**( ) Kadın**	**( ) Erkek**	
2. Medeni Durumunuz	( ) Bekâr	( ) Evli	
3. Eğitim Düzeyiniz	( ) Okur – Yazar	( ) İlkokul Mezunu	( ) Ortaokul Mezunu
	( ) Lise Mezunu	() Üniversite Mezunu	( ) Lisansüstü Mezunu
4. Hanenize giren ortalama kazanç nedir?	( ) 500 – 1000 TL arası	( ) 1001 - 2000 TL arası	( ) 2001 – 3000 TL arası
	( ) 3000 TL den fazla		
5. Yaşınız	( ) 0-19	( ) 20-29	( ) 30-39
	( ) 40-49	( ) 50 ve üzeri	
6. Sosyal Güvenceniz	( ) Bağ-Kur	( ) SSK	( ) Emekli Sandığı
	( ) Özel Sigorta	( ) Sosyal Güvencesi Yok	

II. Bölüm – Beklenen Hizmet Kalitesi

BEKLENEN HİZMET KALİTESİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1) Kullanılan araç-gereç ve donanımlar modern olmalıdı					
2) Hastane fiziksel imkânları görsel olarak çekici olmaldır					
3) Çalışanlar temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır					
4) Genel olarak hastane (tuvalet, oda vb.) temiz olmalıdır					
5) Hastane çalışanları hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirmelidirler					
6) Hastane çalışanları hastalara hızlı hizmet vermelidirler					
7) Hastane çalışanları hastalara her zaman yardım etmede istekli olmalıdırlar					
8) Hastane çalışanları asla hastaların ricalarına yanıt vermeyecek kadar meşgul olmamalıdırlar					
9) Hastane çalışanları hastalarına söz verdikleri hizmeti yerine getirmelidirler					
10) Hastane çalışanları hastalara bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi göstermelidirler					
11) Hastane çalışanları hastalara hizmeti ilk anda yerine getirmelidirler					
12) Hastane çalışanları hastalara hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirmelidirler					
13) Hastane çalışanları hastalara ilişkin kayıtları doğru tutmalıdırlar					
14) Hastane çalışanlarının davranışları hastalarda güven duygusu uyandırmalıdır					
15) Hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde hastalar kendilerini güvende hissetmelidirler					
16) Hastane çalışanları hastalara karşı devamlı olarak saygılı olmalıdırlar					
17) Hastane çalışanları hastaların sorunlarını yanıtlayacak bilgiye sahip olmalıdırlar					
18) Hastane çalışanları hastalara kişisel önem ve ilgi göstermelidirler					
19) Hastane çalışanlarının tüm hastalar için uygun çalışma saatleri olmalıdır					
20) Hastanede hastalara özel ilgi gösteren çalışanlar olmalıdır					
21) Hastane çalışanları hastaları için ellerinden gelenin en iyisini yapmalıdırlar					
22) Hastane çalışanları hastaların kişisel ihtiyaçlarını anlamalıdırlar					

III. Bölüm – Algılanan Hizmet Kalitesi

ALGILANAN HİZMET KALİTESİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1) Bu hastanede kullanılan araç-gereç ve donanımlar oldukça moderndir					
2) Bu hastane fiziksel imkânları görsel olarak çekicidir					
3) Bu hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür					
4) Genel olarak bu hastane (tuvalet, oda vb.) temizdir					
5) Bu hastane çalışanları hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirirler					
6) Bu hastane çalışanları hastalara hızlı hizmet verirler					
7) Bu hastane çalışanları hastalara her zaman yardım etmede isteklidirler					
8) Bu hastane çalışanları asla hastaların ricalarına yanıt vermeyecek kadar meşgul değildirler					
9) Bu hastane çalışanları hastalarına söz verdikleri hizmeti yerine getirirler					
10) Bu hastane çalışanları hastalara bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi gösterir					
11) Bu hastane çalışanları hastalara hizmeti ilk anda yerine getirirler					
12) Bu hastane çalışanları hastalara hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirirler					
13) Bu hastane çalışanları hastalara ilişkin kayıtları doğru tutarlar					
14) Bu hastane çalışanlarının davranışları hastalarda güven duygusu uyandırır					
15) Bu hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde hastalar kendilerini güvende hissederler					
16) Bu hastane çalışanları hastalara karşı devamlı olarak saygılıdırlar					
17) Bu hastane çalışanları hastaların sorunlarını yanıtlayacak bilgiye sahiptirler					
18) Bu hastane çalışanları hastalara kişisel önem ve ilgi gösterirler					
19) Bu hastane çalışanlarının tüm hastalar için uygun çalışma saatleri vardır					
20) Bu hastanede hastalara özel ilgi gösteren çalışanlar vardır					
21) Bu hastane çalışanları hastaları için ellerinden gelenin en iyisini yaparlar					
22)Bu hastanede çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlarlar					

ÖZGEÇMİŞ

Kisisel Bilgiler

Adı Soyadı	**:**	Nezihe Banu Karaosmanoğlu Filiz
Doğum Yeri ve Tarihi	**:**	İzmir/21.05.1972
Medeni Hali	**:**	Evli
Yabancı Dil	**:**	İngilizce
E Posta Adresi	**:**	bnkaraosmanoglu@gmail.com
Tel	**:**	0 532 282 99 26

E ğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Lise	Özel Amerikan Lisesi	1983–1990
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme	1990–1994

İş Tecrübesi

Bahçeşehir Üniversitesi	Genel Koordinatör	2015 - Halen
Medicalpark Sağlık Grubu	Hasta İlişkileri Grup Müdürü	2010 – 2015
Anadolu Sağlık Merkezi	Hasta Hakları ve İlişkileri Müdürü	2006 – 2010
Özel Kent Hastanesi	Hasta İlişkileri Müdürü	2004 – 2006
Özel Kent Hastanesi	Performans Geliştirme Yöneticisi	2003 – 2004
Yaşar BASF Otomotiv Boyaları Ltd. Şti	Kalite ve Eğitim Yöneticisi	2000 – 2003

Mesleki Dernek ve Kurum Üyeli ği

OHSAD - (Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği)

Uluslar Arası Gerontoloji Derneği (Onursal Koordinatörü)

Kazanılan Ödüller, Teşvikler, Burslar

Özel Amerikan Lisesi – Burslu Öğrenci (Onur Kurulu Başkanlığı)

Bildiriler/ Yayı nlar/ Sunumlar

Hasta Memnuniyeti Ve Marka Değerine Etkisi – Ankara Kongre Merkezi – Sağlık Sektörüne Kadın Dokunuşu Programı, Ankara, Türkiye

Sağlığı Geliştirme ve Hasta İlişkileri – Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 27 Nisan 2015, İstanbul, Türkiye

Sağlıkta Hasta Memnuniyetini Yeniden Tasarladık – Medicalpark Dergisi, 14 Nisan 2014, İstanbul, Türkiye