



ANKARA

HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ŞEHİR HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE
HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL YÖNTEMİ İLE
ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA**

Menekşe UZUNÇAKMAK

Prof. Dr. Abdullah Süreyya ERSOY

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
ÜRETİM YÖNETİMİ BİLİM DALI**

MAYIS 2021



**ŞEHİR HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE HİZMET
KALİTESİNİN SERVQUAL YÖNTEMİ İLE ÖLÇÜLMESİNE
YÖNELİK BİR UYGULAMA**

Menekşe UZUNÇAKMAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İŞLETME ANABİLİM DALI

ÜRETİM YÖNETİMİ BİLİM DALI

**ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

MAYIS 2021

ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Menekşe UZUNÇAKMAK

06/05/2021

ŞEHİR HASTANELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE HİZMET KALİTESİNİN
SERVQUAL YÖNTEMİ İLE ÖLÇÜLMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA
(Yüksek Lisans Tezi)

Menekşe UZUNÇAKMAK

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2021

ÖZET

Hizmet sektörü bilgi, teknoloji ve iletişim alanındaki hızlı gelişmeler ve küreselleşmenin artan etkisi ile çağımızda çok önemli bir konuma sahiptir. Hizmetlerin standardizasyonunun zor olması, değişen talep, heterojen olması ve soyut olması gibi nedenlerden dolayı müşteri beklenti ve algılarının tespiti oldukça zordur. İnsan sağlığı bireylerin birincil önceliği haline gelmiştir. Dolayısı ile sağlık sektörü her zaman varlığını sürdürecektir. Bu alanda bilinçli ve bilgili müşteri sayısındaki artış belli bir kalite standardının yakalanması ve müşteri tatmininin sağlanmasını zorunlu kılmıştır. Araştırmanın temel hedefi, Elazığ ilinde hizmet sunan Fethi Sekin Şehir Hastanesinde müşteri konumundaki hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini ve aldıkları hizmetlere yönelik algılarını belirlemektir. Ayrıca sağlanan hizmetin hasta algılarını ölçmek ve müşterilerin cinsiyet, yaş, eğitim, sosyal güvence ve gelir durumları gibi demografik özelliklerinin kalite beklenti ve algılamaları üzerine etkilerini tespit etmektir. Çalışmada A. Parasuraman, V.A. Zeithaml ve L.L. Berry tarafından geliştirilen Servqual ölçeği kullanılmıştır. Servqual ölçeği bir ankettir. Uygulamada 504 katılımcıya anket yapılmış olup Hesaplanan Servqual puanı hizmet kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bilim Kodu : 115404
Anahtar Kelimeler : Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmetleri Kalitesi, Servqual
Sayfa Adedi : 127
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Abdullah ERSOY

SERVICE QUALITY IN CITY HOSPITALS AND AN APPLICATION TO MEASURE SERVICE QUALITY WITH SERVQUAL METHOD

(Master Thesis)

Menekşe UZUNÇAKMAK

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION SCHOOL

May 2021

ABSTRACT

The service sector has a very important position in this era with the rapid developments in information, technology and communication fields and the increasing impact of globalization. It is very difficult to determine customer expectations and perceptions due to reasons such as the difficulty of standardization of services, changing demand, heterogeneous and intangible. Human health has become the primary priority of individuals. Therefore, the health sector will always exist. The increase in the number of conscious and knowledgeable customers in this area has made it necessary to achieve a certain quality standard and to ensure customer satisfaction. The main goal of the study is to determine the expectations of the patients who are customers in the Fethi Sekin City Hospital, which provides services in Elazığ, from the health services and their perceptions about the services they receive. In addition, it is to measure patient perception of the service provided and to determine the effects of demographic characteristics of customers such as gender, age, education, social security and income status on quality expectations and perceptions. In the study, A. Parasuraman, V.A. Zeithaml and L.L. The Servqual scale developed by Berry was used. Servqual scale is a questionnaire. In practice, 504 participants were surveyed and the calculated Servqual score shows that the service quality is high.

Science Code : 115404
Keywords : Service Quality, Quality of Health Services, Servqual
Page Number : 127
Supervisor : Prof. Dr. Abdullah ERSOY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLARIN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
2. BÖLÜM HİZMET VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI HAKKINDA GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hizmet Kavramı ve Önemi	3
2.2. Hizmetin Özellikleri.....	8
2.2.1. Dokunulmazlık (Soyut Olması)	9
2.2.2. Dayanıksızlık (Stoklanamaması)	10
2.2.3. Çeşitlilik (Standardize Edilememesi)	11
2.2.4. Ayrılmazlık (Üretim ve Tüketimin Eş Zamanlı Olması).....	12
2.2.5. Sahipliğin Olmaması	13
2.3. Hizmetin Sınıflandırılması.....	13
2.4. Sağlığın Tanımı.....	19
2.5. Sağlık Hizmetleri Kavramı	22
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	25
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	26
2.5.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim ve Örgütlenme Süreci	35
3. BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HİZMET KALİTESİ VE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ	41

3.1. Kalitenin Tanımı	41
3.2. Hizmet Kalitesi.....	43
3.2.1. Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitesi Kavramları	46
3.2.2. Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Kavramları	48
3.2.3. Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler	49
3.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları	50
3.4. Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri.....	53
3.4.1. Grönroos'un Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	56
3.4.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli.....	58
3.4.3. Cronin ve Taylor'un Hizmet Kalitesi Modeli.....	67
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	68
3.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı.....	71
3.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları	73
4. BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK KARŞILAŞTIRMALI BİR UYGULAMA.....	75
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	75
4.2. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları.....	76
4.3. Araştırmanın Modeli	76
4.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	77
4.5. Araştırmanın Örneklemi.....	77
4.6. Araştırmanın Varsayımları.....	78
4.7. Araştırmanın Hipotezleri.....	79
4.8. Güvenilirlik Analizleri	80
4.9. Araştırmanın Bulguları.....	83
4.9.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	83
4.9.2. Şekilsel İnceleme	86
4.9.3. Kolmogorov - Smirnov Testi.....	89

4.9.4. Araştırmanın Servqual Skorlarının Hesaplanması.....	93
4.9.5. Hipotez Testleri	97
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	109
KAYNAKLAR	113
EKLER.....	123
EK-I Anket Formu	123
ÖZGEÇMİŞ	127



TABLoların LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 2.1. Hizmetin Tanımları.....	4
Tablo 2.2. Fiziksel Mallar Ve Hizmetler Arasındaki Farklar	9
Tablo 2.3. Hizmetin Yapısına Yönelik Sınıflandırma	19
Tablo 2.4. Türkiye’de Türlerine Göre Sağlık Hizmetleri Ve Bu Hizmeti Üreten Kurumlar	28
Tablo 3.1. Kalite Tanımlamaları	42
Tablo 3.2. Rosander’in Hizmet Kalitesi Grupları	46
Tablo 3.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları	51
Tablo 3.4. Hizmet Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Modeller	54
Tablo 3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları	74
Tablo 4.1. Ankete Katılanların Cevaplayana Göre Dağılımı	83
Tablo 4.2. Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı	83
Tablo 4.3. Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı.....	84
Tablo 4.4. Ankete Katılanların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	84
Tablo 4.5. Ankete Katılanların Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı.....	85
Tablo 4.6. Ankete Katılanların Aylık Gelire Göre Dağılımı	85
Tablo 4.7. Beklenen Kalite Ölçeği Güvenilirlik Katsayısı	81
Tablo 4.8. Algılanan Kalite Ölçeği Güvenilirlik Katsayısı.....	82
Tablo 4.9. Kalite Beklentisinin Şekilsel Olarak İncelenmesi	86
Tablo 4.10. Kalite Algısının Şekilsel Olarak İncelenmesi	88
Tablo 4.11. Kalite Beklentisinin Kolmogorov - Smirnov Testi.....	89
Tablo 4.12. Kalite Algısının Kolmogorov - Smirnov Testi	90

Tablo**Sayfa**

Tablo 4.13. Hastaların Kalite Beklentisi Ve Kalite Algısı Ortalamaları İle Servqual Puanları	94
Tablo 4.14. Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Ve Hasta Yakınına Göre Anlamlılığı	97
Tablo 4.15. Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Ve Hasta Yakınına Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı	98
Tablo 4.16. Algılanan Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Anlamlılığı.....	99
Tablo 4.17. Algılanan Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı	100
Tablo 4.18. Algılanan Hizmet Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Anlamlılığı	101
Tablo 4.19. Algılanan Hizmet Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı	102
Tablo 4.20. Algılanan Hizmet Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Anlamlılığı.....	103
Tablo 4.21. Algılanan Hizmet Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı.....	104
Tablo 4.22. Algılanan Hizmet Kalitesinin Sosyal Güvenceye Göre Anlamlılığı	105
Tablo 4.23. Algılanan Hizmet Kalitesinin Sosyal Güvenceye Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı	106
Tablo 4.24. Algılanan Hizmet Kalitesinin Aylık Gelire Göre Anlamlılığı.....	107
Tablo 4.25. Algılanan Hizmet Kalitesinin Aylık Gelire Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı	108

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Sayfa	Şekil
Şekil 2.1. Toplam Ciro Yıllık Değişim Oranı (%), Aralık 2019.....	6
Şekil 2.2. Ciro Endeksleri Yıllık Değişim Oranları (%), Aralık 2019.....	7
Şekil 2.3. Hizmetlerin Sınıflandırılma Çalışmaları.....	15
Şekil 2.4. Sağlığı Etkileyen Koşullar	21
Şekil 2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	27
Şekil 3.1. Toplam Algılanan Kalite	48
Şekil 3.2. Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları	53
Şekil 3.3. Grönross'un Algılanan Kalite Modeli	57
Şekil 3.4. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli (Boşluk Modeli).....	59
Şekil 4.1. Araştırmanın Modeli.....	76

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

Açıklamalar

AMA

Amerikan Pazarlama Birliği

DPT

Devlet Planlama Teşkilatı

KHB

Kamu Hastaneler Birliği

KHK

Kanun Hükmünde Kararname

SSK

Sosyal Sigortalar Kurumu

TBMM

Türkiye Büyük Millet Meclisi

1. GİRİŞ

Ülkemizde Şehir Hastanelerinin sayısı giderek artış göstermektedir. Hizmet sektörü ise çağımızda sosyal, ekonomik ve teknolojik alanda meydana gelen gelişim ve değişimler ile varlığını sürdürüp gittikçe büyümektedir. Hizmet sektöründeki işletmelerin devamlılığı ve hızlı büyümesi ancak rekabet üstünlüğü ile olabilmektedir. Sağlık işletmelerinde sunulan kalitenin artması, toplumun yaşam kalitesinin artması konusunda büyük rol oynamaktadır. Sağlıklı bir toplum yaratma düşüncesi birçok ülkede sağlık sisteminin kalitesini ölçmeye ve geliştirmeye yönelik araştırmaların artmasına sebep olmaktadır.

Bilgi ve teknolojiye yeni gelişmeler sayesinde çağımızda hizmet sektörü önemli bir konumdadır. Hizmetlerin soyut olması, heterojen olması ve standartlaştırılmasının güç olması gibi sebeplerin sonucunda müşterilerin beklentilerinin ve algılarının tahmin ve tespit edilmesi zordur. Sağlık hizmetleri, hizmet sektörünün en önemli kollarından biridir. Tarihin her döneminde insan sağlığı birincil öncelikli konulardan olmuştur ve her zaman varlığını devam ettirecek bir alandır. Bu nedenle sağlık hizmetleri sunan tüm kurumların belli bir kalite standardına sahip olması ve hastaların kalite algılarını yükseltmesi son derece önemlidir. Bu kurumların belirlenmiş kalite hedeflerinin olması, müşterilerin kalite beklentilerini ve algılarını ölçmeye yönelik çalışmalar yapmaları, beklenti ve algılar arasındaki farkın en aza indirilebilmesi için de çabalamaları gereklidir. Hizmet kalitesinin düzeyini belirlemede sıkça kullanılan Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli birçok bilim insanı tarafından yaygın olarak kullanılan, müşteri algı ve beklentilerinin tespitini temel alan bir yöntemdir.

Tezin birinci kısmında hizmet, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları açıklanmış, bu kavramlara ait özellikler belirtilmiş ve bu kavramların sınıflandırılmasına yer verilmiştir. Tezin ikinci kısmında sağlık hizmetlerinde kalite ve hizmet kalitesi kavramları ile hizmet kalitesi ölçüm modellerin açıklanmış, sağlık hizmetlerinde kalite konusuna yer verilmiştir. Tezin üçüncü kısmında ise, SERVQUAL ölçeği uygulanarak Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinde hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik yapılan araştırmaya ve elde edilen bulguların değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli, çeşitli çalışma alanları için yol gösterici olan, kolay analiz edilerek net sonuçlar ortaya çıkaran bir ankettir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerine uyarlanan anket (Ek-I) üç bölümden meydana gelmektedir. Anketin ilk sayfasında anketin yapılış amacı açıklanmış ve demografik bilgileri almaya yönelik sorular sorulmuştur.

Anketin birinci kısmında Servqual ölçeğinin sağlık kurumlarına uyarlanan ve hastaların hizmet aldıkları kurumdaki beklentilerini ölçmeyi amaçlayan 22 soru mevcuttur. Bu kısımda hastalara mükemmel bir hastanenin nasıl olması gerektiğine dair sorular sorulmuş ve hastaların bu sorulara ilişkin beklentilerini “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arası olan ölçekte puanlandırmaları istenmiştir.

Anketin ikinci kısmında, hastanenin ve sunduğu hizmetlerin taşınması gereken özellikler beş madde olarak yer almış ve hastalardan önceliklerine göre toplam 100 puanı bu beş maddeye dağıtmaları istenmiştir.

Anketin üçüncü kısmında ise, anketin birinci kısmında yer alan 22 beklenti sorusu düzenlenerek hizmet alınan Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi için sorulmuş ve hastalardan “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arası ölçeklendirilen sorular vasıtasıyla hizmet aldıkları hastane ile ilgili algılamalarının belirtilmesi istenmiştir.

Bu tezde, Servqual Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli, sağlık hizmetlerine uyarlanmış ve Elazığ ilinde faaliyet gösteren Fethi Sekin Şehir Hastanesinde hizmet kalitesi ölçümü yapılmıştır

2. BÖLÜM HİZMET VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI HAKKINDA GENEL BİLGİLER

2.1. Hizmet Kavramı ve Önemi

Çağımızda takriben bütün örgüt ve organizasyonlar kendi var olma amaçlarını hizmet sağlamak olarak adlandırmaktadır. İşletmelerden, siyasi partilere, kamu kuruluşlarından, hastanelere, belediyelere kadar neredeyse tüm kurum ve kuruluşlar kendilerini birer hizmet örgütü olarak ifade etmeye başlamışlardır. Bütün bu kavram kargaşalarından dolayı hizmetin tanımı ve anlaşılması oldukça güç bir olgu olduğu ifade edilebilir.

Hizmet kavramı hakkında yapılan tanımlamalar ve yayınlara bakıldığında üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanımın olmadığı, hizmetin sunulduğu alana göre farklı şekilde tanımlandığı ve hizmet beklentisinin sektörlere göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Hizmetin son yıllarda öneminin artması, bu konuda çok sayıda çalışmanın yapılmasına sebep olmuştur. Hizmet terimi neredeyse her sektörde önemi artan ve işletmelerin üzerinde daha özenli durduğu bir rekabet aracı halini almıştır (Gülbüz ve Ergülen, 2006: 174).

Türk Dil Kurumu hizmeti; “Birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma, gereksinimleri karşılama ve üretildiği anda tüketilme özelliklerine sahip her türlü etkinlik” (<http://www.tdk.gov.tr>) şeklinde tanımlamaktadır. MEB yayınlarının Türkçe sözlüğü ise; “Başkalarına ait temizlik, düzen ve benzeri gibi günlük işleri görme”, “İş, vazife, memuriyet” ve “Bakım, ihtimam” (Türkçe Sözlük) şeklinde tanımlamıştır.

Philip Kotler ve Gary Armstrong’un yapmış oldukları daha kapsamlı tanım ise; “Birinin diğerine sunduğu, esas olarak dokunulamayan ve herhangi fiziksel bir şeye sahip olmayla sonuçlanmayan faaliyet ya da faydadır. Hizmetin sunulması fiziksel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir” (Kotler ve Armstrong, 2011: 298).

Grönroos ise hizmet kavramını;” Dokunulmaz (soyut) yapısı olan, müşteri ve hizmet sağlayıcılar arasındaki kaynaklar, ürün ve hizmeti sunum esnasında oluşan ilişki ve

müşteri problemlerine çözüm sağlayan işlemler ya da işlemler dizisi” olarak tanımlamaktadır (Grönroos, 2000: 43).

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmet kavramını “satış öncesi veya satış sonrası sağlanan faydalar” olarak tanımlamıştır ve hizmeti 10 farklı boyutta sınıflandırmaktadır (Öztürk, 2010:23). Bunlar;

- Sağlık hizmetleri
- Finansal hizmetler
- Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi)
- Konaklama ve turizm hizmetleri
- Spor ve sanat hizmetleri
- Kâr amacı gütmeyen hizmetler
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri
- İletişim hizmetleri
- Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

Vargo ve Lusch, çalışmasında somut mallar ile soyut mallara yapılan tanımlamaların bu terimleri tanımlamak yerine bir sınırlandırmaya neden olduğundan bahsetmektedir (Vargo ve Lusch,2004: 324-325).

Fizyokratlar (-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723 -1790)	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J.B. Say (1767-1832)	Ürünle fayda ekleyen tüm imalat dışı faaliyetler
Alfred Marshall (1842-1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri (1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş Tanım	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Tablo 2.1. Hizmetin Tanımları

Kaynak: Cowell, 1988: 21.

Tablo 2.1’de verilen tanımlamaların farklılık göstermesinin nedenlerinden biri de ihtiyaç ve gereksinimlerin belirlenmesinde güçlükler yaşanmasıdır. Çünkü mallara duyulan ihtiyaca kıyasla hizmetlere duyulan ihtiyaç bulunduğumuz çevrenin koşullarıyla daha fazla alakalı olduğundan önce hizmeti görüp tanımaya dayanmaktadır (İslamoğlu, 2001:3).

Sonuç olarak, hizmet kavramını açıklayabilmek maksadıyla yapılan çalışmaların sonuçlarının gösterdiği ortak kanı hizmet kavramını tanımlamanın zor ve karmaşık olmasıdır. Bu nedenle hizmet kavramını açıklamaya yönelik çok farklı tanım ve düşünceler var olsa da bütün yazarların üzerinde anlaştığı ortak görüş, hizmetin üretildiği anda tüketilebilen, üretim esnasında karşılıklı iletişimin olduğu ve öncesinde kontrol yapabilme olasılığının olmadığı soyut kavram olduğudur (Heizer ve Render, 2011: 52).

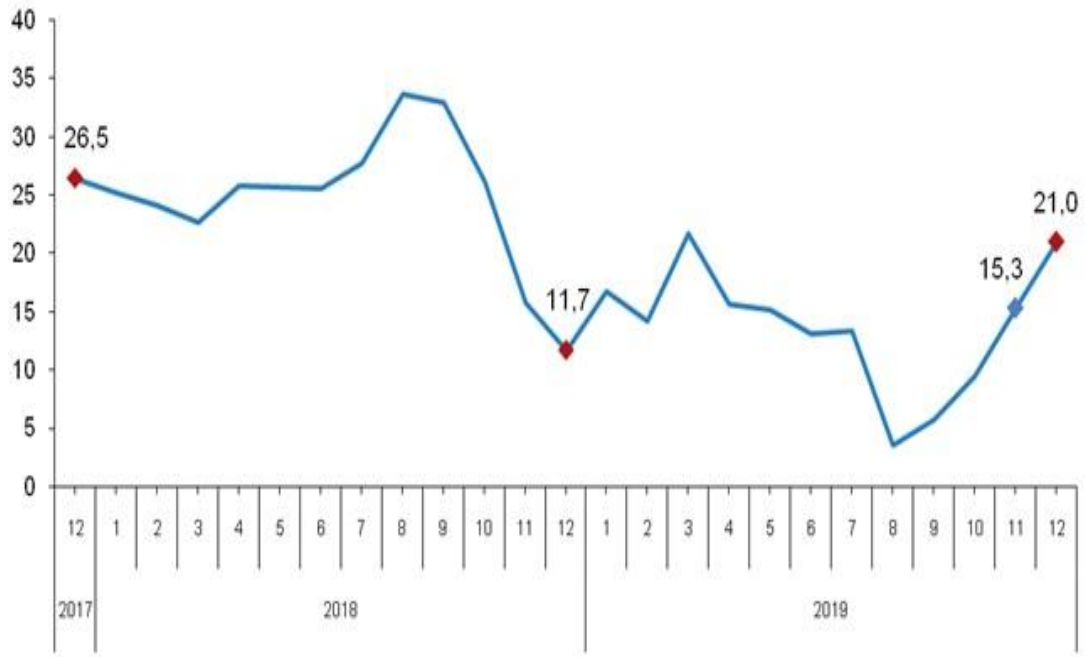
Günümüzde küreselleşme ve rekabetin artması, hizmet kavramını farklı bir bakış açısı ve farklı bir boyuta getirmiştir. Hizmetlerin çağımızda, bireysel olarak taşıdığı önem ve işletmelerin bu konuya artan ilgisi, hizmet pazarlamasının kapsamında ve içeriğinde önemli değişimlere sebep olmuştur (Özer, v.d., 2016: 4). Hizmet işletmelerinin, ekonomilerini yeniden gözden geçirmeleri, hizmet strateji ve politikalarını çağımızın gerektirdiği şartlara göre yeniden belirlemeleri gerekmektedir.

Hizmet sektöründe, özellikle yirmi birinci yüzyılın başlarında, olağanüstü yeni gelişmeler meydana gelmiştir. Bu kapsamda, özellikle yenilikçi işletmeler, mevcut ihtiyaçları sürekli olarak karşılamak ve sahip olduğunu bile bilmediğimiz ihtiyaçlarını karşılayabilmek için, yeni hizmet alanları ortaya koymaktadırlar (Lovelock v.d., 2004: 1). Hizmet alanındaki büyüme, dünya genelinde gelişmekte ve birçok ülkenin ekonomik kalkınmasına ve refah düzeyinin artmasına, daha fazla katkı sağlamaktadır (Gilmore, 2003: 3).

Hizmet alanı, 1950’li yıllardan bu yana gelişmiş ülkelerde, tarım ve sanayi sektörünü geride bırakarak ön plana çıkan bir sektördür. Hizmet sektörü, müteakip yıllarda yalnızca gelişmiş ekonomilerde değil, gelişmekte olan ekonomilerde de kendini göstermeye başlamıştır. Dolayısıyla gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hizmet alanına verilen önem artmıştır. Bu sebeple gelişmiş ve gelişmekte olan birçok

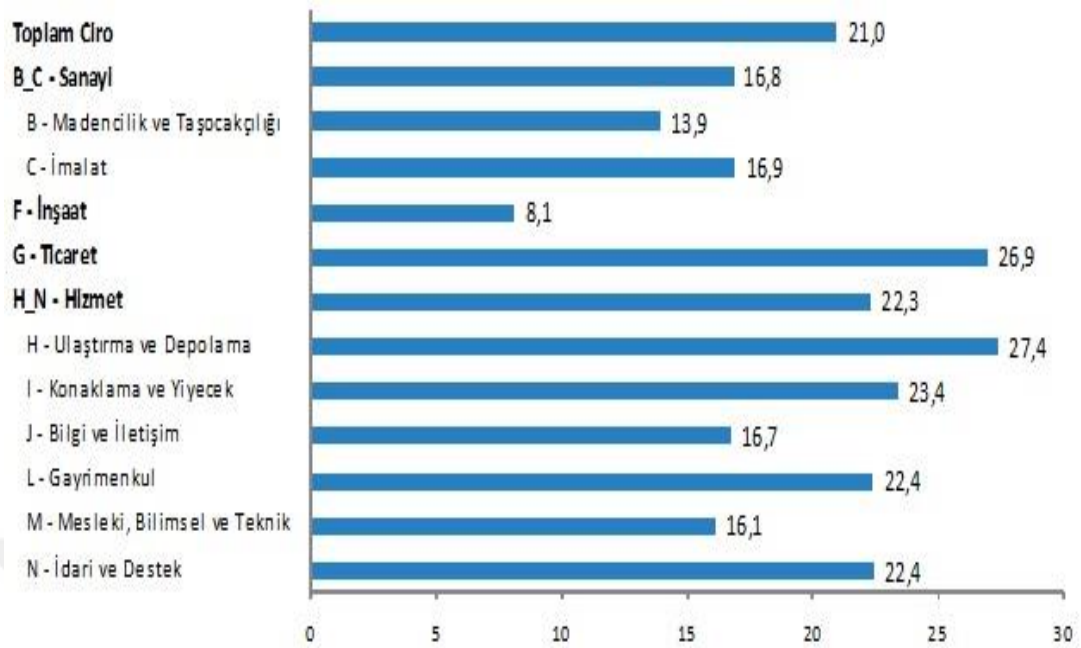
ülkenin, hizmet ticaretinden elde edecekleri payları arttırmak amacıyla yatırımlarının bir kısmını bu alana kaydardıkları söylenebilir. Çünkü hizmet sektörü, tüm dünya ülkelerinin refah seviyesini ve gelişmişlik düzeyini arttıran bir üstünlüğe sahiptir. Ülkemizde de hizmet sektörü oldukça hızlı bir gelişme göstermektedir. Bu sektörün 1990 ile 2010 yılları arasındaki süre içerisinde milli gelirdeki payı sürekli artış gösterirken, sanayi sektörünün milli gelirdeki payının ya sabit kaldığı ya da düşüş gösterdiği gözlenmiştir (Özsağır ve Akın, 2012: 312).

Türkiye İstatistik Kurumunun 13 Şubat 2020 tarihinde açıkladığı 2019 yılı için Ticaret ve Hizmet sektörleri endeksinde Sanayi, inşaat, ticaret ve hizmet sektörleri toplamında ciro endeksi, 2019 yılı Aralık ayında yıllık %21,0 arttı. Toplam cironun alt detaylarına bakıldığında; 2019 yılı Aralık ayında yıllık sanayi sektörü ciro endeksi %16,8, inşaat ciro endeksi %8,1, ticaret ciro endeksi %26,9 ve hizmet ciro endeksi %22,3 arttığı görülmektedir.



Şekil 2.1. Toplam Ciro Yıllık Değişim Oranı (%), Aralık 2019

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Ticaret ve Hizmet Endeksleri.



Şekil 2.2. Ciro Endeksleri Yıllık Değişim Oranları (%), Aralık 2019

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Ticaret ve Hizmet Endeksleri.

Son yıllarda hizmet sektöründe, sadece hizmetlerin sayısında ve çeşitliliğinde bir artış yaşanmakla kalmamış, aynı zamanda modern ekonomilerin büyük bölümünün yeniden yapılandırılması, rekabetçi hizmetlerin gelişmesine yol açmıştır. Hizmet sektörü, özellikle dış kaynak kullanımındaki artış vasıtasıyla çok hızlı büyüme göstermiştir. (Young ve Burgess, 2010:2) Dünya genelinde, giderek daha fazla ülke, özellikle de sanayileşmiş ve gelişmiş ekonomiye sahip ülkeler, gayrisafi yurtiçi hasıllarının büyük bir kısmının, hizmet sektörleri tarafından üretildiğini belirtmektedirler (Hoffman ve Bateson, 2011: 3).

Hizmet sektörü, çıktılarının soyut olduğu, büyük bir alana yayılan, gelişime açık, süreklilik gösteren, rekabetin çok yoğun olduğu bir alandır. Hizmetlerde standardı sağlamanın zorluğu, üretim ve tüketimin eşzamanlı olması, performans değerlendirmesinin tüketicilerin algısına bağlı olması gibi sebeplerden ötürü işletmelerin kendilerini tüketiciye kabul ettirmesi oldukça zor olmaktadır (Can, 2016: 63-64).

Hizmet sektöründe meydana gelen yenilikler yeni hizmet alanlarının ortaya çıkarmasını sağlamıştır. Çoğunlukla sosyal kaynaklı olan gelişmeler, yeni hizmet

kollarına olan ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır. Bu durumun yanısıra, hizmet sektörünün gelişme sürecinde sosyal devlet anlayışına uygun bir dönüşümün yaşanması da çok büyük önem taşımaktadır. Bireylere daha yüksek bir yaşam standardının sağlanmasına yönelik yapılan çalışmalar, varolan hizmetlerin kalitesinin artırılmasını gerektirmekte ve aynı zamanda, yeni birtakım hizmet alanlarının ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Baydaş v.d., 2008: 11).

2.2. Hizmetin Özellikleri

Hizmet sektöründe ilk basamak, sunulacak hizmetin özelliklerinin ve diğer sektörlerle arasındaki farkın anlaşılmasıdır (Çiftçi, 2006:5). Tüketiciler ürünü satın almadan önce ürünün görünüşüne, tadına ve kokusuna bakıp inceleyerek ürünü satın alıp almama konusunu değerlendirmektedir. Fakat alınmasına ihtiyaç duyulan hizmetin seçiminde güvenilirlik, tutum ve davranışlar gibi değişkenler etkili olmaktadır. Ayrıca bu etkenler hizmeti satın aldıktan ya da tüketildikten sonra ortaya çıkmaktadır.

Zeithaml, Bitner (2000:2-13), hizmetlerin başlıca beş özelliği bulunduğunu ifade etmektedir. Bunlar;

- Dokunulmazlık (soyut olma)
- Heterojen Olma (türdeş olmamak)
- Üretim ve Tüketimlerinin Eşzamanlılığı
- Stoklanamama
- Sahiplik

Hizmetin özellikleri diğer somut mallardan hizmet kavramını ayıran esasları belirtmektedir. Hizmet kavramının daha doğru şekilde kavranabilmesi ve anlaşılabilmesi için fiziksel mal özellikleriyle hizmet özelliklerinin karşılaştırılarak açıklanması gerekmektedir. (Grönroos, 2000: 46). Tablo 2.2’de hizmetlerin ve malların temel karakteristik özellikleri karşılaştırmalı biçimde sunulmuştur.

FİZİKSEL MALLAR	HİZMETLER
Dokunulabilir	Dokunulmaz
Türdeş	Türdeş değildir
Üretim ve dağıtım tüketiminden ayrılmıştır	Üretim ve tüketim eş zamanlı süreçlerdir
Bir şeydir. (Nesnedir)	Bir faaliyet ya da süreçtir
Temel değer fabrikada üretilir	Temel değer alıcı ve satıcı etkileşimlerinde üretilir
Müşteriler genellikle üretim sürecine katılmazlar	Müşteriler üretime katılır
Stoklanabilir	Stoklanamaz
Sahiplik transfer edilebilir.	Sahiplik transfer edilemez

Tablo 2.2. Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar

Kaynak: Grönroos, 2000: s.47.

2.2.1. Dokunulmazlık (Soyut Olması)

Hizmet kavramının tanımlamaları göz önüne alındığında kavramın genel olarak fikir birliğine varılan en önemli özelliğinin hizmetlerin dokunulmazlığı olduğu görülmektedir. Bu nedenle de hizmetlerin tanımlanmasında zorluk çekilmekte ve kolay algılanamamaktadır.

Hizmetler nesnel değildirler. Bundan dolayı hizmetler görülememekte ve dokunulamamaktadır. Hatta bazı durumlarda hizmetlerden faydalandığımız halde onları temsil edecek somut bir varlık dahi göremeyiz. Böyle durumlarda hizmet kendini sağladığı katkı ile hissettirmektedir. Her ürünün içinde en az bir hizmetin bulunduğu, aynı şekilde her hizmetin içinde de en az bir somut ürünün bulunduğu bilinmektedir. Lakin bunları birbirinden tamamen ayırtırmanın mümkün olmadığı söylenebilir. Soyut ve somut mamullerde hizmetin varlığını kabul etmekle birlikte bu ürünlerde soyut ve somut unsurların varlık oranları farklılık göstermektedir. Bu duruma bir örnek verecek olursak alışveriş yapmak için gittiğimiz bir mağazada bile tek maksat alışveriş yapmak gibi görünse de bizimle ilgilenen personelin tutum ve davranışları, mağazanın mobilyaları ve müşteri iletişimleri bizim tercihlerimizi

etkilemektedir. Hizmetlerin dokunulmazlık özelliği birtakım sorunlara sebep olmaktadır. Bunlar şöyle ifade edilebilir (Öztürk, 2010: 19-20):

- Hizmetler müşterilere kolayca sunulamaz ve sergilenemez.
- Hizmetlerin patentleri zordur ve bu yüzden kolaylıkla taklit edilebilmektedirler.
- Hizmetler stoklanamadığından talepte oluşacak dalgalanmaları yönetmek zorlaşmaktadır.
- Hizmetin birim maliyetlerini belirlemek zordur.
- Hizmetlerin fiyat ve kalite ilişkisi karmaşık bir yapıdadır.

Tüm bu sorunların üstesinden gelinmesi somut unsurların mevcudiyet ölçülerinin arttırarak hizmetin somutlaştırılması çabalarına bağlıdır. Bir başka yol ise marka ve imaj unsurlarından destek alarak rekabet üstünlüğü sağlamaktır.

2.2.2. Dayanıksızlık (Stoklanamaması)

Hizmetler, fiziki koşullara sahip olmadıkları için süreklilik arz etmezler. Hizmetler, performans olarak nitelendirildiği için sayımının yapılması ve saklanması imkansızdır. Sağlanması gerekirken sağlanamamış olan hizmetleri, dondurmak ya da depolamak gelecekte bir zamanda hizmeti sunmak üzere saklamak imkansızdır (Karahana, 2006:55).

Hizmet sunulduktan sonra tüketilmemesinden kaynaklı meydana gelen maddi kayıplar sonradan giderilemez. Örnek vermek gerekirse bir restorandaki boş masalar, bir otobüsteki boş koltuklar, boş kalan tiyatro salonu, hastanın gelmemesiyle kullanılmayan bir psikolog randevusu kaybedilmiş kapasite anlamına gelir. Belirli bir zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak veya satılmak için saklanamaz.

Araştırmacılar hizmetlerin zamana karşı bağımlılıklarına titizlikle dikkat çekmektedirler. Bu durum hizmetlerin dayanıksızlık özelliği ile bağlantılı olarak

fazla talep edilen hizmetin karşılanamamasına, talep edilmeyen hizmetin de kaybolmasına neden olmaktadır (Özer ve Özdemir, 2007: 22).

Somut mallarda yapılabildiği gibi son kalite kontrol işlemlerinin yapılamaması dayanıksızlık özelliğinin bir dezavantajıdır. Hizmetlerde bu kalite kontrol süreçleri maalesef gerçekleştirilemez. Bunun sonucu olarak hizmeti sunan personelin hata yapma esnekliği yoktur. Hizmeti her defasında doğru ve eksiksiz bir şekilde sunmalıdır.

2.2.3. Çeşitlilik (Standardize Edilememesi)

Hizmet sağlayan bir işletmenin ya da ferdi olarak hizmeti sunanların hizmetlerin özelliklerini standartlaştırması olasılık dışıdır. Hizmetlerin her bir kısmı, aynı hizmetin diğer bölümlerinden farklı özellikler taşımaktadır. Çağımızda işletmelerde iyi eğitim ve denetimle, hizmeti sunan her çalışanın mümkün olduğunca aynı kaliteyi sağlaması hedeflenmektedir. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinin zorluğu, işi daha da karmaşıklştırmaktadır. Müşterinin, bir hizmetin kalitesini o hizmetten henüz yararlanmadan tahmin etmesi oldukça zordur. Bu nedenle işletme imajının oluşturulması ve korunması büyük önem taşımaktadır.

Somut ürünlerin üretiminde belirli bir standart sağlanmaktadır fakat hizmetler, kişiden kişiye ve üretim zamanına göre değişkenlik göstermektedir. Tüketicilerin deneyimleri, hizmeti algılamalarını doğrudan etkilemektedir. Müşteri sağlanan hizmetten faydalandığında, daha önce aldığı benzer hizmetlerle kıyaslayarak bir karar verecektir. Neticede, hizmetin başarılı olarak tanımlanması, hizmeti sunanla hizmeti satın alan arasındaki etkileşimin gücüne, türüne ve niteliğine bağlı olarak farklılık göstermektedir (Filiz v.d., 2010: 61).

Eşzamanlı üretim ve tüketimin kaçınılmaz bir sonucu, sağlanan hizmetin performansındaki değişkenliktir. Hizmetin kalitesi, hizmetin ne zaman ve nasıl sağlandığına, kimin sağladığına, göre değişkenlik gösterebilir. Aynı gün içinde bile bir çalışmada performanstaki farklılıklar gözlenebilir (Mudie ve Pirrie, 2006: 4-5).

2.2.4. Ayrılmazlık (Üretim ve Tüketimin Eş Zamanlı Olması)

Üretimle tüketimi birbirinden ayırmak, soyut hizmetlerin pazarlanmasında mümkün değildir. Birçok durumda hizmetler, hizmeti sağlayanlardan ayrılamaz. Hizmetin üretilmesi ve tüketilmesi eşzamanlı gerçekleşir (Tenekecioğlu, v.d. 2004: 134).

Ürünler önce üretilir daha sonra depolanır ve satılır son olarak ta tüketilirken, hizmetler önce satılır, daha sonra eşzamanlı olarak üretilir ve tüketilir. Bu fark, ürünler ve hizmetleri birbirinden ayıran başka bir özelliktir (Mudie ve Pirrie, 2006: 4).

Lovovelocity'un ifade ettiğine göre, “hizmet üretiminde ve sunumunda müşteriler ürünün bir parçasıdır ve müşterinin işe dâhil olma oranı yüksektir” (Vargo ve Lusch, 2004:329).

Mamuller üretilir, satılır ve son olarak müşteriler tarafından tüketilir. Hizmetlerde ise bu aşamalar yer değiştirmiştir. Hizmetler ilk önce müşteriler tarafından talep edilir, daha sonra üretilir ve aynı anda müşteriler tarafından tüketilirler (Zeithmal ve v.d., 2000: 34).

Birçok hizmet dalında müşteri hizmetin üretilmesine katkı sağlamayı talep etmektedir. Özellikle sağlık, eğitim ve sosyal hizmet alanlarında müşterinin hizmetin üretilmesine aktif katılımı söz konusudur. Hatta kamu sektörlerinde hizmetin üretilmesine katılım bir zorunluluk haline dönüşebilmektedir. Örnek vermek gerekirse vergi hizmetleri, konut planlaması bu kapsamda sıralanabilir (Morgan ve murgatroyd.,1994:10).

Müşterilerin hizmet sürecine katılımı, hammadde süreci işlemleri ile müşteri süreç işlemleri arasındaki temel farklılığı da göstermektedir. Farklılık, üretim süreci içinde somut faktörleri yönetmenin zorluğundan ortaya çıkmaktadır. Hizmeti üretenlerin, ilk önce müşteri beklentilerini tespit etmeleri gerekir. Bu sayede, müşterinin gösterebileceği tepkiye anında yanıt verebilirler (Dotchin ve Oakland.,1994:15).

2.2.5. Sahipliğin Olmaması

Bir ürün fiziksel olarak satın alındığında ürün üzerinde mülkiyet sahibi olunmaktadır. Müşteri satın aldığı ürün üzerinde istediği tasarrufa sahip olmakla birlikte arzu ettiğinde bu mülkiyeti devredebilir. Fakat hizmetlerde sağlanan faydanın devredilmesi ya da başkasına satılması gibi bir durum söz konusu değildir (Kotler vd., 1999: 651).

Hizmet sektöründe ikinci el piyasası oluşmaz çünkü müşteri satın aldığı hizmeti bir başka kişiye devredemez. Örnek verecek olursak bir otomobil sahibi onu ikinci el piyasasında satarak değiştirebilir, lakin bir sağlık hizmetinin devri mümkün değildir (İslamoğlu, Candan, Hacıefendioğlu ve Aydın 2001:19).

Ürünleri satın alan kişiler, aynı zamanda onların sahibi de olmaktadır, fakat, hizmetlerin sahiplenilmesi gibi bir durum söz konusu değildir. Ancak, belirli bir süre için o hizmetlerden faydalanılması mümkündür (Kozak, Özel ve Yüncü, 2011:9).

2.3. Hizmetin Sınıflandırılması

Hizmetler farklı bakış açılarına göre sınıflandırılabilir. Dayanıklılıklarına, teknolojiye bağımlılık düzeylerine, kolayda olup olmadıklarına ve sağladıkları fayda miktarına göre farklı sınıflandırmalar yapılması mümkündür (İslamoğlu vd., 2006: 21).

Hizmetleri sınıflandırmak, fiziksel ürünleri sınıflandırmaya göre daha zor bir konudur. Hizmetler, birbirinden farklı ve oldukça geniş bir perspektifte incelendikleri için çeşitli sınıflandırma seçenekleri hizmetleri sınıflandırmak maksadıyla kullanılabilir. Fakat bu bağlamda önemli olan konu, yapılan sınıflandırmanın yönetsel bir bakış açısına sahip olup olmaması ve stratejik bir bakış açısını yansıtmaması noktasıdır. Bütün bunlar ışığında hizmetler aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir (İnan, 2010:17-23):

- Hizmetin yapısına göre sınıflandırma.
- Hizmet sunumunun insana ya da ekipmana dayalı olmasına göre sınıflandırma.

- Hizmetin dağıtım şekline göre sınıflandırma.
- Hizmetin sağladığı faydanın süresine göre sınıflandırma.
- Hizmet dağıtımının süresine göre sınıflandırma

Hizmetlerin sınıflandırılmasına yönelik yapılan başka bir kategorilendirme şu şekilde ifade edilebilir (Öztürk, 2007: 28-32):

- Pazarlanabilir hizmetler, Pazarlanamayan hizmetler.
- Üretici hizmetleri ve tüketici hizmetleri.
- Hizmetin yapısına göre sınıflandırma.
- Hizmet işletmesinin müşteriyle olan ilişkisine göre sınıflandırma.
- Hizmet işletmesinin esnekliğine ve inisiyatifine göre sınıflandırma

Lovelock ve Wirtz (2007) tarafından geliştirilen, hizmetlerin sınıflandırılması hakkındaki tablo aşağıda sunulmuştur. Grönross tarafından 1990 yılında bu tabloya bazı yeni sınıflandırmalar eklenmiştir. Bu eklemeler ile birlikte tablo aşağıda sunulan halini almıştır.

Judd (1964)	1.Malın kiralanmasına bağı olan hizmetler 2.Sahip olunan mallara bağı hizmetler 3.Mallara bağı olmayan hizmetler
Rathmell (1974)	1.Satıcının tipine göre hizmetler 2.alıcının tipine göre hizmetler 3.Satın alma güdülerine göre hizmetler 4.Satın alma biçimine göre hizmetler 5.Ürünün karakteristiklerine göre hizmetler 6.Yasalar ve yasa koruyucular tarafından düzenlenme derecelerine göre hizmetler
Shostak (1977), Sasser, Olsen ve Wyckoff(1978)	Fiziksel malların ve soyut etkinliklerin hizmet kalitesi içindeki oranına göre 1.Soyut etkinlik ağırlıklı hizmetler 2. Somut mal ağırlıklı hizmetler
Hill (1977)	1.Kişileri ya da malları etkileyen hizmetler 2.Geçici ya da kalıcı hizmetler 3.Dönüştürülebilen ya da dönüştürülemeyen etkileri olan hizmetler 4.Fiziksel ya da kişisel etkileri olan hizmetler 5. Ferdi ya da kolektif etkileri olan hizmetler
Thomas (1978)	1.Teknoloji yoğun hizmetler -Otomatik makinalarla sunulan hizmetler -Nitelikli işgücünün kullandığı makinalarla sunulan hizmetler -Niteliksiz işgücünün kullandığı makinalarla sunulan hizmetler 2.Emek yoğun hizmetler -Eğitimsiz işçi gerektiren hizmetler -Eğitimli İşçi gerektiren hizmetler -Profesyonel çalışanlar gerektiren hizmetler
Chase (1978)	1.Yüksek etkileşimli hizmetler 2.Düşük etkileşimli hizmetler
Grönros (1979)	1. Hizmet tipine göre hizmetler -Uzman hizmetler -Diğer hizmetler 2.Tüketici tipine göre hizmetler -Ferdî tüketiciler -Organizasyonlar

Şekil 2.3. Hizmetlerin Sınıflandırılma Çalışmaları

Kotler (1980)	1.İnsan bazlı yada ekipman bazlı hizmetler 2.Hangi tüketicinin ihtiyacı olduğuna göre hizmetler 3.İnsan ihtiyaçları için mi yoksa İş ihtiyaçları için mi olduğuna göre hizmetler 4.Kişiler için mi kamu için mi olduğuna, kâr amacı güdüp gütmeyeğine göre hizmetler
Schmenner (1986)	1.Tüketici ile olan ilişkisinin yüksek ya da düşük olmasına göre hizmetler 2.İşgücü yoğunluk derecesinin yüksek ya da düşük olmasına göre hizmetler
Vandermerwe ve Chadwick (1989)	1.Tüketici Üretici ilişki derecesi yüksek ya da düşük olmasına göre hizmetler 2.Hizmetlerin göreceli karışımı -Saf hizmetler -Bazı mallar ile yapılan hizmetler -Malların içinde yapılan hizmetler
Lovelock (1983)	1. Hizmetin aktivitesinin doğasına göre -Elle tutulabilir aktiviteler, -Elle tutulamaz aktiviteler 2.Tüketici ile ilgili olan ilişkiler -Sürekli hizmet -Sınırlı hizmet -Kişisel ilişkiler -Formel olmayan ilişkiler 3. Ismarlama ve eşit adil hizmet sunma -Kişiler ile kontak kuran personelin adaleti -Sipariş verilen hizmetler 4. Arz ve talep arasındaki ilişkinin doğası -Arzın sınırları -Talep dalgalanması 5. Hizmet sunmanın metodu -Tek yerleşime ya da çok yerleşime hizmet -Üreticilerin hizmet sunması

Şekil 2.3. Hizmetlerin Sınıflandırılma Çalışmaları (devam)

Kaynak: Doğan, 2019:14

Hizmetlere yönelik olarak yapılan sınıflandırmalar dört grupta ele alınabilir. Bunlar; (Dinçer,1996: 287-288);

1. Hedef pazara göre sınıflandırma; hizmetin sunulduğu hedef kitlenin özellikleri göz önüne alınmakta ve buna göre iki açıdan hizmetler incelenmektedir; bunu genellikle bireysel emeklilik hizmeti sunanlar müşteri kitlelerine göre gerçekleştirir.

Şahsi ihtiyaçların karşılanmasına yönelik hizmetler; kişi veya grupların şahsi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetlerdir. Örneğin, eğitim ve sağlık hizmeti gibi.

İş ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik hizmetler; bir şirketin sorunun çözümüne yönelik olarak, danışmanlık hizmeti alması gibi.

2. Hizmet üreticisine göre sınıflandırma; bu kapsamda hizmetler, iki açıdan ele alınabilmektedir;

Üretimi insana dayalı hizmetler; bu gruptaki hizmetler de kendi içinde, vasıflı elemanlara dayalı hizmetler(doktorluk), yarı vasıflı elemanlara dayalı hizmetler (tamircilik gibi) ve vasıfsız elemanlara dayalı hizmetler (kapıcılık gibi) olarak sıralanabilir.

Üretimi aletlere (araçlara) dayalı hizmetler; burada hizmet bir araçtan, makineden elde edilir (ATM gibi).

3. Hizmet alıcısına göre sınıflandırma; bu kapsamda hizmetler, üretim esnasında müşterinin hazır olup olmaması durumuna göre ayrılmaktadır (Dinçer,1996: 287-288);

Üretim esnasında müşterinin varlığını gerektiren hizmetler, örneğin bireysel doktor muayenesi gibi.

Üretimi esnasında müşterinin varlığını gerektirmeyen hizmetler; örneğin muhasebecilik gibi.

4. Mal veya hizmet bağımlılığına göre sınıflandırma; burada hizmetler iki gruba ayrılabilir,

Bağlı hizmetler; bu grup için araba tamiri, fotokopi ve bilgisayar bakım hizmetleri ve lokanta gibi, bir malın satışına bağlı olan hizmetlerden söz edilebilir.

Saf hizmetler; burada, bir mal veya hizmete bağımlı olmayan yalın hizmetlerden söz edilebilir. örneğin, psikoterapi, masaj, berberlik gibi (Oluç,1998:3-14). Bunun yanı sıra hizmetler performanslar işler ve eylemler olarak tanımlanabilir ve burada iki ana esas; faaliyetin kime (ya da neye) yönelik olduğu ve faaliyetin somut (elle tutulur, görülebilir) olup olmadığıdır. Bu açıdan değerlendirildiğinde hizmetler dört grup olarak ele alınmaktadır (Lovelock,1996:28);

İnsan bedeni ile ilgili somut faaliyetler; müşterilerin bu tarz hizmetlerden istenilen faydaları sağlayabilmeleri için fiziksel olarak hizmet sunumunun tamamında bulunmaları gerekmektedir (İnsan Süreçlemesi), örneğin, havayolu taşımacılığı, kuaför ve ameliyat gibi.

Mallara ve diğer fiziksel sahipliklere yönelik somut (Elle tutulur) faaliyetler; burada müşterinin kendisini gerektiren bir zorunluluk çoğunlukla olmadığı halde hizmeti gerektiren nesnenin hazır bulunması gerekir (Sahiplik Süreçlemesi), örneğin, tamir ve bakım, malların depolanması hizmetleri, çamaşırhane ve kuru temizleme gibi.

İnsanların zihnine yönelik soyut faaliyetler; bu durumda alıcıların zihinsel olarak faaliyete katılımı söz konusudur. Belirli bir hizmet olanağının olduğu yerde veya iletişim bağlantıları ile uzaktan erişimden de faydalanılabilmektedir (Zihinsel Uyarıcı Süreçlemesi), örneğin, TV yayınları, haberleşme ağı gibi.

Soyut varlıklara yönelik soyut faaliyetler; bir hizmete başlanması gerektiğinden itibaren, müşterinin direk katılımına gerek olmadan (en azından teorik olarak) hizmet devam etmektedir (Bilgi-Danışma Süreçlemesi), örneğin, muhasebecilik, bankacılık, veri işleme gibi. Fakat bankacılık hizmetlerinin, teknolojinin sağladığı olanaklar ile tek bir sınıflandırma içerisinde yer alması doğru bir yaklaşım olmayacaktır, çünkü günümüzde bankacılık hizmetlerinden yararlanan müşteriler, ATM ve internet bankacılığı gibi vasıtalar ile işlemlerini gerçekleştirebilmektedir.

		Hizmeti Alan Kim veya Ne?	
		İnsanlar	Varlıklar
Hizmet Faaliyetinin Doğal Yapısı	Somut Faaliyetler	İnsan Bedenine Yönelik Hizmetler Yolcu taşımacılığı Sağlık Güzellik salonları Restoranlar Kuaför	Mallara Yönelik Hizmetler Yük taşımacılığı Bakım-onarım Kuru temizleme Bahçe bakımı Perakende dağıtım
	Soyut Faaliyetler	İnsanların Zihnine Yönelik Hizmetler Reklam/Halkla ilişkiler Eğlence Eğitim Konserler Yönetim danışmanlığı	Dokunulmayan Aktiflere Yönelik Hizmetler Muhasebe Bankacılık Veri işleme Sigorta Hukuki hizmetler

Tablo 2.3. Hizmetin Yapısına Yönelik Sınıflandırma

Kaynak: Lovelock, 1996:29.

2.4. Sağlık Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık "insanda yalnızca sakatlık veya hastalığın yokluğu durumu değil, fiziki, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik halidir." şeklinde tanımlanmaktadır. (www.who.int). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, sağlık tanımı, yaşamın tümünü kapsayan bütüncül bir niteliğe kavuşmuştur. Bu tanım incelendiğinde; birey çevresi ile bir bütündür, çevresinden soyutlanamaz ve bireyin sağlık durumu çevresinin, özellikle de sosyal çevresinin bir unsurudur. Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve sağlıklı olmayan bölümler olarak ayrılamaz. Hastalıklar, sağlıklı olarak bilinen dönemlerin birikimlerinin bir sonucudur. Buna rağmen bu tanım bazı açılardan eleştirilmektedir (Birol, 2000:15). Bu tanım kapsamlı gibi görünse de sosyal ve ekonomik durumu düşük ülke vatandaşlarına hitap etmektedir.

Sağlık evrensel bir kavram olmasına rağmen, herkesin üzerinde fikir birliğine vardığı bir tanıma sahip değildir. Kişiden kişiye toplumdan topluma çeşitlilik gösterir. Sağlıkla ilgili farklı pek çok tanımlama yapılabilir. Organizması normal çalışan bir

kimsenin durumu yapılabilecek en genel tanımdır (Meydan Larousse, 1992, cilt:17:193).

Kişilerin hastalıklar karşısındaki tutumları, farklı toplum ve sosyal gruplarda farklılık gösterir. Örneğin, yoksulluk içinde bir hayat ve zorlu çalışma şartları, kazalar insanları hasta yapar. Alt sosyal sınıftaki kişilerin üst sosyal sınıftaki kişilere göre yaşam süreleri daha kısadır. (Baloğlu, 2006:5) başka bir ifade ile bireyin sahip olduğu ekonomik olanaklar arttıkça yaşam kalitesi ve süresi artar.

Geleneksel yaklaşımlarda insanın bütün olarak ele alınmadığı, sadece hasta olunan organa ya da hastalığa yoğunlaşıldığı bilinmektedir. Beden ile zihin arasında hiçbir bağlantı kurulmamış, sosyal ve ruhsal baskılar göz ardı edilmiştir. Hipokrat, akıl ile bedenin birbirini etkilediğini ilk savunan kişilerdendir. Hipokratın bu düşüncesi geleneksel yaklaşımların yetersizliğini ortaya koymuş, yeni kuramların gelişmesini sağlamıştır. Kuzey Afrikalı J. Christian Smith 1926 yılında holistik kavramını ortaya atmıştır. Holistik görüş felsefi bir anlama sahiptir ve aynı zamanda bütüncül görüş anlamına gelmektedir. Yani birey bir bütündür. Beden ile zihin arasında, vücudun organları arasında, insan ile çevresi arasında bir etkileşim vardır. Bütüncül sağlık görüşü; tüm insanlara kendi çevreleri içinde yaklaşım gösterilmesini öngörür ve insan fiziksel, ruhsal ve sosyal bir varlık olduğunu ve her bireyin farklı bir nitelik taşıdığını kabul eder (Birol, 2000:17).

Çinli düşünürlere göre insan vücudu birbirini tamamlayan ve çevresi ile dinamik bir denge içinde olan sistemlerden meydana gelmektedir. Bu dengenin herhangi bir faktörden dolayı bozulması hastalık oluşumuna sebep olacaktır (Hayran ve Sur, 1998:25).

Flornce Nightingale'in sağlık tanımı; "iyi olma ve bireyin sahip olduğu potansiyelini mümkün olduğunca üst düzeyde kullanabilmesidir. Sağlık, çevredeki unsurları yöneterek hastalığın önlemektir" şeklinde ifade edilir (Velioğlu, 1999:88). Sargent'e göre sağlık tanımı ise; "çevre koşullarına ve risklere karşı uyum sağlayabilme gücü" şeklindedir. Engel'in tanımına göre sağlık "Var olan bir durumdur ve insanın çevre ile uyum sağlayabilme kabiliyeti ve başarısı oranında kişilerin sağlıklı olacağı ifade edilmiştir" (Ay Akça, 2008:39).

Tam bir iyilik hali çoğunlukla mümkün değildir, vücudumuz denge halinde iken bile bağışıklık sistemimiz bir mücadele içerisinde. İnsan vücudu her biri herhangi bir zaman diliminde arızalanma potansiyeli olan hücreler bütünüdür. Bu kapsamda sağlığı denge halinin o anki çıktısı şeklinde de tanımlayabiliriz.

Besson'ın sağlık tanımı; "Kişinin hem kendisiyle hem de içinde bulunduğu çevre ile ilişkisini kapsar. Mevcut olan dengenin sürmesi, bireyin sağlığına risk oluşturabilecek çevresel tehditlerin önüne geçilmesi, bireyin bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ile, bireyin sağlığı açısından risk oluşturabilecek çevresel etmenlerin azaltılması, savunma sistemlerinin güçlendirilmesi ile sürdürülebilir "(Ay-Akça, 2008:39).

Henrick L. Blum'e göre sağlık dört ana etmenden etkilenmektedir. Bunlar kalıtım, çevre, yaşam tarzı ve sağlık hizmetleridir. Bunun yanında sağlığı etkileyen bu dört temel faktör de bazı durumlardan etkilenmektedirler. Bunlar kültürel sistemler, nüfus, doğa ve doğal kaynaklar ile ekonomik ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerdir. Sağlığı etkileyen faktörler şekil 2.4'te net bir biçimde belirtilmiştir.



Şekil 2.4. Sağlığı Etkileyen Koşullar

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. 2000:19

Kültürel sistem bireyin sağlıklı beslenme tarzını, spor yapma durumunu, sigara- alkol kullanma alışkanlığını etkilemekte ve bu da bireyin sağlık durumunda pozitif veya negatif farklar meydana gelmesine sebep olmaktadır (Kavuncubaşı-Yıldırım,2010:20).

2.5. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Ülkemizde ilk kez 1961 Anayasasında sağlık hakkına yer verilmiştir. 1982 Anayasasında herkesin yaşama, maddi, manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu maddesine yer verilmiştir. Devletin yapmakla yükümlü olduğu görevlerden biri de vatandaşlarına sağlık hizmeti sağlamaktır. Vatandaşların sağlık hizmetinden yararlanma hakkı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına dayanır.

Sağlık hizmetleri hastalıkların oluşunun önüne geçmek, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalanan bireylere mümkün olan en erken dönemde tanı koyarak tedaviyi sağlamak, sakatlıkları önlemek, sakatlıklara tıbbi ve sosyal yönden yardım sağlamak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir ömür yaşamasını sağlamak maksadıyla temin edilen hizmetlerin bütünüdür (Pala,2008:117-124).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönerge madde 4’de Sağlık hizmetleri; “insan 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” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge. 2005).

Sağlık hizmetleri birtakım nitelikleri ile diğer sektörlerden ayrılmaktadır. Bu özelliklerden biri, sağlık hizmetlerinde ürün bir hizmettir. Belek (2009)’e göre; “sağlık hizmeti bir hizmet üretimidir. Bu hizmet neticesinde maddi bir ürün sahibi olunamaz. Hizmet üretimi, üretici ve tüketici arasında yüz yüze gerçekleşen ve eşzamanlı olarak üretilen ve tüketilen bir faaliyettir. Üretilen bu faaliyet stoklanamaz”. Bu sebeplerle sağlık hizmetlerini tanımlamanın öncesinde hizmet kelimesinin anlamına bakmak gerekir. Hizmet maddi mallar dışında kalan ama tıpkı maddi mallar gibi insan ihtiyaçlarını karşılayan ürünlerdir. Belek’in düşüncesine göre hizmetler kendi içlerinde üretim hizmetleri ve tüketim hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır (Belek, 2009: 74).

1. Üretim hizmetleri, üretilen somut mallar gibi insanların gereksinimlerini birden karşılamazlar. Bunlar üretilen mallara yönelik ve tüketenin eline ulaşıncaya kadar üretilmesi zorunlu olan hizmetlerdir. Bu yüzden ki bu hizmetler tüketim içinde bir kademe olarak değerlendirilirler.

2. Tüketim hizmetleri, güvenlik, sağlık, eğitim, eğlence, gibi hizmetlerdir. Bu hizmetler üretildikleri anda tüketilmiş oldukları için malın direk üretimi içine girmezler. Örnek verecek olursak sağlık hizmetleri üretildiği anda tüketilmiş olmak için üretilir. Üretildiğinde müşterisinin de hazır olduğu bilinir.

Talebin ne zaman ortaya çıkacağını belli olmaması sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biridir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:40) Sağlık hizmetleri rastlantısaldır. Talebin ortaya çıkacağı zaman, hastalığın boyutu ve maliyeti belli değildir. Bu durumda sağlık hizmetlerine duyulacak ihtiyacın önceden belirlenmesi güçleşir.

Başka bir hizmet sağlık hizmetlerinin yerini alamaz, başka bir ifade ile ikamesi yoktur. Hasta doktorun kendisine önerdiği tedavi hizmetini almak mecburiyetindedir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:40) Sağlık hizmeti parasal maliyeti daha düşük olan bir hizmet sektörü ile değiştirilemez. Bu durum sağlık hizmetleri diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran bir niteliklerdir.

Sağlık hizmetlerinin, istenilen değişiklikleri yaratabilmesi için bazı niteliklere sahip olmalıdır. Etkin sağlık hizmetinde özellikler şöyle olmalıdır; süreklilik, kolay kullanılabilirlik, kalite ve verimlilik (Kavuncubaşı, 2000:64). Bireyler başta ekonomik nedenler olmak üzere farklı birçok nedenden dolayı sağlık sektörü dışındaki çeşitli mal ve hizmetler için taleplerini erteleyebilirler. Fakat sağlık hizmetinin doğası gereği hizmetin sağlanması ya da kullanımı ertelenemez (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:40). Özellikle acil durumlarda, hastanın hayatını tehlikeye atabilecek zamanlarda hizmetin ertelenmesi mümkün değildir. Bunun yanında erken tanı ve tedaviye erken başlanması maliyetleri azaltır ve kalıcı sakatlıkların önüne geçer.

Yapılacak herhangi bir hata direkt hastanın hayatına mal olabileceğinden, hata ve belirsizliklere izin vermemesi sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden biridir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:43) Sağlık hizmeti sağlanırken garanti mevzu bahis değildir. Çok küçük bir uygulama hatası bile hastanın hayatına mal olabilir. Sağlık hizmetlerinin hedefleri aşağıdaki gibi belirtilebilir (Sözen,2003:2);

- Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,

- Toplumun sağlık standartlarını oluşturmak,
- Bireylerin ve toplumların hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Hasta olanları en kısa zamanda sağlıklarına kavuşturmak,
- Süreğen (kronik) hasta ve sakat olanların uyum ve adaptasyonlarını sağlamak,
- Erken lm önleyerek yaşam süresini uzatmak,
- Sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların mümkün olduğunca azaltılmasını sağlamak,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesini sağlamak,
- Ekonomik açıdan dezavantajlı olan vatandaşların sağlık ile ilgili hizmetlere ulaşımının ve katılımının sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetleri birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerden bir kısmı aşağıda sıralanmıştır (Hayran ve Sur, 1998:25-35)

- Kaynak kullanım ve dağıtım politikaları,
- Hastanelerin sağlık ve bireysel bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliği,
- Genel sağlık politikaları,
- Halka karşı duyulan sorumluluklar,
- Halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları,
- Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin sağlığa yaklaşımları,
- Ulusal ve Uluslararası etkiler,
- Basın (medya).

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri karmaşık olması nedeniyle başka hizmet kollarından farklıdır. Bu farklılıklar sağlık hizmetine özgü niteliklerinden kaynaklanır. Sağlık hizmetleri başka hizmetler ile kıyaslandığında en soyut sektördür. Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Odabaşı, 2010:20-21);

- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısaldır.
- Hizmetin, üretimi ve tüketimi aynı andadır.
- Hizmet sektöründe tüketiciyle direkt temas mevcuttur, iletişim de yüz yüzedir.
- Sağlık hizmetlerinin depolanamaz.
- Sağlık hizmetleri profesyonellik gerektirir.
- Sağlık sektöründe ileri teknoloji kullanılır ve çok fazla emek harcanmasına dayalı üretim vardır.
- Sağlık hizmetinden faydalananlar, sağlanan sağlık hizmeti hakkında fazla bilgi sahibi değildir. Bundan dolayı hastalar sağlık hizmetlerinin tüketiminde, uzman bilgisinden faydalanır.
- Sağlık hizmetlerinde hizmetten faydalanan bireyin tatmini, diğer hizmet kollarıyla kıyaslandığında belirsizdir.
- Sağlık hizmetleri çoğunlukla acildir ve ertelenmesi imkansızdır.
- Sağlık hizmetleri önceden test edilemez. Bu sebeple, sağlık hizmetini sunanlar ve hastalar arasında tümüyle güvene dayalı bir ilişki vardır.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran kendine ait birtakım özellikler de vardır. Bu özellikler aşağıdaki gibi belirtilebilir (Yerebakan,2000: 47-50):

- Sağlık hizmetleri oldukça yüksek seviyede profesyonel yeterlilik gerektirir.
- Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını diğer sektörlerdeki gibi kısa zamanda almak, ölçmek ve değerlendirmek imkansızdır.
- Sağlık hizmetleri içerisinde birçok meslek grubu birlikte hizmet sunar. Örnek verecek olursak, otelcilik hizmetleri (çamaşır, ütü, banyo vb.), teknik hizmetler (bakım-onarım, aydınlatma vb.), eğitim ve araştırma hizmetleri sayılabilir.
- Hastalıkların farklı faktörlerden oluşması sebebiyle sunulan sağlık hizmetleri kişiye özeldir ve standardize edilemez.
- Sağlık hizmetleri sunulurken icra edilen faaliyetlerin birçoğu acil ve ertelenemeyecek niteliktedir.
- Sağlık hizmetlerinde farklı meslekler ile “karşılıklı bütünleyici bağımlılık” (reciprocal interdependence) yüksek düzeydedir. Bir başka ifade ile bir noktadaki aksaklıktan kurumun/hizmetin tümü negatif etkileneceğinden ötürü farklı birimlerin koordinasyonu çok önemlidir.
- Sağlık hizmetlerinde, hizmetin dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü hekimlik fonksiyonları oluşturur ve tamamıyla denetlenebilir nitelikte değildir.
- Sağlık hizmetlerinin hata, belirsizlik ve aksaklıklara karşı toleransı çok düşüktür.

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmeti, rehabilitasyon hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmeti ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sıralanabilir (Yaylalı, Kaynak ve Karaca, 2012: 563). Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, insanları hastalıklardan korumak veya hastalıkların etkenlerini ortadan kaldırmaktır (Hayran ve Sur, 1997: 17). Koruyucu sağlık hizmeti ferdi koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Ferdi koruyucu sağlık hizmetleri; bağışıklık kazandırma, hastalıkların erken tanısı ve tedavisi, sağlık eğitimi ve yeterli ve dengeli beslenme, doğum kontrolü, kişisel bakım ve temizlik, Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; gıda güvenliği ve besin kontrolü, atıkların yönetimi, hava kirliliğinin denetlenmesi, yaşam için temiz ve yeterli su temini olarak sayılabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 37).

Tedavi hizmetleri, hastalanan bireyin, eski sağlığına kavuşmasını sağlamak gayesi ile sunulan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, öncelikle uzman doktorun sorumluluğuunda olarak diğer sağlık personelinin takım çalışmasıyla sağlanmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri iki temel başlıkta ifade edilebilir bunlar; ayakta tedavi ve yatarak tedavi hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 34).

Rehabilitasyon hizmetleri ise kişilerin zihinsel ve bedensel açıdan diğerlerine bağımlı olmadan hayatını sürdürebilmesini sağlamak, hastalıklar ya da kazalar neticesinde meydana gelen sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesinin önüne geçmek gayesi ile sunulan sağlık hizmetleridir (Yaylalı, Kaynak ve Karaca, 2012: 563). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı bireylerin sağlık seviyesini yükseltmek gayesi ile sunulan hizmetlerdir (Tengilimoğu, Işıık ve Akbolat, 2014: 84).



Şekil 2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 35

Sağlık Hizmetleri	Sağlık Kurumları
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Sağlık Evi Sağlık Ocağı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi İşyeri Revirleri Dispanserler Kanser Erken Teşhis ve Tedavi Merkezi Okul Sağlığı Bölümleri Halk Sağlığı Laboratuvarları Belediye Çevre Bölümleri
Tedavi Hizmetleri	Hastaneler Özel Muayenahaneler Ayakta Cerrahi Hizmetler Merkezi Dispanserler Hemşire Bakım Merkezleri Evde Bakım Terminal Dönem Bakım Merkezleri
Rehabilitasyon Hizmetleri	Rehabilitasyon Merkezleri Hemşire Bakım Merkezleri Evde Bakım Terminal dönem Bakım Merkezleri

Tablo 2.4. Türkiye’de Türlerine Göre Sağlık Hizmetleri ve Bu Hizmeti Üreten Kurumlar

Kaynak: Danacı, Burçin,2010:11

2.5.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık veya sakatlık meydana gelmeden, risk faktörlerine karşı verilen önleme çabalarıdır. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından vatandaşlarına sağlanmak zorundadır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:44).

Vatandaşların sağlık hizmeti ile ilk tanışması koruyucu sağlık hizmetleri ile olur. Burada hedef bireyin sağlığını korumak, iyileştirmek, zarar vermesi muhtemel etkenleri önceden tespit ederek, bunlara karşı tedbir almaktır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, “kişileri yaralanmaktan, hastalanmaktan, sakatlıklardan ve ölümden korumak maksadı ile sunulan sağlık hizmetleridir”. Bireye yönelik uygulanan bağışıklık kazandırma işlemi, ilaçla ya da serumla koruma sağlanması, erken teşhis, aile planlaması, sağlıklı beslenme sağlanabilmesi için gıda güvenliği ve dengeli beslenme alışkanlığının kazandırılması, sağlık konusunda eğitim gibi

unsurlar ile fiziki, biyolojik ve sosyal çevredeki negatif durumların sebep olduğu sağlık sorunlarının önüne geçmek gayesi ile çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerini oluşturur (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005).

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, bireyin çevresini iyileştirmeye yönelik yapılan çabalar yer alır. Bireyin çevresinde bulunan ve sağlığını negatif etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörleri ortadan kaldırarak ya da etkilemesini engelleyerek çevreyi olumlu biçime dönüştürme faaliyetlerinin bütünüdür (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009: 44).

Sağlık hizmetleri kapsamına giren çevre yalnızca fiziki anlamında kullanılmamaktadır. Elbette fiziki çevre, fiziki koşullar da bireyin sağlığı açısından fazlaca önemlidir. Fakat bahse konu çevre sosyal ve fiziki çevredir ve bütün olarak değerlendirilir. Elbette doğa yani fiziki çevre önemlidir. Fakat bu önem sosyo-ekolojik bütünlüğün içerisinde bir önemdir. Çevre kirlenmesinden söz edince sadece havanın, denizin ve toprağın kirlenmesi akla gelmemelidir. Ayrıca, fiziki çevrenin kirlenmesinin sosyal çevrenin yüzünden meydana geldiği bilinmektedir (Aktan ve Işık,2010).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; temiz su temini, gürültü kirliliğinin azaltılması, hava kirliliğinin önlenmesi, zararlılar ile mücadele, atıkların yönetimi, iş ve işçi güvenliği, endüstriyel atıkların ve radyasyonun denetimi gibi alanlarda eğitici, denetleyici ve danışmanlık üstlenebilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, yalnızca çevreye yönelik hizmetler değil insana yönelik hizmetler de sağlanır. Kişiye yönelik olarak hastalıkların erken teşhis ve doğru tedavisi, ana çocuk sağlığı, sağlık konusunda eğitimi, aşılama, aile planlaması, hijyen ve benzeri alanlarda hizmet verir. İnsanı yani toplumu hastalık faktörlerine karşı güçlü kılmayı, hastalanmaları durumunda da erken teşhis yapılarak, en az zararlı tedavi etmeyi hedefleyen hizmetler olarak ifade edilebilir (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009: 46).

Koruyucu sağlık hizmetleri ana hedef olarak hastalıklardan korur ayrıca, erken teşhis ve tedavi (ikincil koruma), hastalığın tekrarlaması ve komplikasyonlarının önlenmesini içerir. (Fişek, 2009). Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık bakanlığının

sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkına yönergesinde 4 temel kategoride incelenmiştir (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005)

1. Temel (Primordiyal) Korunma; Toplumu ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan geliştirerek hastalıklara sebep olan faktörlerin etkisini küçültmek ya da ortadan kaldırmaktır. Belli bir hastalığa özel değil, pek çok hastalığa ve esasta insan yaşamına ilişkin tedbirlerdir.

2. Birincil (primer) korunma; Hastalık insanda biyolojik olarak başlamadan birtakım tedbirler sayesinde bahse konu hastalığın önüne geçmek mümkündür. Bu tedbirler, çevredeki negatif faktörlerin ortadan kaldırılması, aşılama, dengeli beslenme, kişilerin hastalık etkenlerine maruz kalmasının engellenmesi, kazaların önüne geçmek gayesi ile uygulanan tedbirler, kişisel temizlik kurallarına uymak, sigara kullanılmaması, bireylerin ve toplumun bilinçlendirilmesi gibi tedbirlerdir. Birincil koruma risk etmenlerinin belirlenmesine ve yok edilmesine yöneliktir. Bu etmenler bireylere de açıklanarak sağlıklarını koruma yöntemleri öğretilir.

3. İkincil (sekonder) korunma; Hastalıklar, belirti göstermeden önce veya belirtilerin (semptomların) hafif seyrettiği zamanlarda tanı konularak tedavisi sağlanmalıdır. Sekonder koruma “erken tanı” hizmetleri olarak tanımlanabilir. İkincil koruma risk gruplarına yapılan taramalar ile sağlanır. Aynı zamanda hastalığın maliyeti ve seyri bakımından oldukça önemlidir. Bireylere fayda sağlamasının yanı sıra tedavi masrafları azalttığından yani finansman yönünden de hastalığın erken teşhis ve tedavisi çok kıymetlidir. Sigorta kurumlarını bu duruma örnek verebiliriz (Fişek, 2009).

4. Üçüncül (tersiyer) korunma; Hastalığın belirtilerinin kendini göstermesinden itibaren, hasta kişilerin en iyi şekilde tedavi edilmesi, hasta kişilerin rehabilite edilmesi gibi hizmetleri içerir. Hastalığın yaratacağı kötü sonuçların önüne geçilmesini hedefler.

Sağlık hizmetleri sınıflaması içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri çok önemli bir yere sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bu derece mühim olmasını sağlayan nitelikleri aşağıda sıralanmıştır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009: 47)

- Sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur.
- Daha kolay uygulanır.
- Sunumunda fazla araç-gereç ve personele ihtiyaç yoktur.
- Görevli personelin niteliğinin çok yüksek olması gerekmez.
- Kullanılan teknoloji basit, dolayısıyla ucuzdur.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- İşgücü kaybını asgariye indirir.
- Bu hizmetlerin sunumuyla eşzamanlı olarak çevre düzenlemesi de sağlanmış olur.

Koruyucu sağlık hizmetleri; sağlık ocağı, sağlık evi, işyeri reviri, dispanserler, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimlerince sağlanır. Koruyucu sağlık hizmetleri çevre ve kişiye yönelik olarak ikiye ayrılmaktadır. (Tatarlı, 2007)

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; İnsan sağlığını negatif olarak etkileyen, tehdit eden faktörlerin çevreden temizlenmesidir. Temiz su kaynakları, hava kirliliği kontrolü, parazit canlılara karşı verilen mücadele, zararlı atık denetimleri, konut sağlığı, iş ve endüstri sağlığı gibi konuları kapsamaktadır.

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri: Salgın hastalıklara sebep oluşturabilecek faktörlere karşı dirençli olunmasını sağlamayı amaçlar. Erken teşhis ve tedavi, bağışıklama, ana çocuk sağlığı, sağlık eğitimi, beslenmenin iyileştirilmesi gibi hizmetleri kapsamaktadır.

2.5.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastaların, eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerdir (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:47). Sağlığı bozulan kişilere sağlık kuruluşlarında yapılan tüm müdahale, tedaviye yönelik

uygulamalar ve uygulanan tedavi kapsamında kullandığı bütün ilaç ve gereçleri içerir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, birey hastalık belirtilerini gösterdiğinde bir başka deyişle kişinin sağlığı bozulduğunda başlar. Hastaların sağlıklarına yeniden kavuşmaları için yapılan tüm çabalar ve uygulamalar tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsar.

Koruyucu sağlık hizmetlerine kıyasla tedavi edici sağlık hizmetlerinin en belirgin farkı tamamen bireye yönelik sağlanmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri açısından bakıldığında sadece sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavisinin sunulması bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önüne geçilmesine destek olabilir. Yani tedavi edici sağlık hizmetleri ile aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri de desteklenebilir (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:47).

Çoğunlukla koruyucu hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla başa çıkmak maksadıyla tedavi edici hizmetler sunulmaktadır. Kısacası, eğer toplumdaki kişilerin sağlığı, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, temiz içme suyu sağlanması, düzenli ve dengeli beslenme gibi birtakım tedbirlerle korunamıyor ise pek çok ve karmaşık sağlık sorunları meydana gelecek, hastalıklar ortaya çıkacak, sağlık örgütleri bunların tedavisi ile mücadele etmek zorunda kalacaktır (Hayran ve Sur, 1998:19).

Ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetleri üç kategoride incelenir. Bunlar;

1. Birinci basamak tedavi hizmetleri; Sağlığı bozulan bireylerin evde ve ayakta tedavilerini kapsar. Koruyucu hizmetlerle birlikte ve yataksız sağlık kuruluşlarında sunulur (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005).

Bu basamakta hekimlerin, vatandaşların yerleşim yerlerine yakın ve kolayca erişebileceği şekilde dağılmış olması önemlidir. Gelişmiş ülkelerin istatistik verilerine göre hastaların yüzde 95'inin bu basamakta tedavi edilmektedir. Bu basamaktaki doktor, hastanede tetkik edilmesi ve tedavi edilmesi gerekli olan bireyleri seçerek ikinci basamağa (hastaneler) sevk eder (Fişek, 2009).

2.İkinci basamak tedavi hizmetleri; Sağlığı bozulan kişilerin yataklı bir sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatırılarak tedavilerini kapsar (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005).

Yüksek tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastaların tanı ve yatırılarak tedavisi gayesi ile sunulan hizmetlerdir. Ülkemizde yataklı sağlık kuruluşları (çoğunlukla hastaneler) bu hizmetleri sağlamaktadır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009: 48).

3. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri; Belli bir cinsiyete, özel bir yaş grubuna veya belli bir hastalığa yakalanan kişilere yani belli bir örneklem kümesine ilgili konuda en geniş kapsamlı imkanlara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında sunulan tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, çoğunlukla özel dal ya da eğitim hastanelerinde sunulur (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005).

Özel tedavi ve ileri tetkikin gerekli olduğu hastalıklara yönelik sağlanan, genellikle üniversite hastaneleri gibi eğitim hastanelerinde sunulan, yüksek bilgi ve teknoloji gerektiren sağlık hizmetlerini kapsar (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009: 48).

2.5.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık, sakatlık, yaralanma gibi bireylerin sağlık durumunun bozulmasına neden olan faktörlerin tam anlamı ile tedavi edilebilmesi mümkün olmayabilir. Kişilerin bozulan ruhsal ve fiziksel durumlarının iyileştirilmesi ve hiç kimseye bağımlı olmadan hayatlarını sürdürebilmeleri maksadıyla rehabilite edici hizmetlere ihtiyaç duyulur. Bireylerin içinde bulunduğu ortama yeniden geri kazandırılması rehabilite edici sağlık servisleri sayesinde olur. Bireylerin ekonomik, sosyal ve kültürel durumlarının iyileştirilmesi hedeflenir (Somunoğlu, 2012: 12).

Rehabilitasyon hizmetleri; çok uzun zaman alan iyileştirme servisleridir. Zihinsel engelliler, ruh hastalıkları ve bazı organların sahip olduğu eski özelliklerine kavuşturulması amacıyla gerçekleştirilen tedaviler uzun zaman almaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri en zor sonuç alınan sağlık hizmetleridir (Sargutan, 2004: 68).

Bazı hastalıklarının tedavisinden sonra, organların fonksiyonları bozulabilir ya da organların fonksiyonlarında azalma meydana gelebilir. Bu durumdaki bireylerin

günlük yaşamlarını sürdürmede birtakım sıkıntıları mevcuttur. Bireylere tıbbi ya da rehabilitasyon hizmetleri sağlamak vasıtası ile ailesine ve toplumuna yük olmadan günlük yaşamlarını sürdürmeleri ve katlanmaları gereken bir sıkıntı olmadan yaşama imkanları sağlayabilir (Akdur, 2006: 20).

Yaşanan ciddi bir hastalık, trafik veya iş kazası, doğal afet gibi olaylar sonrasında zihinsel ya da fiziksel olarak sakat kalmış bireylerin morallerinin yüksek olması sağlanarak tekrar topluma kazandırılmalarını amaçlayan hizmetlerdir (Çelikay, v.d, 2009:186).

Rehabilitate edici hizmetler yataklı ve yataksız hizmet sunan rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanır. Tıbbi ve sosyal açıdan olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Tıbbi Rehabilitasyon, fiziksel olan sakatlıkların iyileştirilmesi için sunulan hizmetleri içerir. Örnek vermek gerekir ise işitme cihazı, protez gibi uygulamalar bu kapsamda yer almaktadır. Bu tedaviler ile kişilerin sağlıklarına yeniden kavuşmaları sağlanmakta, aynı zamanda, ortopedik cihaz ve protezlere de uyumu sağlanmaktadır (Somunoğlu, 2012: 12).

Toplumsal Rehabilitasyon; hastanın yeniden topluma kazandırılması gayesi ile topluma uyum sağlaması için sunulan, iş bulma, öğretme, destek programları gibi faaliyetleri kapsamaktadır(Somunoğlu, 2012: 12). Rehabilitate edici hizmetler kendiliğinden sunulamaz, bunları gerçekleştirecek toplumsal örgütlere ihtiyaç duyulmaktadır. Toplumsal rehabilitasyon hizmetleri, adlarından ve türlerinden de anlaşılacağı gibi, sosyal (toplumsal) hizmetler kurumları ve çalışanları vasıtası ile sağlanan hizmetlerdir (Akdur, 2006: 20).

Vatandaşların kaza, hastalık gibi nedenlerle kaybettiği, zihinsel ve ruhsal fonksiyonlarını yeniden kazandırmayı hedefleyen çabalardır. Rehabilitasyon hizmetleri iki grupta incelenebilir (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009: 48).

Tıbbi Rehabilitasyon; Fiziksel kalıcı bozukluk ya da sakatlıkların iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi gayesi ile sunulan hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon; Sakatlığı ya da özürlü olan kişilerin günlük yaşama katılması, başkalarına bağımlı olmadan hayatını sürdürmesi gayesi ile sunulan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çabalarını içermektedir.

2.5.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri toplumun genel sağlık seviyesini yükseltmeyi hedefleyen hizmetlerdir. Sağlık kurumlarının şartlarını daha üst düzeye yükselterek sağlanan, sağlığı henüz bozulmamış kişiler için sunulan hizmetlerdir. Bu kapsamda asıl sorumluluk kişinin kendisine aittir (Kavuncubaşı, 2000:37).

Özetle; sağlıklı vatandaşların sağlık durumlarının daha da iyileştirilmesi gayesi ile sunulan asıl sorumluluğun bireye ait olduğu hizmetlerdir. İnsanların yaşam kalitesinde ve ömür süresinde pozitif gelişmeler olmasını hedefler. Çağımızda pek çok sağlık probleminin, kişilerin yaşam koşulları, hayat tarzı ve alışkanlıklarından kaynaklandığı ifade edilebilir. Kişilerin hayat tarzlarını, yaşam koşullarını iyileştirerek sağlık durumlarının çok daha iyileştirilmesinin imkân dahilinde olduğu ifade edilebilir. Örnek vermek gerekirse kişilerin spor yapması, düzenli ve dengeli beslenmesi, sigara, alkol ve tütün kullanmaması ve kişisel temizliğine dikkat etmesi sağlık durumunun daha iyi olmasını mümkün kılabilir.

2.5.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim ve Örgütlenme Süreci

Ülkemizde hedeflenen sağlık hizmetlerinin gelişimini cumhuriyet öncesi dönem ve cumhuriyet sonrası dönem olarak ayrılabilir. Osmanlı imparatorluğu devrinde, çoğunlukla saraya ve orduya yönelik olarak gelişmiş sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaktadır. Devletin sağlık işlemlerini Reisul Etibba (Hekim Baş) adı verilen yapı sağlamaktadır. Kimsesizler ya da maddi durumu kötü kişiler padişah ve saray çevresinin hayır işleri için kurduğu hastane ve şifa evlerinde tedavi olurken, halkın büyük bir kısmı, serbest çalışan hekimlere ve şifacılara ücret karşılığında muayene olmaktadır. Bahse konu sağlık hizmetleri yalnızca büyük vilayetler ile sınırlı kalmıştır. İstanbul, Edirne, Kayseri, Bursa ve Selanik bu şehirlere örnek verilebilir (Akdur, 2006:10).

Hekim Başı teşkilatı 1850 yılında lağvedilmiş yerine de Tıbbiye Nezareti kurulmuştur. Hekim olabilmek için tıp okullarından mezun olma zorunluluğu Tıbbiye Nezareti'nin kurulmasıyla olmuştur. 1914 yılında İtalya'dan örnek alınarak Tıbbiye Nezareti, Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne dönüştürülerek İçişleri bakanlığına bağlanmış ve devletin denetimi altına alınmıştır (Akdur, 2006:11).

Refik Saydam döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. 1946'da yapılan Dokuzuncu Milli Tıp Kongresi'nde ilk 10 yıllık milli sağlık planının sunumu cumhuriyet döneminin ikinci Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz yönetiminde yapılmıştır. Sunumda, Türkiye'nin sağlık açısından yedi bölgesine ayrılması öngörülmüştür. Plana göre, her kırk köy için on yataklı bir tedavi merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir sağlık memuru ve bir ebe görev yapacaktır. Söz konusu merkezlerin tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini birlikte sunması amaçlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2007:99). Dr. Behçet Uz'dan sonraki dönemde bu planı uygulanma imkânı bulunamamış, sonraki dönemde her ilçeye bir sağlık merkezi açılması biçiminde yeniden düzenlenmiştir (Aydın, 2002:184).

Hastane hizmetlerinin devletin sorumluluğu ve görevi olarak düşünülerek tek çatı altında birleştirilmesi aynı zamanda vakıflara, belediyelere ve il özel idarelerine bağlı olarak çalışan üniversite ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri dışında kalan diğer hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması, 6134 sayılı kanunla, 1954 yılına olmuştur. 1960'lı yıllarda ise yapılan sağlık reformları ile sağlık kavramı anayasal bir boyut kazanmıştır. Aynı zamanda ülkemizde sağlığın her insanın temel hakkı olduğu, her insanın sağlıklı doğmayı ve sağlıklı ölmeyi hak ettiği düşüncesi hâkim olmuş ve dünya sağlık örgütü ile “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” imzalanmıştır. Bu değişimler ışığında “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini aynı zamanda tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir. Devlet, dar gelirli ve yoksul ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayacak tedbirleri alır” ifadesi Anayasanın 49. Maddesinde yer almış, bu sayede sağlık hizmetinin her insanın hakkı olduğu ve kamu tarafından sağlanması gerekliliği teminat altına alınmıştır. 1961 yılında “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” yürürlüğe girmiştir. Bu sayede, sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyaçlarına göre, kademeli, entegre, sürekli ve yaygın olarak sağlanması hedeflenmiştir. Bu hedef ışığında şehir merkezlerinde ve ilçelerde

bütünleşik bir yapı olarak il ve ilçe hastaneleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri kurulmuştur. Bu kanunun getirdiği yeniliklerden biride sevk sistemidir. Gerçekleştirilen bir başka yenilik ise tedavi ve ilaç hizmetlerinden faydalananlardan, hiçbir ücret alınmamaya başlanmasıdır (Akdur, 2006:29; Aksoy, 2007:47-48).

1963 yılına gelindiğinde Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmetlerine yer verilmiş ve ülküler belirlenmiştir. 1967 yılında ilk defa “Genel Sağlık Sigortası”ndan bahsedilmeye başlanmıştır. Aynı zamanda yasa tasarısı hazırlanmış lakin Bakanlar Kurulu’na arz edilmemiştir. İkinci 5 yıllık kalkınma planı kapsamında, 1971 yılında TBMM’ye, genel sağlık sigortasının kurulması sunulmuş olmasına rağmen taslağın görüşülmesi ancak üç sene sonra mümkün olmuştur. Bütün bu çabalara rağmen kanun ancak 01.10.2008 tarihinde yasalaşabilmiştir (Akdağ, 2011a:23; Aksoy, 2007:49).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 1990 yılında sağlık sektörünü ile ilgili bir ana plan hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ile DPT ortaklığında yürütülen ve “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” olarak adlandırılan plan vasıtası ile sağlık reformlarının ele alındığı dönemin başlamasını sağlamıştır. 1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik kısmına hız verilmiştir. Yeşil kart uygulaması sosyal güvenlik kapsamına girmeyen az gelirli vatandaşlar için 1992 yılında 3816 sayılı yasa ile yürürlüğe girmiştir. Bu sayede düşük gelirli bireylerin, sağlık hizmetlerine dar kapsamlı olsa ulaşımı sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2008:19).

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” şeklinde, Bakanlar Kurulu tarafından TBMM’ye arz edilmiş, lakin mecliste çoğunluk sağlanamaması sebebi ile yasalaşamamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası kapsamında, “Sağlık Sandığı” ismi ile ifade edilen bir yasa tasarısı bakanlıkların onayına sunulmuş lakin kanunlaşamamıştır (Ataay, 2008:172).

16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planı 58. Hükümet tarafından açıklanmış, sağlık alanında yapılması öngörülen ana hedefler “Herkesin Sağlık” başlığı altında toplanmıştır. Bahse konu hedefler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Akdağ, 2008:20):

- E-dönüşüm projelerinin sağlık alanında başlatılması,
- Kamu kuruluşlarının her birinde alt kademelere yetki devri,
- GSS kapsamının tüm vatandaşlar için genişletilmesi,
- Sağlık alanına yatırım yapmasında özel sektörün özendirilmesi,
- Mali ve idari bakımdan hastanelerin özerk bir yapıya dönüştürülmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Aile hekimliğinin başlatılması,
- Özellikle çocuk ve anne sağlığı üzerinde durulması,
- Bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının tek çatıya bağlanması,
- Öncelikli kalkınma önemi olan yerlerde eksik olan sağlık personelinin tamamlanması.

Acil Eylem Planı'nın kamuoyuna sunulmasından sonra, Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak 2003 yılında açıklanmıştır. Bu program sekiz temel nokta üzerine odaklanmıştır (Akdağ, 2007: 17; Akdağ, 2008: 20; Ulutaş, 2011:176):

- Akılcı malzeme ve ilaç yönetiminde örgütsel yapılanma,
- Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon için nitelikli ve etkili sağlık hizmeti,
- Sistemi destekleyecek bilim ve eğitim kuruluşları,
- Genel sağlık sigortası ile herkesi tek çatı altında toplama anlayışı,
- Yüksek motivasyon ile çalışan beceri ve bilgiyle donanmış, sağlık insan gücü,
- Basit ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi, erişimi,

- Planlayıcı ve denetleyici,
- Karar vermeye etki eden bilgiye tam erişim: Sağlık bilgi sistemi olarak hedeflenmiştir.

Dünya Bankası'nın 2003 yılında verdiği raporda türk sağlık sistemine aile hekimliği modelinin uygun olacağı belirtilmiştir. Sağlık reformunun ikinci ayağı aile hekimliği modelini içermektedir (Ataay, 2008;174).

Modern sağlık hizmetler uygulamasının ilk adımını aile hekimliği modeli oluşturmakta ve sağlıkta dönüşüm reformunun en kritik parçalarından birini oluşturmaktadır. Toplumdaki en yaşlı bireylerden, en gencine kadar toplum yapısının temeli sayılan ailedeki her ferdin sağlık sorunları ve sağlığının korunması aile hekimlerinin sorumluluk alanına girmektedir. Dolayısı ile aile hekimleri sorumluluk sahalarındaki her birey için gerekli tedbirleri uygulayarak hastalıklardan korumaya, hasta olmuş bireylerin tedavisini sağlayarak iyileştirmeye çabalamaktadır. Aile hekimi rahat ulaşılabilir bir yerde yani aile bireylerinin ikametine yakın bir konumda olmalıdır (Akdağ, 2011b:2; Akdağ, 2011a:78-79). 2004 senesi sonunda "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile aile hekimliği sistemini düzenlemeye başlamıştır. Pilot uygulama 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde yapılmıştır. Türkiye genelinde aile hekimliği uygulaması 13 Aralık 2010'da başlamıştır (Akdağ, 2011a:79-80; Aksoy, 2007:60-61).

6 Mayıs 2006 tarihinde yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kamu kuruluşu kapsamında nitelendirilmiştir. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kurumları, "SGK" çatısı altında toplanmış ve yeniden yapılandırılmıştır (Resmî Gazete, 2006).

Sağlıkta dönüşüm programının önemli bir adımı da "663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname" ile kamuoyuna duyurulan "Kamu Hastane Birliği (KHB) reformu" dur. Bu reform sağlık bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının tek çatı altında özerk bir şekilde birleştirilmesi gayesi ile yapılmıştır. Hizmetin büyüklüğüne göre sağlık işletmesi modeli çerçevesinde illerde kamu hastane birlikleri kurulmuş, birlik kapsamı dışında hastane kalmaması sağlanmış, hastanelerin yeniden yapılandırması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığının sağlık alanında denetimden ve

düzenlemeden sorumlu tek birim haline gelmesi sağlamıştır (Resmî Gazete,2011). Lakin, 2017 yılında yürürlüğe giren 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlıkları yürürlükten kaldırılmış, genel müdürlük haline dönüşmüştür (Resmî Gazete, 2017).



3. BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HİZMET KALİTESİ VE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ

3.1. Kalitenin Tanımı

Kalite (Qualities) kelimesi, Latince’de “nasıl oluştu” manasına gelen “qualis” kelimesinden türemiştir. Kalite kullanıldığı mal ve hizmetin gerçekte ne olduğunu belli etme gayesindedir. Kalite, genel olarak iyiliği ve üstünlüğü, bir başka ifade ile bahse konu mal ve hizmetin başarılı ve üstün taraflarını belirtmektedir (Şimşek, 2007:5).

Kalite araştırmacılar tarafından ekonomi, üretim yönetimi, pazarlama ve felsefe olarak dört temel bölümde incelenmiştir. Ekonomi kaliteyi, kar artışı ve pazar dengesi, felsefi tanımlar, üretim yönetimi, mühendislik uygulamaları ve üretim kontrolü açısından ele alırken, pazarlama ise kaliteyi satın alma davranışları ve tüketici tatmini kapsamında incelemiştir. Bu alanların her biri kaliteyi farklı bakış açıları ile irdelemiştir. Dolayısıyla, tek bir tanımla kalite kavramının açıklanması mümkün değildir. Esas önemli nokta kalite kavramının içerdiği felsefeyi anlayabilmektir. İçerdiği felsefeyi kavrayabilmek ancak dünya üzerinde var olmuş örgütler ve uzmanlar tarafından yapılmış tanımları inceleyerek mümkün olabilir. (Bayrak,2007:22-24).

Kalite, tarih boyunca hakkında düşünülmüş ve farklı fikirler ortaya konulmuş, günümüze kadar gelen süreç içerisinde zaman zaman değişime uğramış bir kavramdır.

Kalite kavramı tüketicilerin talepleri, beklentileri ve gereksinimleri doğrultusunda farklılık gösterdiği için ifade ettiği anlam her birey için farklıdır. Kalite kavramı ile ilgili literatürde yer alan tanımların bazıları Tablo 3.1’de gösterilmiştir (Durukan ve İkiz, 2007:34).

Yazar	Kalite Tanımı
F.W.Taylor, 1900	Kalite, kontrol edilen bir kavramdır.
Genichi Taguchi, 1965	Kalite, tasarım özelliklerine uygunluktur.
Philip Crosby, 1979	Kalite, bir ürünün müşterinin gereksinimlerine uygunluk derecesidir.
Armand V. Feigenbaum, 1983	Kalite, bir ürün veya hizmetin, pazarlama, üretim, mühendislik ve bakım aşamalarından geçtikten sonra kazandığı toplam özelliktir.
W. Edwards Deming, 1986	Kalite, müşterinin mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını sürekli olarak karşılayabilmektir.
Joseph M. Juran, 1988	Kalite, bir üründen yeterli tatmini sağlamak amacı ile o ürünün müşterinin gereksinimlerine uygunluğudur.
Koru Ishikawa, 1997	Kalite, müşterilerin tanımladığı gerçek ürün performansının, üreticilerin tanımladığı ürün performansı ile karşılaştırılmasıdır.
Deming, 1998	Kalite, işletmenin ürettiği ürün ve performansın kalite spesifikasyonlarına uygun olmasıdır.
ISO 9001:2000	Kalite, müşteri gereksinimleri ile mevzuat gerekliliklerini karşılamak yolu ile, müşteri memnuniyetini artırılabilme çabasıdır.
ISO 9000:2005	Kalite, ürünün yapısal özelliklerinin tamamının, müşteri şartlarını karşılama derecesidir.
ISO 9004:2011	Kalite, bir kuruluşun sürdürülebilir başarısı için gerekenleri yapabilmesidir.
Amerikan Kalite Kontrol Derneği, 2012	Kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan işlerin tümüdür.

Tablo 3.1. Kalite Tanımlamaları

Kaynak: Durukan ve İkiz, 2007: 34'ten geliştirilmiştir

3.2. Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesinin tanımlanması ile alakalı üç farklı yaklaşım mevcuttur. Bahse konu yaklaşımlar mükemmelliğe dayalı yaklaşım, teknik yaklaşım ve kullanıcı merkezli yaklaşımdır. Mükemmelliğe dayalı yaklaşımda kalite mükemmelliğe eş tutulmaktadır. Beceri, arzu edilebilirlik, kullanışlılık gibi terimler ile kalite açıklanmaya çalışılır. Beceri, bir boyutun yüksek düzeyde standardın başarılmasını ifade ederken arzu edilirlilik bir boyutun tüketici açısından çekicilik seviyesini ifade eder. Kullanışlılık ise hizmetin tüketici ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetini ifade eder (Kozak vd., 2011:15-17).

Teknik yaklaşım, kaliteyi mükemmelliğe dayalı yaklaşımın aksine, tam anlamı ile nesnel ve kesin perspektiften inceler ve tanımlar. Teknik yaklaşım aynı zamanda nesnel kalite, uygunluk kalitesi veya üretime dayalı kalite olarak da ifade edilebilir. Bu yaklaşıma göre kalite, hata sayısı, standartlardan sapma düzeyi ışığında nesnel olarak ölçülüp, saptanabilir. Kullanıcıya dayalı yaklaşımda ise kalitenin hizmeti bizzat alan tarafından belirlenmesi esastır. Kalite müşterilerin bireysel algılamalarına dayanır ve sübjektiftir (Kozak vd., 2011:15-17). Hizmet kalitesini artırma çalışmaları sonu olmayan bir yolculuğa benzetilebilir.

Hizmet kalitesi, müşterilerin beklentileri ile hizmeti aldıktan sonraki algılamaları arasında hiçbir farkın bulunmaması şeklinde tanımlanabilir. Hizmet kalitesi, kullanılan ürünün veya hizmetin performansına dayalı olarak müşterilerin tatmin ve inançlarından oluşur. Müşteri algısı ise alınan hizmetin memnuniyet seviyesi olarak ifade edilebilir (Ertürk, 2011:4).

Hizmet Kalitesinin tanımlanması esnasında işin performansa dayalı olmasından kaynaklı farklı bakış açıları meydana gelmiştir. Hizmet kalitesi, Philip Crosby'e göre "spesifikasyonlara uygunluk" olarak tanımlanırken, Jarmo Lehtinen hizmet kalitesi kavramını iki ayrı başlığa ayırmış, "hizmetin sunum süresince müşterinin yapmış olduğu yargıları süreç kalitesi, hizmetin sunumundan sonra müşterinin yapmış olduğu yargıları ise çıktı kalitesi" olarak ifade etmiştir (Örs, 2007:104-105).

Müşteriler bir mal satın aldığı anda, ürünün kalitesi hakkında fikir sahibi olabilmek ve kanaat belirtebilmek için ürüne ait stil, renk, ambalaj gibi birçok fiziksel nitelikten

faydalanmaktadırlar. Bir hizmet satın alınmaya karar verilirken kalite ile ilgili karar verebilmek için dikkate alınacak fiziksel özellik sayısı azdır. Hizmet üreticisinin, hizmeti sunarken kullandığı bina, tesisat, araç ve gereçleri ile personel gibi fiziki varlıkları sınırlıdır. Bu nedenle fiziki varlıkların hizmet alımında müşteri tarafından fark edilebilmesi ancak bu varlıkların benzer noktada kesişebilmesi ile mümkün olabileceği ifade edilebilir. Hizmet kalitesini değerlendirilebilmesi ancak fiziksel varlıkların açıklandığı gibi sınırlı oluşu, hizmet satın alan müşterinin kalite hakkındaki kanaatinde çeşitli özellikleri göz önünde bulundurması sayesinde mümkün olabilir (Unutulmaz, 1992:127-128).

Diğer özelliklerin bulunmadığı şartlarda kalitenin belirlenmesinde temel faktörün fiyat olduğu McConell, Olander ve Zeithaml gibi düşünürler tarafından iddia edilmiştir. Bu iddianın doğruluğu teyide muhtaçtır çünkü fiyat farkının fazla olmadığı durumlarda hizmetlerde fiyat belirleyici unsur olamaz (Unutulmaz,1992:129).

Hizmet kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar literatürde mevcuttur. Bu tanımlar incelendiğinde, hizmet kalitesini net şekilde ifade edebilmenin çok güç olduğu görünür. Tanımlar arasında ortak noktalar bulunsa da farklı ifade şekillerinin olması mümkündür. Hizmet kalitesi ile ilgili bazı tanımlamalar aşağıda sıralanmıştır.

- Parasuraman, Zeithaml, Berry'e göre hizmet kalitesi, müşterilerin algıladığı hizmet ile beklediği hizmet arasındaki farktır.
- Lai'e göre hizmet kalitesi, bir davranış biçimidir; tatmin ile ilişkili olup tatmine eşdeğer değildir.
- Park'e göre hizmet kalitesi, kurum hizmetlerinin müşteri üzerinde bıraktığı etkiler bütünüdür.
- Bulgan ve Gürdal'a göre hizmet kalitesi, müşterilerin beklentilerini karşılamak için üstün hizmetin sunulmasıdır (Bulgan ve Gürdal, 2005:241).
- Lau'a göre hizmet kalitesi, kurumun başarı anahtarıdır.

- Murat ve Çelik hizmet kalitesini, müşterinin ihtiyaç ve beklentilerine uygun, müşteri memnuniyeti ile doğru orantılı, ölçülebilen ve değerlendirilebilen bir faktördür şeklinde ifade etmiştir (Murat ve Çelik, 2007:3).
- Wong’a göre hizmet kalitesi, başarıyı etkileyen faktörlerin en önemlisidir.

Hizmet kalitesi hakkında yapılan tanımlar ve yaklaşımlar göz önüne alındığında hizmet kalitesinin en temel unsurunun insan olduğu açıktır ve üç temel etkenin üzerinde önemle durulmuştur. Bunlar (Çevik, 2013:4);

- Tüketici için hizmetin kalite değerlendirmesini yapmak, ürünün kalite değerlendirmesini yapmaktan çok daha zor bir iştir.
- Hizmet kalitesine yönelik algı, tüketici beklentilerinin karşılaştırılması ile gerçek hizmet performansından daha öncelikli bir konumdur.
- Kalite değerlendirmelerinin sadece hizmet çıktısı üzerinden yapılması yanıltıcı olacaktır. Kaliteye ilişkin değerlendirmeler, hizmetin sunum sürecini de içermelidir.

Hizmet kalitesini değerlendirirken en önemlisi tüketicinin beklentilerini dikkate almak gerekir. Çünkü tüketici beklentileri hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde en büyük role sahiptir. Beklenti ile algılanan hizmet kıyaslanarak hizmetin kalitesi belirlenir. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi için üç durumdan bahsedilebilir. Bunlar (Öztürk, 2002:46);

- “Beklenen Hizmet = Algılanan Hizmet” olduğunda müşteri tatmine ulaşmaktadır.
- “Beklenen Hizmet < Algılanan Hizmet” ise kalite seviyesi tatmin edici düzeye ulaşmaktadır.
- “Beklenen Hizmet > Algılanan Hizmet” ise müşterinin gereksinimlerine cevap verilemediği için müşteri tatmine ulaşamamaktadır.

Rosander (1998), hizmet kalitesini, kendi arasında dokuz ana başlık altında irdelenmiştir. Bunlar, hata, kusur, teşhis, davranış, zaman, maliyet, önleme, koruma ve

veri olarak gruplandırılmıştır. Rosander'ın hizmet kalitesi grupları Tablo 3.2'de gösterilmiştir.

Hatalar	Kalite, mekanizmaların performanslarını hata olmaksızın gerçekleştirmeleridir. Kalite, insanların performanslarını hata olmaksızın gerçekleştirmeleridir.
Kusurlar	Kalite, kusursuz ürünlerin satın alınmasıdır.
Teşhisler	Kalite, doğru teşhistir. Kalite, doğru önlemlerin bulunmasıdır. Kalite, sorunların ortadan kaldırılmasıdır.
Davranışlar	Kalite, nazik davranmaktır. Kalite, emniyetli ve güvenilir olmaktır. Kalite, etkili performanstır. Kalite güvenli performanstır.
Zaman	Kalite, belirlenen bir zaman programına uygunluktur. Kalite, performansı ve faaliyeti teşvik etmektir.
Maliyet	Kalite, müşterinin parasının değerini almasıdır.
Önleme	Kalite, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır. Kalite, her türlü kusurun ortadan kaldırılmasıdır.
Koruma	Kalite, güvensiz tüm hallere karşı korumadır.
Veri	Kalite, problemlerin çözümü ve keşfi için kusursuz veridir.

Tablo 3.2. Rosander'ın Hizmet Kalitesi Grupları

Kaynak: Ardıç, 1998: 23-24

3.2.1. Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitesi Kavramları

Hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında güçlü bir ilişkinin varlığı göz ardı edilemez. Algılanan hizmet kalitesi, hizmetin başarısı ile ilgili bir yargı veya

tutumudur. Halbuki müşteri memnuniyeti, sağlanan belirli bir işlem hakkındaki duygudur (Parasuraman v.d., 1988:16).

İşletmelerin tüketicilere yönelik sahip olması gereken en önemli verilerden birisi algılanan kalite kavramıdır. Algılanan kalite kavramı, tüketiciye ait bir değerlendirmedir bu sebeple işletmelerce kavranması ve istenilen kalıpta sunulması kolay değildir. İşletmelerin, algılanan kalite durumlarını yükseltebilmeleri halinde, müşterilerin satın alma niyetinin artacağı, işletmenin pazar payı, marka değeri ve karlılık gibi faktörlerinin pozitif olarak etkilenebileceği söylenebilir. Bundan dolayı işletmeler tarafından başarısındaki en temel ölçütlerden biri kabul edilen algılanan kalite kavramının çok iyi kavranması gerekmektedir (Kocatürk, 2017: 43).

Algılanan kalite kavramı, genel ifade ile tüketicinin bir mal ya da hizmet hakkındaki, kapsamlı mükemmellik ve üstünlük yargısı olarak dile getirilebilir. Başka bir deyişle algılanan kalite, müşterilerin, hizmet sunumu sırasındaki, algılamaları ile, beklentileri neticesinde meydana gelir (Değermen, 2006: 20).

Algılanan kalite, müşteriler açısından beklentilerinin karşılanma seviyesidir. Bu seviye, müşteriler arasında da farklı şekilde değerlendirilmektedir. Algılanan kalite, müşterilerin beklentileri ile uyumluluk gösteriyor ise, müşteri tatminine pozitif yönde tesir etmekte; fakat müşteri beklentileri ile uyumsuzluk mevcutsa, algılanan kalite, müşteri tatmine negatif yönde tesir etmektedir (Başanbaş, 2012: 18). Örneğin, bir müşterinin satın almak istediği telefonun performansı ile ilgili tek beklentisi sadece hızlı internete girmek ise ve telefon bunu sağlıyorsa müşteri açısından telefonun kaliteli olduğu söylenebilir.

Müşterilerin hizmetten beklentilerini elde etmelerine göre hizmet kalitesi, artmakta ya da azalmaktadır. Algılanan hizmet kalitesinin tatmin edici olması için, verilen hizmetin tüketicilerin beklentilerini karşılaması gerekmektedir. Algılanan kalitenin tüketici beklentilere eşit olması ya da beklentilerin üzerinde olması, istenen durumdur. Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerinin altında olduğu durumlarda, hizmet kalitesinden söz edilememektedir (Yumuşak, 2006: 48).

Tüketiciler sunulan hizmetin kalitesini değerlendirirken, kendisine birtakım standartlar sağlayan beklentilerden faydalanarak bir sonuca varacaktır. Yani

beklenen kalite kavramı, müşterilerin mevcut hizmet sürecinden beklentileri şeklinde söylenebilir (Parasuraman v.d., 1985, Değermen, 2006: 18).

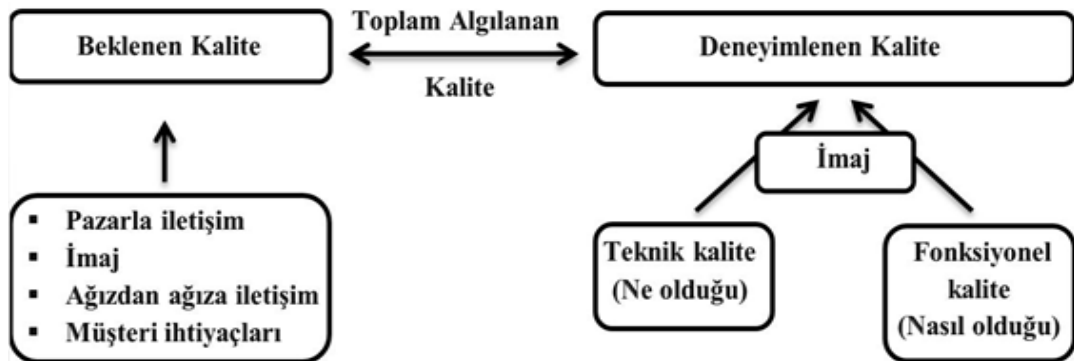
Parasuraman ve arkadaşları tarafından “Beklenen hizmet; müşterinin hizmetten beklentileridir ve beklenen hizmeti, müşterilerin geçmiş deneyimleri, kişisel gereksinimleri, ağızdan ağıza iletişimleri ve işletme tarafından kendilerine iletilen mesajlardır” şeklinde belirtilir (Ciğerim, 2005: 10).

3.2.2. Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Kavramları

Teknik kalite, tüketicinin hizmeti alırken, hizmetin somut niteliklerine bakarak yaptığı değerlendirmedir. Ölçülmesi hem işletme tarafından hem de müşteri tarafından kolaydır (İnan, 2010: 135).

Teknik kalite kavramıyla anlatılmak istenen fonksiyonel kaliteden daha farklıdır. Hizmetin sunum sürecinin değil, yalnızca hizmet çıktısının kalitesidir. Fonksiyonel kalite kavramına kıyasla teknik kalite daha dar kapsamlıdır (Değermen, 2006: 18).

Fonksiyonel kalite performansının yüksek olması, teknik kalitedeki vasatlığı telafi edebilmektedir. Hizmetin teknik kalitesi yüksek, ancak fonksiyonel kalitesi düşük ise, teknik performansın müşteriyi tatmin etme düzeyinden bağımsız şekilde, müşteride tatminsizlik olabilecektir (Özsoy, 2013: 196). Fonksiyonel kalite, teknik kalitenin bir parçasıdır ve hizmetin nasıl sunulduğu ile ilgilidir. Yani, müşterilerin nasıl algıladıkları hizmet sunulurken, hizmeti sunan personel ile tüketicinin etkileşimi ile ilgilidir (Değermen, 2006: 17).



Şekil 3.1. Toplam Algılanan Kalite

Kaynak: Seyran, 2004:45

3.2.3. Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler

Hizmet kalitesini etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi belirtilebilir. (Merter, 2006: 24):

- Hizmeti alanları etkileyen faktörler,
- Hizmeti verenleri etkileyen faktörler,
- Hem hizmeti alanları hem de hizmeti verenleri etkileyen faktörler

Hizmeti Alanları Etkileyen Faktörler: Hizmet üretiminin ve tüketiminin eşzamanlı olması sebebiyle müşterilerin kaliteyi nasıl algıladıkları büyük önem taşımaktadır. Hizmet üreten işletmelerde üretilen iş temelde iletişime dayalı olduğu için iletişime tesir eden koşullardan bağımsız biçimde, hizmeti alan kişilerin kişisel özellikleri, hizmetin nasıl algılandığı, iletişimi nasıl yorumladığı gibi etmenler müşterilerin hizmetin kalitesini nasıl tanımlayacağına tesir eder (Merter, 2006: 24).

Hizmeti Veren Personeli Etkileyen Faktörler: Hizmeti alan kişiler hizmetin kalitesini, hizmeti sunan personelin tavır ve davranışlarından yola çıkarak değerlendireceklerdir. Bu sebeple, hizmet sunumu sırasında hizmeti sunan personelin, empati ve esnek davranabilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle dikkate alınması gereken nokta, hizmeti alanların her biri farklı karakterler olduğundan her tüketici için tek bir davranış kalıbı sergilenemez. Bu noktada empati yeteneğinin önemle üzerinde durulmalıdır. Ayrıca, hizmet kalitesini personelin beklentileri, örgütsel ve yönetsel etmenlerde etkilenmektedir (Merter, 2006: 25).

Hem Hizmet Alanları Hem de Hizmeti Verenleri Etkileyen Faktörler: Hizmetin üretildiği anda tüketilmesinden dolayı hizmet kalitesi hakkında her iki tarafı da etkileyen etkenler mevcuttur. Hizmetin üretilme ve tüketilme sıklığı, hizmetin içeriği, hizmetin süresi, hizmet sunumunda kullanılan teknoloji, her iki tarafın o anki ruh halleri, hizmetin verildiği yer, fiziksel imkanlar, hizmetten yararlananların sayısı gibi etkenler hem hizmeti alanlar hem de hizmeti sağlayanlar için hizmetin kalitesini etkileyen faktörler olarak sıralanabilir (Merter, 2006: 25).

3.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesinin anlaşılabilmesi ve yönetilebilmesi ancak hizmet kalitesini farklı bileşenlere ayırarak mümkün olabilir. Bu sayede hizmet kalitesi kavramı somutlaştırılabilir duruma gelecektir. Hizmet kalitesini etkileyen boyutlar hakkında görüş birliğine varılamamış olsa da düşünürlerin farklı yaklaşımları mevcuttur (Serbest,2006:14).

Parasuraman ve arkadaşları (1985) tarafından önerilen 10 hizmet kalitesi boyutu hizmet kalitesi boyutları hakkında en geniş kapsamlı olan ve literatürde en yaygın kullanılandır. Bahse konu on hizmet kalite boyutundan yalnızca iki tanesi (maddi değerler ve inanılrlık) müşteri hizmeti satın almadan önce bilinebilir. Hizmet kalite boyutlarından ulaşılabilirlik, nezaket, güvenilirlik, heveslilik, müşteriye anlama ve iletişimi yalnızca hizmeti tüketen, satın alanlar tarafından bilinebilir. Müşteriler diğer müşterilerin değerlendirmelerine ve kendi tecrübelerine dayalı bir talkım bilgiler edinselerdi, hizmet kalitesi boyutlarını her defasında yeniden değerlendirirler. Çünkü hizmetlerin heterojen olma niteliği sebebiyle hizmet sunumunda çeşitlilik meydana gelebilir. Yetenek ve güvenlik boyutlarını ise tüketici ancak satın alma veya tüketimden sonra değerlendirebilir (Zeithaml v.d., 1985:41).

Yazar/Yazarlar	Önerilen Hizmet Kalitesinin Boyutları	
SASER OLSEN WYCKOF	a. Üretimde kullanılan materyallerin niteliği b. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer ile araç gereç gibi teknik imkanlar c. Hizmeti veren personelin tutum ve davranışları	
LEHTINEN	Üç Boyutlu Yaklaşım a. Fiziksel Kalite b. Etkileşim Kalitesi c. Şirket Kalitesi	İki Boyutlu Yaklaşım a. Süreç Kalitesi b. Çıktı Kalitesi
GRÖNROOS	a. Teknik Kalite b. Fonksiyonel Kalite c. Kurum İmajı	
PARASURAM AN ZEITHALM BERRY	a. Güvenilirlik b. Heveslilik c. Yetenek d. Ulaşılabilirlik e. Nezaket f. İletişim g. İnanılabilirlik h. Güvenlik ı. Müşteriyi Anlamak i. Maddi Değerler	
NORMANN	Hizmet Paketinin Özellikleri a. Değişir Özellikler b. Değişmez Özellikler	

Tablo 3.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Kaynak: Dalgıç, 2013: 20

- Fiziksel Özellikler: Hizmet ortamının fiziki olanaklarını, kullanılan ekipmanları ve çalışanların görünüşlerini yani işletmenin fiziksel görüntüsünü oluşturan etkenleri kapsamaktadır.
- Heveslilik: Hizmeti sunan elamanların işlerini yapmada istekli olmasını ve hızlı karşılık verebilmelerini kapsamaktadır.

- **Nezaket:** Çalışanın hem görünüşü hem de insanlarla olan iletişimi ile kibar ve saygılı olmasını kapsamaktadır.
- **Güvenlik:** Verilen hizmetin şüphe barındırmamasıdır.
- **İletişim:** Hizmeti sunan elamanların müşteriye doğru, yeterli, açıklayıcı ve anlaşılır bilgilendirme yapmasını kapsamaktadır.
- **Güvenilirlik:** Hizmetin söz verildiği gibi ve ilk seferde doğru olarak sağlanması, kayıtların ve faturalamanın doğru olmasını kapsamaktadır.
- **Yeterlik:** Hizmeti sunan personelin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasını kapsamaktadır.
- **Güvenilir Olma:** İşletmenin güvenilirliği, çalışanların dürüstlüğü ve samimiyetini kapsamaktadır.
- **Erişilebilirlik:** Müşterileri hizmeti sağlamak için uzun süre bekletmemeyi ve hizmete kolay ulaşmayı kapsamaktadır.
- **Müşteriyi Anlamak:** Hizmeti sunan elamanların, hizmeti alanlara göstermiş olduğu birebir ve özel alakayı kapsamaktadır.

Yukarıda bahsettiğimiz 10 kalite boyutu daha sonrasında yapılan çalışmalar ile benzer nitelikte olanlar aynı çatı altında toplanarak 5 kalite boyutuna indirgenmiştir. Birleştirilmiş boyutlar; Fiziksel özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güvence ve Empati olarak sıralanabilir. Birleştirilmiş hizmet kalitesi boyutları şekil 3.2’de sunulmuştur.

	Fiziksel Varlıklar	Güvenilirlik	Yanıt Verme	Güven	Empati
Fiziksel Varlıklar					
Güvenilirlik					
Yanıt Verme					
Yeterlilik Nezaket İnanılrlık Emniyet					
Erişilebilirlik İletişim Müşteriyi anlamak					

Şekil 3.2. Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları

Kaynak: Sarıışık ve Güven, 2014:25

3.4. Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri

Hizmetlerin kalitesinin ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde ürünlere göre daha göreceli neticeler meydana gelmesini, hizmetlerin mallardan farklı nitelikleri başta olmak üzere hizmeti sunan ve hizmetten faydalananların davranışları, kişilik özellikleri ve beklentileri sağlamaktadır. Bu sebeple, düşünürler tarafından hizmet kalitesi ölçümünün standartlaştırılması amacı ile çalışmalar, incelemeler yapılmış ve çeşitli modeller kurulmuştur. Metnin bu bölümünde bahse konu modeller açıklanmaya çalışılmıştır.

Ürün kalitesinin ölçülmesine kıyasla hizmet kalitesinin ölçülmesi daha güç ve soyut bir süreçtir. Hizmet işletmelerinde kalitenin artan önemi hizmet kalitesi ölçüm modellerine olan ilgiyi de arttırmaktadır. Hizmet kalitesini ölçmek maksadıyla farklı yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden en uygunu seçilerek kalite ölçülmeli ve kaliteyi yükseltmek için üzerinde durulması gereken esaslar belirlenmelidir. Literatürde farklı hizmet kalitesi ölçüm yöntemleri mevcuttur. Tablo 3.4’de bu yöntemler belirtilmiştir (Eleren ve Kılıç,2009:91)

Araştırmacı	Model	Anahtar Uygulamalar-Bulgular
Grönroos, 1984	Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli	Hizmet kalitesi teknik ve fonksiyonel kaliteye ve işletme imajına bağlıdır.
Parasuraman Zeithaml ve Berry, 1985	Fark Modeli SERVQUAL	Hizmet kalitesi, kalite boyutları boyunca beklenti ve algılar arasındaki farkların bir sonucu olarak oluşmaktadır.
Haywood ve Farmer, 1988	Boyut/Özellik Hizmet Kalitesi Modeli	Model hizmet işletmesini en iyi kalite yönetimi içi üç temel boyutta incelemektedir; fiziksel imkânlar ve süreç, davranış ve mesleki deneyim. Fakat model hizmet kalitesinin ölçümünü sağlamamaktadır.
Brogowicz, Delene ve Lyth, 1990	Hizmet Kalitesi Sentez Modeli	Yönetim tarafından sistematik olarak dikkate alınması gereken planlama, uygulama ve kontrol gibi anahtar değişkenleri tanımlamaktadır. Deneysel geçerlilik gerekmektedir
Cronin ve Taylor, 1992	SERVPERF-Performansa Dayalı Model	Kalitenin beklentilerden değil müşteri algılarından ölçülebileceğini ifade etmektedir.
Mattsson, 1992	Hizmet Kalitesi İdeal Değer Modeli	Beklenen ideal standartların kullanımı ile tecrübelerin karşılaştırılmasını önermektedir. Müşteri memnuniyeti ve değer olarak çok az sayıda ölçek kullanılmıştır.
Teas, 1993	Performans Değerlendirme ve Standart Kalite Modeli	Beklentinin operasyonel tanımı ve kavrama ilişkin sorunları ortaya çıkarmakta ve beklentiye tekrar tanımlamaktadır. Küçük bir örnek ve dar bir alanda test edilmiştir (İndirimli satış mağazası).
Berkley ve Gupta, 1994	Bilgi Teknolojisi Uyuşum Modeli	Bilgi teknolojilerinin ana hizmet kalite Boyutları boyunca müşteri hizmetlerini geliştirmek için nasıl kullanılabileceğini tanımlamaktadır. Model sadece bilgi teknolojilerinin hizmet kalitesi üzerindeki etkisini göstermektedir. Ölçüm yollarını sunmamaktadır.
Dobholkar, 1996	Özellik ve Genel Etki modeli	Teknoloji temelli self-servis tercihleri için hizmet kalitesinin değerlendirilmesini formüle etmeyi önermiştir. Fakat demografik özellikler, ücret, fiziksel çevre vb. etkiler dikkate alınmamıştır.

Tablo 3.4. Hizmet Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Modeller

Spreng ve Mackoy, 1996	Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli	Hizmet kalitesi ve memnuniyet birbirinden farklıdır ve uygunluk memnuniyeti etkilemektedir. Fakat model hizmet kalitesinin nasıl başarılabacağını ve işleyeceğini hususunu aydınlatmamaktadır.
Philip ve Hazlet, 1997	EÖÇ- Eksen, Öz ve Çevre Özellikleri Modeli	Bütün hizmet sektörleri için hizmet kalitesi hesaplamalarının genel çerçevesini etkili ve basit bir şekilde ortaya koymaktadır. Fakat deneysel geçerlilik açısından yetersizdir.
Sweeney, Soutar ve Johnson, 1997	Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli	Teknik hizmet kalitesi ürün kalitesi için en önemli yardımcıdır ve bundan dolayı satın alma istekliliğini etkiler. Model sadece tek bir değeri, parayı ölçü almaktadır.
Oh, 1999	Hizmet Kalitesi, Tüketici Değeri ve Tüketici Memnuniyet Modeli	Model tüketici karar sürecini anlamak için bir çerçeve olarak kullanılabilir. Modelin hizmet alanlarının değişik tipleri için genellemeye ihtiyacı vardır.
Dabholkar, 2000	Önceki Etkiler ve Aracı Faktörler Modeli	Tüketiciler hizmetle ilgili değişik faktörleri değerlendirirler fakat hizmet kalitesinin tamamen değerlendirilmesi farklı bir şekil alabilmektedir. Tüketicilerin önceki memnuniyetleri ortaya çıkarılmamıştır. Değişik servis alanlarında genellemeye ihtiyacı vardır.
Frost ve Kumar, 2000	İç Hizmet Kalitesi Modeli	İç müşterilerin beklenti ve algıları ve iç tedarikçiler algılanan iç hizmet kalitesinin kabul edilmesinde temel bir rol oynarlar. Servis alanlarının değişik tipleri için genellemeye ihtiyacı vardır.
Soteriou ve Stavrinides, 2000	İç Hizmet Kalitesi Veri Zarflama Analizi Modeli	Daha yüksek seviyede hizmet kalitesi ortaya koymak için yararlanılacak en iyi kaynakları gösterir. Hizmet kalitesinin ölçümünü sağlamaz.
Broderick ve Vachiraporn, 2002	İnternet Bankacılığı Modeli	İki alanda internet bankacılık hizmetinde kalite yönetimini içermektedir; a) ortak hizmet noktası b) artan tüketici rolünün yönetimi.
Zhu, Wymer ve Chen, 2002	Bilgi Teknolojileri Temelli Model	Bilgi teknolojileri servis sağlayıcılara yüksek seviyede tüketici memnuniyeti sağlamalarında yardımcı olabilir. Hizmetlerin tüketici değerlendirmeleri tercih edilen geleneksel ve geçmiş tecrübelerden etkilenmektedir.

Tablo 3.4. Hizmet Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Modeller (devam)

Santos, 2003	e-Hizmet Kalitesi Modeli	Bu çalışma kendi belirteçleriyle kavramsal bir e-hizmet kalitesi modeli önermektedir. Araştırma çalışmasıdır. Spesifik bir ölçüm cetveli sunmaz. İstatistiksel bir uygulama değildir.
Parasuraman, Zeithaml ve Malhotra, 2005	E-S-QUAL	Web siteleri tarafından sağlanan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi için teorik bulgulara dayalı bir çoklu ölçek geliştirmişlerdir. Araştırma sonucu göstermektedir ki, çevrimiçi müşteriler için kullandıkları hizmet kalitesi ölçeğinde 22 önerme ve 4 boyut bulunmaktadır. Boyutlar; yeterlilik, ifa (yerine getirebilme), kullanılabilirlik ve gizlilik. Aynı araştırmada ikinci bir ölçek olarak da E-RecS-QUAL' i kullanmışlardır. Bu ölçekte 11 önerme ve 3 boyuttan oluşmaktadır.

Tablo 3.4. Hizmet Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Modeller (devam)

Kaynak: Eleren ve Kılıç, 2009:92-117

3.4.1. Grönroos'un Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli

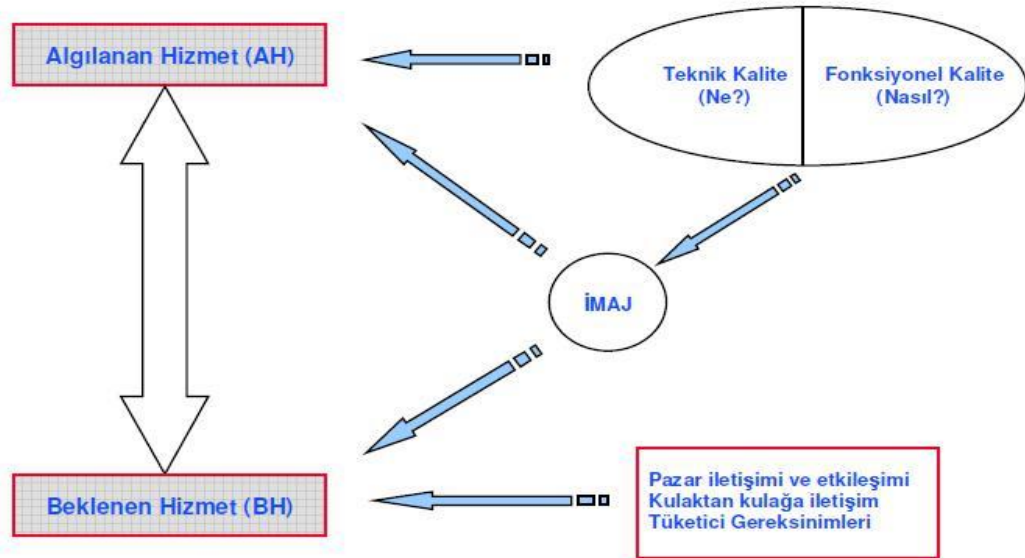
Bu konuda ilk ortaya atılan modellerden bir tanesi Grönroos modelidir. Tüketicilerin beklediği hizmet ile aldığı hizmet arasındaki bağlantıyı hizmet kalitesi bakımından ele almıştır. Beklenen ve alınan hizmet kalitesi iki temel kalite boyutuna göre tasarlanmıştır. Bu boyutlar teknik kalite ve fonksiyonel kalitedir (Yumuşak, 2006: 34).

Kalitenin işlevsel boyutunu tüketicilerin hizmeti nasıl elde ettiği ve eşzamanlı üretim ve tüketim sürecini nasıl yaşadığı belirler. Bu sebeple fonksiyonel kalite boyutu teknik kalite kadar objektif ölçülemez (Öztürk,1998:147). Fonksiyonel kalitenin, bir başka ifade ile tüketiciye nasıl hizmet sunulduğunun net olarak değerlendirilmesi, standartlaştırılması ve sistematikleştirilmesi daha güçtür. Fonksiyonel kalite, teknik kaliteye kıyasla müşterinin önyargılarından, algılamalarından daha fazla etkilenir. Fonksiyonel kalitenin yüksek olmasının teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebildiğini yapılan araştırmalar ortaya koymaktadır. Bir hizmetin teknik kalitesi başarılı, fakat fonksiyonel kalitesi düşük ise, teknik performans müşteriye tatmin etse dahi toplamda memnuniyetsizlik hakimdir (Ardıç,2000:20).

Grönroos, modelinde kalitenin teknik ve işlevsel boyutlarını hizmetin beklenenle ilişkisi, algılanma biçimi, yarattığı imajdaki hedef birlikteliği kapsar. Kaliteye yönelik algıların imaja ilişkin olası bir süzgeç görevi görerek algılanan ve beklenen

düzeşin yakalanması süreci karşılaştırma ve analizleri daha kolaylaştırır. İşletmecilerin bu etkenleri kullanma yöntemleri sayesinde, hizmeti sağlayan elemanları ve yöneticileri etkileyen tüm bu süreci doğru yönetebilmeleri mümkün olabilmektedir. Kalite yönetsel bir süreç olarak değersendirildiğinde çeşitli unsurlara tesir eden ve hizmeti satın alan kişilere doğrudan sunulmaktan ziyade hissettirilen bir süreçtir. Yani, kısaca tüketici temelinde yaratılan bir değerdur. Kaliteye ilişkin hizmetin algılanma biçimini etkilemeyi amaçlayarak, imaj kavramı çerçevesinde geliştirilir. İşletmenin imajını Grönroos tüketiciler tarafından algılanma düzeyi ile özdeşleştirmiştir (Uyguç, 1998, :33-38; Öztürk, 2013:147). Bu kapsamda işletme imajının oluşturulması, fonksiyonel ve teknik kalitenin sağlanan hizmetlere yansıtılması çabalarını içermektedir.

Model esasta sunulacak hizmete ilişkin müşterinin kalite beklentisi ile hizmet sunulduktan sonraki kalitenin kıyaslanmasına dayanmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi, beklenen kalite ile algılanan kalitenin karşılaştırılması neticesinde oluşmaktadır (Kayral, 2015:41).



Şekil 3.3. Grönroos'un Algılanan Kalite Modeli

Kaynak: Seyran, 2004

3.4.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” ifadesine yer verilmektedir. Algılanan hizmet kalitesi, tüketicilerin hizmetten faydalanmadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini karşılaştırmasının neticesinde, tüketicilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak ifade edilebilir. Beklentiler tüketicilerin hizmet hakkındaki talep ve arzularını göstermektedir (Saat, 1999:107-118).

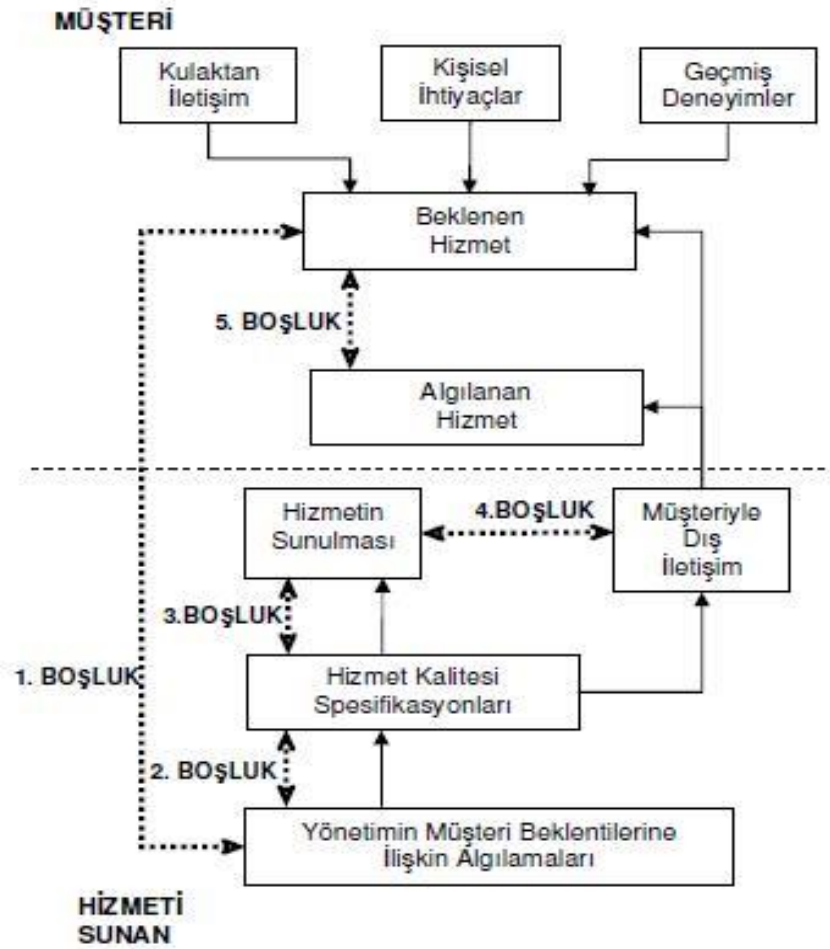
Parasuraman ve arkadaşları, hizmet süreçlerindeki farklılığı dört ana başlıkta toplamışlardır. Tüketicilerin hizmet kalitesi değerlendirmelerine bu farklılıklar tesir etmektedir. Bu farklara "BOŞLUK"(GAP) ismi verilmiştir. Bu modelle araştırmacılar tüketici memnuniyetsizliğinin nedenlerini açıklamaya çalışmışlardır. Modelde müşteri memnuniyetsizliğine neden olan dördü temel boşluk ve biri bunları kapsayan boşluk olmak üzere toplam beş boşluk vardır (Yumuşak, 2006: 54).

Parasuraman ve arkadaşları hizmet süreçlerinde dört temel farklılık olduğundan bahsederler, bu farklılıklar bireylerin hizmet kalitesi değerlendirmelerine tesir etmektedir. Bu modelle müşterilerin memnun olmama nedenlerini açıklığa kavuşturmaya çalışmışlardır.

Modelde iki ana bölüm mevcuttur. İlk bölüm müşterilerin bulunduğu bölümdür. Bu bölümde tüketicinin hizmet ile ilgili çevrelerinden duyduğu bilgiler, kişisel ihtiyaçları ve geçmişteki deneyimleri vardır. Tüm bu durumlar tüketicilerin işletmeden beklediği hizmeti oluşturmaktadır. Müşterilerin hizmeti aldıktan sonra aldığı hizmete ait esas değerlendirmeleri algılanan hizmet olarak söylenebilir (Seyran, 2004:39).

Modelin ikinci bölümü, hizmeti pazarlayan kuruluşun yer aldığı kısımdır. Bu bölümde; yönetimin tüketici beklentilerini nasıl algıladığı, bu algılamaların kalite standartlarına nasıl dönüştüğü, hizmetin sunumu ve tüketicilerle dolaylı iletişimi mevcuttur. Hizmeti pazarlayan kuruluşun, hizmet hakkında yaptıkları işlemleri içermekte ve hizmetin kalitesine tesir edebilecek dört boşluk burada meydana gelmektedir. Beşinci boşluk ise, beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasında

meydana gelir. Tüketici tarafından algılanan hizmet kalitesi, hizmetlerin dizaynı, pazarlaması ve dağıtımı ile ilişkili boşlukların (ilk dört boşluk) durumuna bağlı olarak oluşan beşinci boşluğun büyüklüğü ve yönüne bağlıdır. İlk dört boşluğun genişlemesi ya da tam tersi ilk dört boşluğun küçülmesi ile beşinci boşluk azalmaktadır. Boşluktaki küçülme hizmetin müşteriye tatmin etmesini yani yüksek kaliteyi, boşluktaki büyüme ise tatminin azalması yani hizmet kalitesinin düşüşü anlamına gelmektedir. Bu boşluklar araştırmacılar tarafından, bir kredi kartı işletmesi, bir ev eşyaları tamir ve bakım işletmesi ile uzun mesafe görüşme sağlayan bir telefon işletmesindeki yöneticiler ve odak gruplar ile mülakatlar yapılarak ortaya çıkarılmıştır (Seyran, 2004:39). Modelin genel hatları Şekil 3.4. de belirtilmiştir.



Şekil 3.4. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli (Boşluk Modeli)

Kaynak:Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985: 4

Boşluk I

Bu fark hizmeti sağlayan işletme tarafından tüketici beklentilerinin, doğru algılanamaması neticesinde meydana gelmektedir. Örnek verecek olursak bir banka yönetiminde, tüketicilerin beklentilerinin bekleme süresinin azalması olabileceği varsayılabilir. Aslında müşterinin gerçek beklentisi daha güler yüzlü personel profili ise bankanın müşteri beklentilerini doğru belirleyemediği ifade edilebilir. İşletmeler tüketici beklentilerini doğru algılayabilmek adına kalite standartları oluşturmalıdır. Bu farkın azaltılabilmesi ancak pazarın iyi araştırılması, üst düzey yöneticiler ile sahada çalışan müşteri ile birebir temas halindeki personelin arasında güçlü bir iletişim ağı olması, bu iletişimin mümkün olduğunca yüz yüze olması sayesinde gerçekleşebilir. Yapılan pazar araştırmalarının neticesinde üst düzey yöneticilerce belirlenen kalite standartları sahada çalışan personele en iyi şekilde aktarılmalıdır (Değermen, 2006: 39). Bu boşluğa sebep olan etkenler aşağıda sıralanmıştır (Bulgan, 2005: 9);

- Pazar araştırmasının yapılmaması,
- Araştırma bulgularının yetersiz olması,
- Tüketiciler ile işletme arasındaki etkileşim eksikliği,
- İletişim eksikliğinden dolayı tüketicilerden elde edilen bilgilerin üst yönetime aktarılamaması.

Müşterilerin hizmet beklentilerini ve algılayışlarını anlamak için yararlanılabilecek en önemli araçlardan biri piyasa araştırmasıdır. Bundan dolayı pazar araştırması yapmayan kuruluşlarda birinci boşluğun büyük olması olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir. Aynı durum, pazar araştırması yapmasına rağmen bunu tüketicilerin beklentilerini anlamak maksadıyla yapmayan kuruluşlar için de geçerlidir (Yumuşak, 2006: 57).

Tüketicilerle direk iletişimde olan personel tüketicilerin beklentileri ve algıları konusunda çok fazla bilgiye sahiptirler. Bu bilgiler, üst yönetime iletilebildiği sürece tüketiciyi anlama bakımından fayda sağlayabilir. Bu kapsamda, tüketicilerin hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları problemlerin neler olduğunun ve beklentilerinin ne

yönde değiştiğinin anlaşılabilmesi gibi bazı problemlere, kontak personel, perakendeciler, bayiler gibi, kuruluşun dışı karşı temsilcisi konumundaki kaynaklardan gelen bilgilerin üst kademeye iletecek kanalların kapalı olması, sebep olmaktadır. Üst yönetime gidecek kanalların açık tutulması çözüm olarak düşünülebilir. İletişim aşağıdan yukarıya doğru birinci boşluğu küçültmektedir. Lakin, yönetim ile personel arasındaki kademe sayısı çoğaldıkça bilgi kaybının olma veya bilginin yanlış yorumlanması ihtimali de artmaktadır. Bu sayede kontak personelden sağlanan bilgilerin yönetime doğru biçimde iletilmesi güçleşmektedir. Yönetim beklentileri tahmin etme olasılığı aldığı bilgilerin doğruluğu ölçüsünde artacaktır (Yumuşak, 2006: 58).

Özetle bu boşluğun ortadan kaldırılabilmesi uygulanacak stratejilere bağlıdır. Bu stratejiler; Pazar araştırması, yönetim ve kontak personeli arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ve tüketici ile yönetim kademeleri arasındaki uzaklığın giderilmesidir (Aydın, 2005: 1115).

Boşluk II

Tüketici beklentilerini doğru algıladıkları halde, bu beklentileri doğru yansıtacakları kalite standartlarını, tasarımlarını işletmelerin oluşturamamasından ortaya çıkar. Örnek verecek olursak bir nakliye şirketinde müşterinin gerçek beklentilerinin daha süratli sevkiyat olduğu doğru tespit edildiği halde, bu hızlı sevkiyatın ne kadarlık bir zamanı ifade ettiğinin standartlaştırılamaması bu farkı meydana getirebilir. Bu farkı ortadan kaldırmak ya da küçültmek için işletmenin kaliteye mali kaynak ayırması, kaliteye destek vermesi ve kaliteyi hedef olarak belirlemesi gerekmektedir. İşletme içindeki sorumluluk dağılımı standartlaşmalı, uygun donanım ve yazılım teknolojileri kullanılmalıdır (Değermen,2006:42). Bu boşluğa sebep olan etkenler aşağıda sıralanmıştır (Bulgan, 2002: 9);

- Üst yönetimin işletmedeki kaliteye yeterli desteği vermemesi,
- İşletme hedeflerinin belirlenmemiş olması,
- Yetersiz standartlaşma ve kötü planlama,

- Tüketici beklentilerinin karşılanacağına işletmedeki yöneticilerin inanmamaları,

Bu boşluğu; hizmet kalitesini geliştirmek için gerekli mali kaynakların işletmenin departmanlarına tahsis edilememesi, işletmenin tüketiciye hizmet sağlama hedefinden daha ziyade satış hedeflerini tutturma gayesini benimsemesi, İşletmenin tüketicilerin beklentilerini karşılama noktasında yeterli kabiliyete sahip olmaması, hizmetin sağlanması için gerekli işlemlerin standardizasyonunda teknolojinin kullanılma ölçüsü, üst ve orta yönetim kademesinin hizmet kalitesinin sağlanması gerektiğini tam olarak benimsememesi sebebiyle çıkan problemler, mali performansı sıkıntıya sokmadan tüketici beklentilerinin karşılanamaması, işletme yöneticilerinin tüketicilerin gereksinimlerinin karşılanması sırasında mevcut politika ve yöntemlerinde değişikliğe gitmemeleri, tüketiciye sunulan hizmette standart sağlanması için otomasyonun kullanılmaması, hizmet kalitesi hedeflerini karşılama derecesinin ölçülmemesi, tutarlı bir hizmetin sağlanabilmesi için faaliyet yöntemlerinin geliştirilmesinde program kullanılmaması veya yetersizliği, işletmenin yapmak istedikleri konusunda açık ve belirgin hedeflere sahip olmaması gibi problemler ortaya çıkarmaktadır. İkinci boşluğa neden olan tüm bu faktörler, toplam kalite yönetimi gibi kalite ve standardizasyonu sağlayan çalışmalarla giderilebilir (Yumuşak, 2006: 60).

Özetle; tüketici beklentilerini karşılayacak hizmet kalitesinin tespit edilmesi ve belirlenen kalitenin uygulanabilir hale getirilmesi hususunda yönetimin yetersizliği neticesinde bu boşluk meydana gelir. Ayrıca, bu boşluğu hedeflerin belirlenmesi ve standartları belirlenmiş hizmet sunumu küçültecektir (Aydın, 2005: 1115).

Boşluk III

Üçüncü boşluk sunulan hizmet ile hizmetin kalite standartları arasındaki farktan meydana gelmektedir. Kalite standartlarına uygun hizmet, kontrol, kaynak ve organizasyon eksiklikleri sebebiyle sağlanamayabilir. Hizmet kalitesi, genellikle tüketici ve işletme çalışanları arasındaki iletişime bağlı olduğundan standardize edilmesi güçtür.

Bu performans boşluğunun sebebi işletme personelinin hizmeti istenen seviyede yerine getirememesi veya getirmek istememesidir. Tüketicilerle direk iletişimin mevcut olduğu, çok fazla işgücü gerektiren ve birçok bölgede dağılmış olarak hizmet sağlayan, hizmet sunulma sürecindeki karşılıklı etkileşimin çok olduğu işletmeler için bu boşluğun büyük olması olasıdır. Hizmetin sunulduğu sırasında personelin tamamının eşit düzeyde performans göstermesi mümkün olmadığından, tüketici beklentileri tümüyle tespit edilmiş ve hizmet kalitesi standartlarına tam anlamıyla dönüştürülmüş olsa dahi boşluk küçülmeyebilir. Bu sebeple kalite şartnameleri çok karmaşık olmamalı, personelin tamamı tarafından özümsemeli ve işletme kültürüne, imajına uygun olmalıdır (Yumuşak, 2006: 61).

İşletmede, belirlediği kalite standartlarını sağlayacak yeterli donanım, iş gücü ve performans araçlarının var olması gerekmektedir. Belirlediği hizmet standartlarını gerçekleştirebilmek için en iyi hizmet kalitesini uygulamada sunabilmek maksadıyla kullanabileceği sağlam altyapıyı gücü kurulmuş olmalıdır. Bu farkın ortadan kaldırılabilmesi yada azaltılabilmesi için, işletmenin her kademesinde, seviyesinde uyumlu bir takım çalışması ortamı sağlanmalı, personelin bireysel ve teknik kabiliyetlerine uygun görevlere atanması, hizmeti gerçekleştirebilmek için gerekli araç ve gereçlerin sağlanmış olması, personelin risk ve sorumluluk alabilmesi ve inisiyatif kullanabilmesi gerekmektedir. Ayrıca hizmetin sunumunda çalışan personel gereksiz iş elemanlarından arındırılmalı, sadeleşmeli, iş tanımları net biçimde tespit edilmeli, personelin bu iş tanımlarını en başarılı biçimde gerçekleştirecek donanıma getirilmesi farklı eğitimlerle sağlanmaktadır (Değermen, 2006: 45).

Tüketiciler ile direk iletişimin mümkün olduğu, yoğun işgücü gerektiren ve birçok bölgede dağılmış olan hizmetler için bu boşluğun büyük olması olasıdır. Üçüncü boşluğa katkıda bulunan yedi teorik etken Parasuraman ve arkadaşlarının tarafından aşağıdaki gibi ifade edilmiştir (Altan vd., 2003: 7);

- Rol belirsizliği,
- Rol çatışması,
- İşe uygun olmayan elemanlar,

- İşe uygun olmayan teknoloji,
- Uygun olmayan denetim sistemleri,
- Algılanan kontrol eksikliği,
- Takım çalışması eksikliği,

Bu boşluğun genişlemesinde; işgücünün seçimindeki yetersizlik, İşgücünün eksikliği, yetersiz eğitim ve uygun olmayan iş tasarımı şeklinde sayılabilecek sebepler etkilidir. Bu problemlerin çözülmesi ya da azaltılması boşluğu küçültebilir (Aydın, 2005: 1115).

Boşluk IV

Dördüncü boşluk hizmeti sunan şirket ile sağlanan hizmetin dışsal iletişimi arasındaki farklılığı ifade eder. Tüketicilerin hizmet kalitesi algılarına tesir eden en önemli etkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Tüketici beklentilerini yönetimin doğru algılaması, hizmet şartnamelerin doğru oluşturulması, hizmetin sunulması gibi sayılabilecek hizmet süreçlerinin her aşamada doğru uygulanmasına rağmen, şirket içi sorunlar ya da tüketicilerle iletişimde yaşanan problemlerden ötürü sağlanan uygun ve doğru hizmet, tüketici tarafından farklı yorumlanabilir (Yumuşak, 2006: 65).

Müşteriye sağlanan hizmetin özelliklerinin reklamlar, kişisel satış ve halkla ilişkiler gibi iletişim araçları vasıtasıyla tüketicilere duyurduğu hizmetten farklı olması, tüketiciye vaat edilen kaliteden daha azının sunulması, kaliteyi arttırmak için gösterilen çabalar hakkında tüketicilerin bilgilendirilmemesi gibi sebeplerden meydana gelir (Yumuşak, 2006: 65).

Bahse konu farkın en aza indirgenebilmesi için, yatay iletişimin güçlü biçimde sağlanması gerekmektedir. Kaliteli hizmetin ana unsurlarından biri yatay iletişimdir. İşletme karlılık düzeyini yükseltme çabası güdüyorsa veya işletmelerin eğer ağır rekabet koşullarında varlığını sürdürme kaygısı varsa tüketicilere gerçekleştiremeyecekleri vaatler sunma eğiliminde olurlar. Vaat edilen hizmet seviyelerinin sağlanamaması tüketicide güven sorunu yaratmakta dolayısı ile

işletmenin piyasadaki varlığını sürdürmesini tehlikeye atmaktadır. Tüketicide duyurulan bilgilerin miktarı ve doğruluğu, hizmetle ilgili tüketicide gerçeğe yakın beklentiler yaratmakta, yaşanabilecek hayal kırıklığını yok etmektedir. İşletmenin sunduğu hizmet kalitesinin tutarlılığı ve sürekliliği uzun vadede, işletmenin imajına, profiline ve karlılık düzeyine olumlu tesir etmektedir (Değermen, 2006: 50). Bu boşluğa sebep olan etkenler aşağıda sıralanmıştır;

- İşletmede reklam ve üretim departmanları arasında iletişimin yetersiz olması,
- Personel yönetimi, pazarlama ve üretim departmanları arasında iletişimin yetersiz olması,
- Şubeler veya departmanlar arasında politika veya prosedürler bakımından farklılıkların olması,
- Abartılı ve buna bağlı olarak da çok fazla vaatte bulunma eğilimi,

Bu boşluk; pazarlama ve üretim bölümü arasındaki iletişimin yetersizliği, İnsan kaynakları, firmanın farklı bölümleri arasında veya aynı bölümler içinde iletişimin yetersiz olması, şubeler veya bölümler arasındaki politika ve prosedürlerin farklılığı sebebiyle oluşur. Bu sorunlar, işletmenin kendi içinde düzenleyeceği genel eğitimlerle, bölümler arası iletişim kanallarının açık tutulmasıyla, yatay iletişimin sağlanmasına uygun organizasyon yapısıyla, işletme personelinin topluca katılacağı eğlence ve yemek toplantılarıyla giderilebilir. İşletmenin birimleri arasında iletişim yoksa ve yatay iletişim kanalları kapalı ise işletmenin sağladığı hizmetin kalite düzeyi düşük olabilmektedir (Yumuşak, 2006: 66).

Hizmet alanında rekabetin yükselmesi sebebiyle, müşteri sayısını arttırmak isteyen veya sahip olduğu müşterilerini kaybetmekten kaçınan işletmeler rakiplerinin de aynı amaçları gaye edindiklerini düşündüklerinden kendilerini yoğun baskı altında hissederek sundukları hizmetleri abartma yaklaşımına girebilirler. Bu sorun, işletmenin dışsal mesajlarının tüketicilerin aldıkları hizmet hakkındaki gerçek deneyimlerini doğru yansıtmaması neticesinde ortaya çıkar. Tüketiciler ile sürekli, doğru ve çok yönlü iletişim, doğru reklam ve pazarlama stratejilerinin belirlenmesi ve verilen sözlerin hayata geçirilmesi ile yok edilebilir (Yumuşak, 2006: 66).

Boşluk V

Algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki fark bu boşluğu yaratır. Yukarıda açıklanan dört boşluğun, SERVQUAL modele temel oluşturan beşinci boşluğu meydana getiren nedenler olduğunu Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından savunulmuştur. Burada meydana gelen açıklık pozitif ise algılanan hizmet seviyesi ile beklenilmekte olan hizmet eşit yahut algılanan hizmet, beklenilmekte olan hizmeti aşıyorsa kaliteden söz edilebilir. Beklenilmekte olan hizmetin, algılanan performansdan daha fazla olması kalitesizliğe sebep olur (Parasuraman, Berry ve Zeithalm, 1985).

Kalite ile ilgili sorunlar 5 farklı boşlukla ifade edilmiş ve hizmetin yapısal unsurlarına tesir eden değişkenler kalite çerçevesinde belirlenmiştir. Boşlukları yaratan etkenlerin işletmelerce analiz edilmesi ile söz konusu etkenlerin kaliteye olumsuz etki etmesinin önüne geçmek amaçlanmıştır. Beklenen hizmetle algılanan hizmet arasındaki ilişkisi aşağıda sıralanan gibi ifade edilebilir (Saat, 1999:109).

- Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark beklenen hizmet lehine ise algılanan kalitenin sağladığı tatminin düşük düzeylerde olduğu ifade edilebilir. Bu kalite düzeyinin onaylanması beklenemez.
- Beklenen hizmet ile algılanan hizmetin düzeyi eşitse algılanan kalitenin tatmini doyurucu olarak değerlendirilir.
- Algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki farklılık algılanan hizmet lehine ise kalitenin seviyesi yüksektir. Yani, bu kalite düzeyinin olması gereken seviye olduğu ifade edilebilir.

Beklenen hizmetin, algılanan hizmetle kıyaslandığında en az eşit ya da daha fazla olması durumunda kaliteli hizmet oluşur. Hizmet kalitesinin değerlendirilebilmesi ve ölçülebilmesi için hizmetten faydalananın beklediği hizmetle, algıladığı hizmetin karşılaştırılarak ölçümlenmesi lazımdır. Hizmetten faydalananın, beklediği hizmete ve algıladığı hizmete puanlar verilerek ölçümü gerçekleştirilir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından hizmet kalitesini tespit etmek amacıyla geliştirilmiş

olan SERVQUAL analizinin gerçekleştirilmesinde bu puanlar ana unsur olarak kullanılır (Saat,1999:113).

3.4.3. Cronin ve Taylor'un Hizmet Kalitesi Modeli

Cronin ve Taylor (1992), SERVQUAL ölçeği üzerinde çalışarak bu ölçekteki ana soruların hizmet memnuniyetiyle ilgisini araştırmışlardır (Jain ve Gupta,2004:28). SERVQUAL ölçeğinin performansı ölçmede yetersiz kaldığını iddia ederek, SERVQUAL ölçeğinin içeriğini temel alan SERVPERF ölçeğini geliştirmişlerdir. Cronin ve Taylor (1992)'a göre SERVQUAL ölçeğinin yetersiz olmasının sebebi tüketicilerin hizmet alımının öncesinde hizmetle alakalı hiçbir beklentilerinin olmaması ve beklentilerinin ne olduğuna karar vermemiş olmaları olarak ifade edilebilir (Gürbüz vd.,2008:790). Bu yöntem ile SERVQUAL'daki müşterilerin beklentileri ile algıları arasındaki fark yerine doğrudan müşterilerin algıladığı performansı ölçmeye çalışmışlardır.

Cronin ve Taylor (1994) tarafından performans temelli olarak geliştirilen SERVPERF ölçeğini son yıllarda gerçekleştirilen birçok araştırma destekler özelliğindedir. SERVPERF'in hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla aerobik okulu, eğlence parkı, yatırım danışmanlık şirketlerinde, bankalarda, perakende satış şirketlerinde, hastanelerde ve yüksek öğretim kurumlarında kullanıldığı bilinmektedir. Cronin ve Taylor tarafından 1994 yılında yapılan çalışmalar neticesinde SERVPERF ölçeği hakkında aşağıda belirtilen hususlar söylenebilir (Aydın ve Yıldırım,2012:41);

- Cronin ve Taylor tarafından 1994 yılında yaptıkları çalışmalarında ölçeğin, SERVQUAL ölçeğini temel alan ve hizmet kalitesini bilimsel olarak açıklayan güncel değişikliklerden biri olduğu belirtilmiştir.
- Cronin ve Taylor (1994), İki yönteminde likert ölçeğini kullanmasından dolayı SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerini değerlendirmede en geçerli yöntemin regresyon analizi olduğunu iddia etmişlerdir.
- Cronin ve Taylor (1994), SERVPERF ölçeğinin, hizmet kalitesini güvenilir ve geçerli şekilde ölçebildiğini iddia etmişlerdir.

SERVPERF ölçeği hakkında yapılan eleştiriler olsa bile, Cronin ve Taylor (1992) çalışmalarında özel banka, haşere kontrol, kuru temizleme ve fast-food gibi dört ana hizmet sektöründe bu ölçeği test etmişlerdir. SERVQUAL ölçeğine karşı yalnızca performans odaklı bir araç olan SERPERF ölçeğini geliştirmişlerdir (Jain ve Gupta,2004:28). Bu sebeple Cronin ve Taylor (1992) tarafından hizmet kalitesi ölçümünde performans ile beklenti arasındaki farkın sadece performansa dayalı olarak ölçülmesi gerektiği iddia edilmiş ve alternatif ölçüm yöntemi olarak SERVPERF’ ileri sürmüşlerdir (Aydın ve Yıldırım,2012:40).

Parasuraman ve arkadaşlarının ulaştığı neticelere Cronin ve Taylor tarafından birkaç açıdan eleştiri getirilmiştir. Bu eleştirilerin birincisinde, beklenti ve performans arasındaki farkın hizmet kalitesinin ölçümünde temel olduğu tezini destekleyecek az sayıda kanıt olduğunu iddia etmişlerdir. Hizmet kalitesinin ölçümünde basit performans ölçülerinin üstünlüğünü gösteren birçok farklı çalışmadan söz etmişlerdir. Bu sebeple servqual modelinin bir versiyonu olan servperf modelini denemişler ve geliştirmişlerdir. Eleştirilerin ikincisinde, müşteri tatmini, hizmet kalitesinin etkinliği ve satın alma hedefleri hakkında az sayıda araştırma yapıldığını ifade ederek, bu üç faktör arasındaki nedensellik ilişkisinin mevcudiyetini gösteren az kanıt olduğunu belirtmişlerdir (Saat, 1999:120).

3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık kuruluşları, hizmet kuruluşları içerisinde bir hizmet kolu olarak nitelendirilebilir. Çağımızda, sağlık hizmetleri ile ilgili dünya genelinde gelişmeler sürekli ve yeni yaklaşımlar halinde ortaya çıkmaktadır.

Bu gelişmeler sonucunda sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli olduğu daha iyi kavranmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerini sağlamada hedef, ihtiyaç duyulan ve talep edilen sağlık hizmetlerinden kişinin ve dolaylı olarak toplumun minimum maliyet ile faydalanmasını sağlamaktır. Bu sayede, sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin önemi anlaşılmaktadır. Sürekli değişen teknoloji, bilgi ve masraflardaki artış, sağlığı bozulan kişilerin iyi bakım istekleri, hasta şikâyetlerinin sayısındaki artış sağlık hizmetlerinin daha karmaşık hale dönüşmesine neden olmaktadır. Sağlanan hizmetin devamlılığı, ulaşılabilirliği ve yaygınlığı gibi nitelikleri taşıması

yetersiz olmakta aynı zamanda bireylerin devamlı, ulaşılabilir ve yaygın hizmetlerden memnuniyet seviyesi de önem kazanmaktadır (Taş,2012:80).

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında kalite ifadesi tanımlanırken tüm dünyada geçerliliği olan standartlara uygun teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulması aynı zamanda hizmetin bütün süreçlerinde sağlığı bozulan bireylerin ihtiyaç ve beklentilerinin tümüyle giderilmesi şeklinde tanımlanabilir (Öznelbant, 2010:45).

Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi genel ifade ile “sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Zerenler ve Ögüt, 2007:505f). Tanımlara bakıldığında sağlık hizmetlerinde kalitenin çok önemli olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli hale gelmesinin nedenleri aşağıda sıralanmaktadır (Öznelbant, 2010:45).

- Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler,
- Teşhis ve tedavi yöntemindeki gelişmeler, sağlık göstergelerindeki pozitif değişimler, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması,
- Kitle iletişim imkanlarının çoğalması,
- Hasta hakları, hekim hataları tartışmalarının artması,
- Genel kültür düzeyinin ve kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önemin artması,
- Eskiden sadece hizmeti sağlayanların bildiği, sağlık ve hastalıkla alakalı bazı temel kavram ve yöntemlere artık hizmeti alanların da öğrenmiş olması ve dolayısıyla kendi tedavileriyle ilgili görüş bildirmeleri.

Çağımızda, bireylerin sağlık hizmetlerinin kalitesinden beklentileri değişen koşulların yansıması olarak artmıştır. Sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlar toplam kalite sistemi çerçevesinde hastayı müşteri olarak tanımlamakta, ayrıca hastalarında sağlık hizmetlerinin kalitesini bir müşteri hassasiyetiyle değerlendirmektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentisine tesir eden etkenler aşağıdaki gibi incelenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2005:17).

Ulaşılabilirlik ve Bulunabilirlik; Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara bireylerin fiziksel mesafeleri, uzaklık ve yakınlıkları, ulaşım imkanları, sağlık sistemine kolay olarak girebilme (sevk işlemleri, randevu alabilme), tatil günleri ve gece hizmet alabilme, uzman nitelikli personel bulabilme, talep ettiği zaman doktor ile görüşebilme, muayene öncesi tanı ve tedavi esnasında bekleme süreleri gibi özellikler hasta memnuniyetini en çok etkileyen etkenlerdendir (Çavuş, vd.,2013:242).

Hasta Bakım Kalitesi; Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının teknik becerileri ve yeterlilikleri, sağlık kuruluşunda ortalama kalış süresi benzeri konular hasta bakım kalitesini meydana getirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005:17).

Hasta Personel ve Doktor İlişkisi; Hastaya yeterli sürenin ayrılması, doktorlara ve diğer sağlık personeline güven duyulması, hastalara ilgili ve insanca davranış, güler yüzlülük ve samimiyet, bilgilendirme ve kişisel bilgilerin gizliliğe önem verilmesi gibi davranış nitelikleri bu ilişkilere yön vermekte ve kalite algısını herkes açısından artırmaktadır.

Örgütsel ve Fiziki Yapı; Sağlık kuruluşlarındaki ilişkiler, işlemlerde basitlik, çalışma ortamı, otomasyon, haberleşme imkânı, hizmetlerin masrafı, ödeme kolaylığı, refakat ve ziyaret imkanları, yönlendirici tabelaların çokluğu, araç park imkânları gibi altyapıya ve fiziksel koşullara dayanan nitelikler bireylerin hizmet kalitesini değerlendirme kriterlerinden birkaçıdır (Sağlık Bakanlığı, 2005:17).

Devamlılık; Sağlanan hizmetten memnun kalınması neticesinde hastaneye yeniden gelme düşüncesinin oluşması, diğer insanlara tavsiye etme şeklinde ifade edilebilir. Bu durum aynı zamanda, hastaneye tekrar gelişte de her defasında aynı kaliteyi bekleme güdüsü oluşturmaktadır. Ayrıca, devamlılık ilkesi hastane hizmetlerinin de devamlılık ve sürdürülebilirliğini ifade etmektedir. Neticede, kaliteli bir sağlık hizmeti sağlandığı zamandaki faydalar şunlardır:

- Hastaların fiziksel yapı, ruhsal durum ve zihinsel yeteneklerinde kısa zamanda bir iyileşme meydana getirir.

- İnsan sağlığının iyileştirilmesi, hastalık ve sakatlıklardan korunması ve bireyin sağlığını bozacak sebeplerin erken tespit edilmesini ve tedavisini sağlar.
- Hasta ile hizmet süresince iş birliği sağlanmasına imkân verir.
- “Tıp, biliminin doğruluğu kanıtlanmış prensiplerine dayanır ve ilgili diğer bilimsel, teknolojik ve uzmanlık alanlarından yararlanmayı sağlar”.
- “Hastanın sağlık durumu ile ilgili yeterli ve güvenilir kayıtların oluşturulmasını ve bu sayede hizmetin sürekliliğini ve izlenebilirliğini sağlar”.
- “Sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, beşerî ve finansal kaynaklarının en verimli şekilde kullanılabilmesine imkân sağlar”.
- “Personelin uyumlu bir şekilde çalışmasına katkıda bulunur” (Önal,2003).

3.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Sağlıkta kalite kavramının çeşitli tanımları mevcut olsa bile, tanımların bazılarının daha öne çıktığı görölmektedir. Örnek verecek olursak, Donabedian kaliteli sağlık hizmetini, “hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması” şeklinde ifade etmektedir (Donabedian, 1980: 5-6).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association)’nin 1984 yılındaki ifadesinde yüksek kaliteli sağlık hizmetini; “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır (Kayral,2015:65-81).

ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) yüz farklı tanım ve kalite parametresi ile yaptığı çalışma neticesinde belirli bir tanımda uzlaşmamış ama 1990 yılında sağlık hizmetlerinin kalitesini, “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık düzeylerine ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” olarak ifade etmiştir (Kaya, 2005: 14-15).

Legido-Quigley v.d. (2008) Avrupa Birliği'nde "Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Gerçekleştirmek" adlı çalışmalarında sağıkta kalite kavramını irdemişler ve 1990 yılında Tıp Enstitüsü'nün belirlediğı tanım, sağıkta kaliteye yönelik çalışmaların başlangıcı olarak görmüşlerdir (Kayral,2015:65-81).

Donabedian'in yaptığı tanım (1980) ile Tıp Enstitüsü'nün yaptığı tanım (1990) kıyaslandığında son halinin sağıkta kalitenin genel amacını "hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkartılmasından (total patient welfare), arzulanan sağık sonuçlarına (health outcomes) ulaşmak şeklinde daralttığına ve sağıkta kalitenin hedefini hastalardan, bireylere ve topluma yönelttiğine dikkat çekecektir" (Kayral,2015:65-81).

İngiltere Sağık Departmanı'nın (1997) yaptığı tanıma göre ise sağıkta kalite; "doğru hizmetlerin, doğru kişilere, doğru zamanda ve ilk seferde doğru şekilde sunulması" olarak belirtilmektedir (Kayral,2015:65-81).

Sağık alanında kalite, farklı paydaşlar için farklı anlamlar taşımaktadır. Bu farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesi sağık sisteminde kaliteyi egemen kılmmanın yöntemidir. Hastaların, doktorların ve tedarikçilerin farklı beklentileri arasında kesinlikle bir denge oluşturulmalı aynı zamanda kurulan sistem hesap verebilir özelliklerde olmalıdır (Kayral,2015:65-81).

Sağıkta hizmet kalitesi, bir hastalık ya da durumun bir işlevi olarak bireyin sağık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (Sarvan ve Berk, 1995: 12). Bu sebeple sağık hizmetlerinde kalite, hizmetler ile hasta ihtiyaçları arasında uyumluluğun yüksek olması anlamına gelir (Eren, 1998: 37).

Sağık hizmetinin kalitesi bir formül şeklinde ifade edilecek olursa "Sağık Hizmetin Kalitesi; Teknik Kalite + Tedavi Sanatı" biçiminde tanımlanabilir. Bu durumda kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavi hizmetlerin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını, sanatsal yönü ise, verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılaması olarak ifade edilebilir (Kavuncubaşı, 2000: 270). Bu sebeple, nesnel olarak hizmet kalitesi sunulan hizmetin hastanın sağık durumunda meydana getirdiğı iyileşme (teknik kalite) göz önüne alınarak ölçülebilir. Bu

bakımdan sağlık hizmetlerinde kaliteyi, sağlanan hizmetin bilimsel spesifikasyonlara uygunluğu olarak ifade edilebilir (Larson ve Muller, 2002: 278; Ramsaran-Fowdar, 2005: 428).

Birleşik Devletler Sağlık Departmanı Sağlık Araştırmaları ve Kalite Birimi (2012) tarafından açıklanan tanım, İngiltere Sağlık Departmanı ile uyumlu olarak; “en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak için doğru hizmetlerin, doğru zamanda, doğru ve dengeli bir şekilde verilmesi” olarak ifade edilmektedir. Bu tanım ile hizmet sağlanırken dengenin gözetilmesi, hizmetlerin yetersizliği, hizmetlerin sunulurken aşırıya kaçılmaması (ihtiyaç duyulmayanların sunulmaması) ve yanlış hizmetler sağlanmaması üzerinde durulmuştur (Kayral,2015:65-81).

Türkiye Sağlık Bakanlığı (2012) resmi internet sayfasında açıkladığına göre kalite, “en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanması” olarak ifade edilmektedir. Bu tanım sağlık hizmetlerinde kalitenin genel tanımı olarak kabul edilmektedir (Kayral,2015:65-81).

3.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ifade edilmesi, kalitenin tek tek hangi boyutlardan meydana geldiğinin de açıklanması anlamına gelmektedir. Örnek verecek olursak, Donabedian (1980), sağlık hizmetlerindeki kalitenin ölçülmesi hakkındaki incelemesinde; kalitenin üç boyutundan söz etmektedir. Teknik boyut, kişilerarası ilişkiler ve hizmet verilen tesisin konforu bahse konu boyutlar olarak söylenebilir (Kayral,2015:65-81).

Ovretveit tarafından da sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu olduğu düşünülmektedir. Bu boyutlar; müşteri kalitesi, profesyonel kalite, yönetim kalitesi olarak bilinir (Kaya, 2005: 13-14). Maxwell ise kaliteyi tanımlamada altı boyuttan söz eder ve kaliteyi meydana getiren boyutları: Etkililik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişilebilirlik, hakkaniyet, uygunluk olarak sıralar (Maxwell, 1992: 172). Donabedian’ın (1988) ifade ettiği boyutlara ilave olarak Maxwell’in beyan ettiği boyutlarda, uygunluk boyutu mevcutken, güvenlik boyutu gözden kaçırılmıştır.

Bahsi geçen yazarlar ve kurumlar tarafından yapılan çalışmalar ışığında, kalitenin farklı boyutlarını derledikleri araştırmalardan faydalanılarak aşağıdaki tablo düzenlenmiştir. Bu tabloda sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları listelenmiştir (Kayral,2015:65-81).

	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	Sağlık Kurulu (Birleşik Krallık-1997)	Avrupa Konseyi (1998)	Tıp Kurumu (IOM)	JCAHO (2006)	Kanada Sağlık Kurulu (2012)	T.C. Sağlık Bakanlığı (2012)
Etkinlik Etkililik	*	*	*	*	*	*	*	*
Verimlilik	*	*	*	*	*	*	*	*
Erişilebilirlik	*	*	*	*	*	*	*	*
Güvenlik	*	*	*	*	*	*	*	*
Hakkaniyet	*	*	(*)	*	*	*	*	*
Uygunluk	*	*	*	*	*	*	*	*
Zamanlılık	*	*	*	*	*	*	*	*
Kabul Edilebilirlik	*	*	*	*	*	*	*	*
Heveslilik Duyarlılık Hasta Odaklılık	*	*	*	*	*	*	*	*
Tatmin	*	*	(*)	*	*	*	*	*
Sağlıkta Gelişme	*	*	*	*	*	*	*	*
Süreklilik	*	*	*	*	*	*	*	*
Diğer		Teknik İlgi		Yarar Etki		Hazır Olma Önleme Erken Teşhis	Çalışma Yaşamı	

Tablo 3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Kaynak: (Kayral,2015:65-81)

Tabloya bakıldığında anlaşılabacağı üzere etkinlik/etkililik, verimlilik, erişilebilirlik, güvenlik, hakkaniyet, uygunluk, zamanlılık, kabul edilebilirlik, tatmin, heveslilik/duyarlılık/hasta odaklılık, sağlıkta gelişme ve sağlık hizmetlerinin sürekliliği en sıklıkla kullanılan boyutlar olarak ifade edilebilir.

4. BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK KARŞILAŞTIRMALI BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Ülkemizdeki Şehir Hastaneleri miktarı gün geçtikçe artmaktadır. Hizmet sektörü ise teknolojik, kültürel ve ekonomik alanlarda ortaya çıkan değişimler ile hem varlığını sürdürüp hem de giderek büyümektedir. Hizmet sektörünün en önemli kollarından biri sağlık sektörüdür. Sağlık kuruluşların belirlenmiş kalite hedeflerinin olması, müşterilerin beklentilerini, algılarını ölçmeye yönelik çalışmalar yapmaları, beklenti ve algılar arasındaki farkın en aza indirilebilmesi için çabalamaları gereklidir. Kalite olgusunun esasında iyileştirme yapmak yer alır, bunun için de sağlanan hizmet kalitesinin ölçülmesi gereklidir. Hizmet kalitesinin ölçülmeden, gerekli tespitler değerlendirmeler yapılmadan iyileştirilemeyeceği aşikardır.

Araştırmanın ana amacı Elazığ ili Fethi Sekin Şehir Hastanesinde verilen sağlık hizmetinin kalitesinin SERVQUAL yöntemi kullanılarak ölçülmesidir. Bu ana amacın yanında aşağıda sunulan hedefler belirlenmiştir;

- Sağlık Bakanlığına bağlı bir şehir hastanesinde hastalar açısından en önemli ve en az önemli hizmet kalitesi boyutlarını saptayabilmek,
- Hastaneden hizmet alan hastaların cinsiyetlerini, yaşlarını, eğitim durumları gibi demografik özellikleri göz önünde tutularak hizmet kalitesi boyutlarının değerlendirmesini yapmak,
- Elde edilen sonuçları olması gerekenle karşılaştırarak değerlendirmek ve kalitenin artırılması için teklifler sunmak,
- Hastanenin hizmet kalitesinin tüm boyutlarında güçlü ve zayıf yanları değerlendirilerek hizmet kalitesi yönünden önceliklerini belirleyecek stratejiler oluşturabilmesi,
- Hastaların, beklenti ve algılamaları arasındaki farkın en aza indirilebilmesi için sağlık kurumlarına kılavuzluk edebilecek bir araştırma niteliğinde olması hedeflenmiştir.

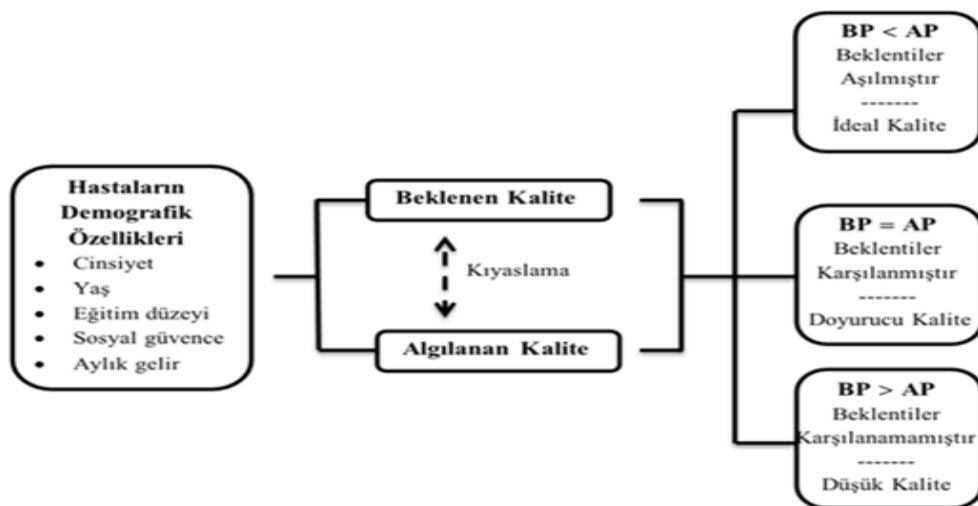
4.2. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları

Tezin uygulama kısmı için, Elazığ il merkezinde bulunan Fethi Sekin Şehir Hastanesinde çalışılmıştır. Fethi Sekin Şehir Hastanesinden hizmet alan kişileri kapsamaktadır. Araştırmaya Fethi Sekin Şehir Hastanesinde görevli personel dahil edilmemiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların verecekleri cevapların objektif olmasının sağlanması açısından araştırmada kullanılan anketlerde kimlik bilgileri yer almamıştır. Bu nedenle verilen cevapların anketi cevaplayan kişilerin gerçek düşüncelerini yansıttığı kabul edilmektedir. Yapılan araştırmanın daha doğru sonuçlar verebilmesi amacıyla 18 yaş altındaki kişiler araştırma kapsamına alınmamıştır.

4.3. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın modeli temelde Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş olan servqual ölçeğidir. Ölçekte yer alan 5 boyut; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empatidir.

Ölçekte temelde algılanan kalite ile beklenen kalite arasındaki farkın ölçülmesi yer alır. Beklenen kaliteyi hizmetin alınmasından önceki beklentiler, algılanan kaliteyi ise hizmetten yararlanmadan sonraki hizmete ilişkin oluşan kanaatler oluşturmaktadır. Araştırmanın modeli kısa şekli ile aşağıdaki gibi gösterilebilir.



Şekil 4.1. Araştırmanın Modeli

Hastaların hizmet alımı öncesinde alacakları hizmetin nasıl olması gerektiğine dair beklentileri ve akabinde aldıkları hizmetten algılamalarının kıyaslanması yoluyla hizmet kalitesini belirler. Modelde hizmet kalitesinin derecesi yani servqual puanları, algı puanlarından beklenti puanlarının çıkarılmasıyla bulunur.

(Servqual Puanı = Algı Puanı – Beklenti Puanı)

4.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Çalışmanın maksadı doğrultusunda sağlık hizmeti alan müşterilerin düşüncelerini tespit için anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu olarak Parasuraman, Zeithaml, Berry tarafından geliştirilmiş olan anket formu tercih edilmiştir. Hastaneden faydalanan bireylerin anketi cevaplanmasının sağlanması ve muhtemel yanlış anlamaların anket cevaplanırken düzeltilebilmesi için uygulamalar 6 Temmuz 2020- 6 Ekim 2020 tarihleri arasında yüz yüze yapılmıştır.

Anketin birinci bölümünde; Servqual ölçeğinin sağlık kurumlarına uyarlanan, bireyin beklentilerinin ölçülmesini amaçlayan 22 sorusu mevcut olup, sorularda 5’li likert ölçeği kullanılmıştır. Seçenekler; “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arasındadır. İlk 22 soruluk kısımda müşterilere mükemmel bir hastanenin nasıl olması gerektiğine yönelik sorular sorulmuştur.

Anketin ikinci bölümünde; Hizmet kalitesi boyutlarını ifade eden beş madde müşterilere sunulmuş, hastanelerin sundukları hizmetlerin ve sahip olması gereken özelliklerin göz önüne alınarak müşterilerinin kendi önceliklerine göre 100 puanı bu beş maddeye dağıtmaları istenmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde; birinci bölümde yer alan 22 soru hizmet alınan hastane için ve hizmet alındıktan sonra sorulmuş olup yine “1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” arası seçenekleri işaretlemeleri istenmiştir.

4.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma Elazığ ili Fethi Sekin Şehir Hastanesinde 6 Temmuz 2020- 6 Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastane hizmetlerinden faydalama kriterleri hem ayakta tedavi olan hastalar hem de yatarak tedavi olan hastalar ve hasta yakınları

dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğünü saptamak için aşağıdaki formüllerden yararlanılmıştır.

n: Örneklem alınacak birey sayısı (Örnek Hacmi)

N: Evrendeki birey sayısı (Evren Çapı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundaki değeri

d: Sapma (örneklem hatası)

p: Olayın gerçekleşme olasılığı

q: Olayın gerçekleşmeme olasılığı (1-p) oranıdır.

Evrenin hacmi (N) bilindiğinde kullanılacak formül;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Evrenin hacmi (N) bilinmediğinde kullanılacak formül (Baştürk,2014:150);

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Hesaplamalarda p ve q değeri 0,5 olarak, %95 anlamlılık düzeyi için t değeri 1,96 olarak ve d değeri %5 olarak alınmıştır. Evrendeki birey sayısı (N) bilinmediğinden örnek hacmi aşağıdaki gibi hesaplanmıştır (Baştürk,2014:150).

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2} = 384,16$$

Yapılan hesaplamalar sonucunda minimum örnek hacmi 384 olarak bulunmuştur. Kolayda örneklem yöntemi ile örneklem seçimi yapılarak toplamda 517 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır. 13 adet anket formu uygun doldurulmadığından değerlendirmeye alınmamış bu nedenle analizler 504 anket formu üzerinden yapılmıştır.

4.6. Araştırmanın Varsayımları

Bu çalışmada, analizlerin anlamlılık kazabilmesi maksadı ile bazı varsayımlarda bulunulmuştur. Bunlar;

- Hastalar anket sorularına özgür iradeleri, gerçek düşünceleri ve samimiyet ile cevap vermişlerdir.
- Elde edilen bütün veriler ölçülebilir ve tekrarlanabilir niteliktedir.

4.7. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada hipotezler oluşturulmuş ve test edilmiştir. Araştırmanın hipotezleri aşağıda belirtildiği gibidir;

H1: Algılanan hizmet kalitesi hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H2: Anketi cevaplayanların hasta ve hasta yakını olma durumu ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H4: Cinsiyete ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H6: Yaş grubu ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

H7: Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H8: Eğitim düzeyi ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

H9: Algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye faktörüne göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H10: Sosyal Güvence ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

H11: Algılanan hizmet kalitesi aylık gelire göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H12: Aylık gelir ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

Verilerin analizlerinde Microsoft Office Excel 2010 ve SPSS 21 (Statistical Packages for Social Sciences) programı %95 güvenilirlik seviyesinde kullanılmıştır.

4.8. Güvenilirlik Analizleri

Araştırmanın uygunluk ve güvenilirlik analizlerinin sonrasında Servqual Puanı (SP) hesaplanmıştır. Güvenilirlik katsayısı, bir ölçme aracının tekrarlanan ölçümlerde aynı sonucu verme derecesinin göstergesi şeklinde ifade edilebilir. Yani anketin aynı düşüncede olan kişilerin görüşlerini yorum hatalarına sebebiyet vermeden aynı şekilde yansıtması beklenir. Cronbach alfa katsayısı anket maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür ve maddelerin homojen yapısını açıklamak veya sorgulamak üzere kullanılır. Cronbach alfa katsayısı yüksek olan ölçekteki maddelerin birbirleriyle tutarlı olduğu ayrıca aynı özelliği ölçen maddelerden meydana geldiği yorumu yapılabilir. Cronbach alfa likert tipli ölçeklerde sıklıkla kullanılmakta olup Cronbach alfa katsayısı değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

$0 < \text{Cronbach alfa katsayısı} < 0.40$ ise güvenilir değil

$0.40 < \text{Cronbach alfa katsayısı} < 0.60$ ise düşük güvenilirlikte

$0.60 < \text{Cronbach alfa katsayısı} < 0.80$ ise oldukça güvenilir

$0.80 < \text{Cronbach alfa katsayısı} < 1.00$ ise yüksek güvenilirlikte

Araştırma için güvenilirlik analizi kalite beklentisi soruları ve kalite algısı soruları için ayrı ayrı yapılmıştır.

	Öge Silinirse Ölçek Ortalaması	Öge Silinirse Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Toplam Korelasyon	Öge Silinirse Toplam Cronbach's Alpha Katsayısı
Soru 1	99,9583	56,267	0,695	0,947
Soru 2	99,9603	56,213	0,731	0,946
Soru 3	99,9206	56,308	0,693	0,947
Soru 4	99,9524	56,515	0,687	0,947
Soru 5	99,9087	57,355	0,653	0,947
Soru 6	99,8829	57,809	0,616	0,948
Soru 7	99,9187	57,156	0,645	0,947
Soru 8	99,9008	57,756	0,639	0,947
Soru 9	99,9365	56,799	0,637	0,948
Soru 10	99,9028	58,080	0,584	0,948
Soru 11	99,9167	57,357	0,696	0,947
Soru 12	99,9484	56,979	0,682	0,947
Soru 13	99,9167	56,597	0,721	0,946
Soru 14	99,9345	56,821	0,668	0,947
Soru 15	99,9147	56,770	0,705	0,947
Soru 16	99,9187	57,395	0,640	0,947
Soru 17	99,8849	57,474	0,675	0,947
Soru 18	99,9028	56,752	0,678	0,947
Soru 19	99,9048	57,868	0,596	0,948
Soru 20	99,9127	57,014	0,668	0,947
Soru 21	99,9206	57,103	0,599	0,948
Soru 22	99,8492	57,834	0,645	0,947

Cronbach's Alpha Katsayısı	Standartlaştırılmış Ögeye Dayalı Cronbach's Alpha Katsayısı	Öge Sayısı (N)
0,949	0,950	22

Tablo 4.1. Beklenen Kalite Ölçeği Güvenilirlik Katsayısı

Beklenen kalite anketi soruları için yapılan analiz sonucu güvenilirlik katsayısı 0,949 çıkmıştır. Yüksek olan bu değer anket sorularının son derece güvenilir olduğunu göstermektedir.

	Öge Silinirse Ölçek Ortalaması	Öge Silinirse Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Toplam Korelasyon	Öge Silinirse Toplam Cronbach's Alpha Katsayısı
Soru 1	81,6984	226,040	0,542	0,934
Soru 2	81,7421	226,486	0,588	0,933
Soru 3	81,7480	224,133	0,630	0,933
Soru 4	81,8135	223,142	0,643	0,933
Soru 5	81,7302	224,134	0,664	0,932
Soru 6	81,8532	223,235	0,668	0,932
Soru 7	81,8710	221,456	0,689	0,932
Soru 8	81,8552	223,019	0,668	0,932
Soru 9	81,9286	221,915	0,691	0,932
Soru 10	81,9583	221,420	0,689	0,932
Soru 11	81,8750	222,817	0,668	0,932
Soru 12	81,9067	223,874	0,662	0,932
Soru 13	81,9484	219,437	0,726	0,931
Soru 14	81,8869	221,071	0,699	0,932
Soru 15	81,7500	222,212	0,704	0,932
Soru 16	81,9603	220,114	0,712	0,931
Soru 17	81,7381	212,508	0,339	0,952
Soru 18	81,7361	224,306	0,625	0,933
Soru 19	81,8690	221,478	0,709	0,932
Soru 20	81,9266	220,772	0,756	0,931
Soru 21	81,8849	220,679	0,689	0,932
Soru 22	81,9028	219,659	0,705	0,931

Cronbach's Alpha Katsayısı	Standartlaştırılmış Ögeye Dayalı Cronbach's Alpha Katsayısı	Öge Sayısı (N)
0,936	0,950	22

Tablo 4.2. Algılanan Kalite Ölçeği Güvenilirlik Katsayısı

Algılanan kalite anketi soruları için yapılan analiz sonucu güvenilirlik katsayısı 0,936 çıkmıştır. Yüksek olan bu değer anket sorularının son derece güvenilir olduğunu göstermektedir.

4.9. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan kişilerin demografik özelliklerini içeren istatistikler ve analizler yer almaktadır.

4.9.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Anketi Cevaplayan	Frekans	Yüzde
Hasta	326	64,7
Hasta Yakını	178	35,3
Toplam	504	100

Tablo 4.3. Ankete Katılanların Cevaplayana Göre Dağılımı

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanların cevaplayana göre dağılımı gösterilmektedir. Tablodan da görülebildiği gibi, anketi cevaplayanların %64,7'si hasta, %35,3'ü hasta yakınıdır.

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	219	43,5
Erkek	285	56,5
Toplam	504	100

Tablo 4.4. Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı gösterilmektedir. Tablodan da görülebildiği gibi, anketi cevaplayanların % 43,5'i kadınlardan ve % 56,5'i ise erkeklerden oluşmaktadır.

Yaş	Frekans	Yüzde
18-25	128	25,4
26-30	94	18,7
30-35	80	15,9
36-40	73	14,5
41-50	78	15,5
51-60	39	7,7
61 yaş üstü	12	2,4
Toplam	504	100

Tablo 4.5. Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanların yaşa göre dağılımı gösterilmektedir. Tablodan da görülebildiği gibi, anketi cevaplayanların büyük bölümünü 18-25 yaş grubu oluşturmakta olup bunu 26-30 yaş grubu takip etmektedir. Ankete en az katılım sağlayan yaş grubunu %2,4 ile 61 yaş üstü oluşturmaktadır.

Eğitim Düzeyi	Frekans	Yüzde
Okur-yazarlık yok	18	3,6
İlköğretim	105	20,8
Lise	201	39,9
Üniversite	156	31,0
Y.Lisans/Doktora	24	4,8
Toplam	504	100

Tablo 4.6. Ankete Katılanların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanların eğitim düzeyine göre dağılımı gösterilmektedir. Tablodan da görülebildiği gibi, anketi cevaplayanların büyük bölümünü lise ve üniversite mezunudur.

Sosyal Güvence	Frekans	Yüzde
SGK	377	74,8
Yeşil Kart	67	13,3
Özel Sigorta	60	11,9
Toplam	504	100

Tablo 4.7. Ankete Katılanların Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanların sosyal güvenceye göre dağılımı gösterilmektedir. Tablodan da görülebildiği gibi, anketi cevaplayanların %74,8'i SGK, %13,3'ü Yeşil Kart ve %11,9'u ise özel sigortalılardan oluşmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun sosyal güvencelerinin SGK olduğu açıkça görülmektedir.

Aylık Gelir	Frekans	Yüzde
1000 TL ve altı	51	10,1
1001-1500 TL	55	10,9
1501-2000 TL	38	7,5
2001-2500 TL	69	13,7
2501-3000 TL	138	27,4
3001 TL ve üstü	153	30,4
Toplam	504	100

Tablo 4.8. Ankete Katılanların Aylık Gelire Göre Dağılımı

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanların aylık gelire göre dağılımı gösterilmektedir. Tablodan da görülebildiği gibi, anketi cevaplayanların büyük bölümünün aylık geliri 2500 - 3000 TL ve 3001 TL üstüdür.

4.9.2. Şekilsel İnceleme

Anket verilerinin şekilsel olarak incelenmesi, verilen cevaplar hakkında genel bilgi sunar. Anket verilerinin programa doğru olarak girildiğinin görülmesini sağlar, programa veri girişi esnasında sehven yapılmış bir hata var ise fark edilip düzeltilmesi için imkân sağlar. Verilerin şekilsel olarak incelenmesinde minimum ve maksimum değerler, ortalama değerler, standart sapmalar ve frekanslar ve çarpıklık bulunur. Kalite beklentisi ve kalite algısı soruları şekilsel olarak incelenmiştir.

	N	En Düşük Yanıt	En Yüksek Yanıt	Ortalama	Standart Sapma	Varyans	Çarpıklık (Skewness)	
							İstatistik	Std. Hata
Soru 1	504	2,00	5,00	4,7163	,56826	,323	-2,015	,109
Soru 2	504	2,00	5,00	4,7143	,54764	,300	-2,004	,109
Soru 3	504	2,00	5,00	4,7540	,56662	,321	-2,604	,109
Soru 4	504	2,00	5,00	4,7222	,55172	,304	-2,087	,109
Soru 5	504	2,00	5,00	4,7659	,49725	,247	-2,146	,109
Soru 6	504	3,00	5,00	4,7917	,47841	,229	-2,269	,109
Soru 7	504	2,00	5,00	4,7560	,52185	,272	-2,154	,109
Soru 8	504	3,00	5,00	4,7738	,46810	,219	-1,934	,109
Soru 9	504	2,00	5,00	4,7381	,56299	,317	-2,323	,109
Soru 10	504	3,00	5,00	4,7718	,47347	,224	-1,952	,109

Tablo 4.9. Kalite Beklentisinin Şekilsel Olarak İncelenmesi

	N	En Düşük Yanıt	En Yüksek Yanıt	Ortalama	Standart Sapma	Varyans	Çarpıklık (Skewness)	
							İstatistik	Std. Error
Soru 11	504	2,00	5,00	4,7579	,46864	,220	-1,835	,109
Soru 12	504	3,00	5,00	4,7262	,51269	,263	-1,704	,109
Soru 13	504	2,00	5,00	4,7579	,52087	,271	-2,172	,109
Soru 14	504	2,00	5,00	4,7401	,53682	,288	-2,131	,109
Soru 15	504	2,00	5,00	4,7599	,51605	,266	-2,172	,109
Soru 16	504	2,00	5,00	4,7560	,50244	,252	-2,151	,109
Soru 17	504	2,00	5,00	4,7897	,47125	,222	-2,304	,109
Soru 18	504	1,00	5,00	4,7718	,53646	,288	-2,688	,109
Soru 19	504	2,00	5,00	4,7698	,48701	,237	-2,134	,109
Soru 20	504	2,00	5,00	4,7619	,51889	,269	-2,378	,109
Soru 21	504	1,00	5,00	4,7540	,56310	,317	-2,803	,109
Soru 22	504	1,00	5,00	4,8254	,45609	,208	-3,293	,109
Geçerli Öğe (N)	504							

Tablo 4.9. Kalite Beklentisinin Şekilsel Olarak İncelenmesi (Devam)

Kalite beklentisi ve kalite algısı ile ilgili sorulara verilen en düşük ve en yüksek puanlar, ortalama değerler ve standart sapmalar tablo 4.9’da ve 4.10’da gösterilmektedir. Tablo 4.9 ve Tablo 4.10 incelendiğinde kayıp veri olmadığı görülmekte olup ayrıca skewness (çarpıklık) değerleri sıfırdan küçük olduğu için sola çarpık olduğu söylenebilir.

	N	En Düşük Yanıt	En Yüksek Yanıt	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık (Skewness)	
						İstatistik	Std. Error
Soru 1	504	1,00	5,00	4,0437	,97589	-,732	,109
Soru 2	504	1,00	5,00	4,0000	,88279	-,836	,109
Soru 3	504	1,00	5,00	3,9940	,94688	-,792	,109
Soru 4	504	1,00	5,00	3,9286	,97832	-,649	,109
Soru 5	504	1,00	5,00	4,0119	,90276	-,691	,109
Soru 6	504	1,00	5,00	3,8889	,94140	-,724	,109
Soru 7	504	1,00	5,00	3,8710	,99763	-,680	,109
Soru 8	504	1,00	5,00	3,8869	,95062	-,665	,109
Soru 9	504	1,00	5,00	3,8135	,97327	-,503	,109
Soru 10	504	1,00	5,00	3,7837	,99843	-,470	,109
Soru 11	504	1,00	5,00	3,8671	,96055	-,542	,109
Soru 12	504	1,00	5,00	3,8353	,91739	-,428	,109
Soru 13	504	1,00	5,00	3,7937	1,04047	-,610	,109
Soru 14	504	1,00	5,00	3,8552	1,00142	-,470	,109
Soru 15	504	1,00	5,00	3,9921	,94371	-,682	,109
Soru 16	504	1,00	5,00	3,7817	1,02842	-,588	,109
Soru 17	504	1,00	5,00	3,9048	,94314	-,594	,109
Soru 18	504	1,00	5,00	4,0060	,94478	-,651	,109
Soru 19	504	1,00	5,00	3,8730	,97061	-,569	,109
Soru 20	504	1,00	5,00	3,8155	,94568	-,488	,109
Soru 21	504	1,00	5,00	3,8571	1,03393	-,697	,109
Soru 22	504	1,00	5,00	3,8393	1,05888	-,694	,109
Geçerli Öğe (N)	504						

Tablo 4.10. Kalite Algısının Şekilsel Olarak İncelenmesi

4.9.3. Kolmogorov - Smirnov Testi

Kolmogorov - Smirnov Testi, rastgele elde edilmiş örneklemin normal dağılıma uyup uymadığını test etmek amacıyla kullanılır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına anlamlılık değerine bakılarak karar verilir. Anlamlılık değeri 0,05'in altında ise verilerin normal dağılmadığı, anlamlılık değeri 0,05'in üstünde ise normal dağıldığı anlaşılır.

Fiziksel Boyut için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi				
	Soru 1	Soru 2	Soru 3	Soru 4
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504
Ortalama	4,7163	4,7143	4,7540	4,7222
Standart Sapma	0,56826	0,54764	0,56662	0,55172
Test İstatistiği	0,463	0,455	0,477	0,461
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Güvenilirlik Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi					
	Soru 5	Soru 6	Soru 7	Soru 8	Soru 9
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504	504
Ortalama	4,7659	4,7917	4,7560	4,7738	4,7381
Standart Sapma	,49725	,47841	,52185	,46810	,56299
Test İstatistiği	0,479	0,492	0,478	0,481	0,471
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Tablo 4.11. Kalite Beklentisinin Kolmogorov - Smirnov Testi

Heveslilik Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi				
	Soru 10	Soru 11	Soru 12	Soru 13
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504
Ortalama	4,7718	4,7579	4,7262	4,7579
Standart Sapma	,47347	,46864	,51269	,52087
Test İstatistiği	0,481	0,471	0,461	0,479
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Güven Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi				
	Soru 14	Soru 15	Soru 16	Soru 17
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504
Ortalama	4,7401	4,7599	4,7560	4,7897
Standart Sapma	,53682	0,51605	,50244	,47125
Test İstatistiği	00,470	0,479	0,472	0,488
p değeri (Asymp. Sig.)	,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Empati Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi					
	Soru 18	Soru 19	Soru 20	Soru 21	Soru 22
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504	504
Ortalama	4,7718	4,7698	4,7619	4,7540	4,8254
Standart Sapma	,53646	,48701	,51889	,56310	,45609
Test İstatistiği	0,484	0,479	0,476	0,474	0,498
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Tablo 4.11. Kalite Beklentisinin Kolmogorov - Smirnov Testi (devam)

Fiziksel Boyut için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi				
	Soru 1	Soru 2	Soru 3	Soru 4
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504
Ortalama	4,0437	4,0000	3,9940	3,9286
Standart Sapma	,97589	,88279	,94688	,97832
Test İstatistiği	0,245	0,260	0,231	0,218
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Güvenilirlik Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi					
	Soru 5	Soru 6	Soru 7	Soru 8	Soru 9
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504	504
Ortalama	4,0119	3,8889	3,8710	3,8869	3,8135
Standart Sapma	,90276	,94140	,99763	,95062	,97327
Test İstatistiği	0,233	0,245	0,226	0,228	0,221
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Heveslilik Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi				
	Soru 10	Soru 11	Soru 12	Soru 13
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504
Ortalama	3,7837	3,8671	3,8353	3,7937
Standart Sapma	,99843	,96055	,91739	1,04047
Test İstatistiği	0,205	0,222	0,220	0,221
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Tablo 4.12. Kalite Algısının Kolmogorov - Smirnov Testi

Güven Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi				
	Soru 14	Soru 15	Soru 16	Soru 17
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504
Ortalama	3,8552	3,9921	3,7817	3,9048
Standart Sapma	1,00142	,94371	1,02842	0,94314
Test İstatistiği	0,204	0,232	0,231	0,227
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Empati Boyutu için One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi					
	Soru 18	Soru 19	Soru 20	Soru 21	Soru 22
Öge Sayısı (N)	504	504	504	504	504
Ortalama	4,0060	3,8730	3,8155	3,8571	3,8393
Standart Sapma	,94478	,97061	,94568	1,03393	1,05888
Test İstatistiği	0,222	0,219	0,228	0,224	0,207
p değeri (Asymp. Sig.)	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

Tablo 4.12. Kalite Algısının Kolmogorov - Smirnov Testi (devam)

4.9.4. Araştırmanın Servqual Skorlarının Hesaplanması

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş olan servqual ölçeğinde hizmet kalitesi yani servqual puanı, hastaların kalite algıları ve kalite beklentileri sorularına verdikleri puanların arasındaki farkın hesaplanması ile bulunmaktadır. Servqual Puanın hesaplanması aşağıda gösterildiği gibidir.

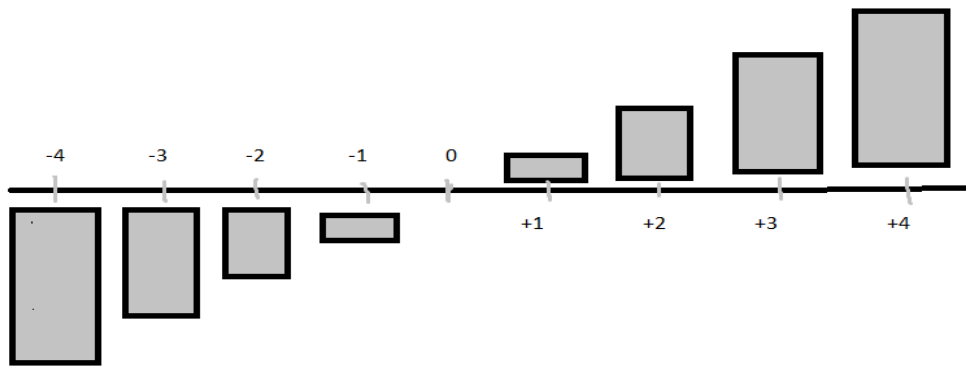
$$SQ (\text{Servqual Puan}) = PQ (\text{Algılanan Puan}) - EQ (\text{Beklenen Puan})$$

SQ=Servqual Puan

PQ=Algılanan Puan

EQ= Beklenen Puan

Yukarıda verilen formüle göre Servqual skorları öncelikle sorular bazında hesaplanmış, daha sonra da boyutlar bazında hesaplanmıştır. Ankette 5'li likert ölçeği kullanıldığından dolayı servqual puanı +4 ile -4 arasında olacaktır. Hesaplanan puanın -4 olması sunulan hizmet kalitesinin beklenenin çok altında olduğunu, hesaplanan puanın +4 olması ise beklentilerin karşılandığını ortaya koyacaktır. Hesaplanan puanın sıfır çıkması durumunda ise, müşteri beklentilerinin en azından karşılandığı sonucuna ulaşılabilir.



Şekil 4.2. Beşli Likert Ölçeğine Göre Servqual Puanlarının Derecelendirilmesi

Hizmet Kalitesi Boyutları	Soru	Algı Puanları Ortalama	Beklenti Puanları Ortalama	Servqual Puan	Boyut Bazında Servqual Puan	Toplam Servqual Puan
Fiziksel Boyut	Soru 1	4,04	4,71	-0,67	-0,735	-0,862
	Soru 2	4,00	4,71	-0,71		
	Soru 3	3,99	4,75	-0,76		
	Soru 4	3,92	4,72	-0,80		
Güvenilirlik Boyutu	Soru 5	4,01	4,76	-0,75	-0,870	
	Soru 6	3,88	4,79	-0,91		
	Soru 7	3,87	4,75	-0,88		
	Soru 8	3,88	4,77	-0,89		
	Soru 9	3,81	4,73	-0,92		
Heveslilik Boyutu	Soru 10	3,78	4,77	-0,99	-0,932	
	Soru 11	3,86	4,75	-0,89		
	Soru 12	3,83	4,72	-0,89		
	Soru 13	3,79	4,75	-0,96		
Güven Boyutu	Soru 14	3,85	4,74	-0,89	-0,875	
	Soru 15	3,99	4,75	-0,76		
	Soru 16	3,78	4,75	-0,97		
	Soru 17	3,90	4,78	-0,88		
Empati Boyutu	Soru 18	4,00	4,77	-0,77	-0,900	
	Soru 19	3,87	4,76	-0,89		
	Soru 20	3,81	4,76	-0,95		
	Soru 21	3,85	4,75	-0,90		
	Soru 22	3,83	4,82	-0,99		

Tablo 4.13. Hastaların Kalite Beklentisi ve Kalite Algısı Ortalamaları ile Servqual Puanları

Yukarıda sunulan tablo 4.13’de hastaların kalite beklentisi ve kalite algısı ortalamaları ile servqual puanları yer almaktadır. Tablo 4.13 incelendiğinde en yüksek beklenti düzeyinin 4,82 puan ile mükemmel bir hastane tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık göstermelidir (soru22) maddesi olduğu; en düşük beklenti düzeyinin ise 4,71 puan ile mükemmel bir hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahip olmalı (soru1) ve mükemmel bir hastanenin çalışanları iyi giyimli ve temiz görünümlü olmalıdır (soru2) maddeleri olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre hastaneden hizmet alan bireylerin eşit ilgi, alaka ve duyarlılık beklentisinin ön planda olduğu söylenebilir. En düşük beklenti düzeyine sahip olan maddelerin, modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması ve personelin iyi giyimli ve temiz görünümlü olması maddeleri olması ise hastaneden hizmet alan hastaların beklentilerinde fiziksel boyutun diğer boyutlara göre geri planda olduğunun göstergesi sayılabilir.

Kalite algısı ile ilgili sorulara verilen cevap puanların ortalaması incelendiğinde en yüksek algı düzeyine 4,04 puan ile hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir (soru1) maddesinin sahip olduğu ve bunu 4,01 puan ile hastanede hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulur (soru5) maddesinin takip ettiği görülmüştür. En düşük algı düzeyine ise 3,78 puan ile hastanede muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevular gecikmez (soru10) ve hastanede hastaların menfaati her zaman her şeyin üstünde tutulur (soru16) maddelerinin sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, hastanenin modern cihaz ve ekipmanlara sahip olduğu aynı zamanda hasta kayıtlarını hatasız şekilde tutarak, hasta kayıtları hususunda titiz ve özenli davrandığını gösterirken; hastanede muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevularda gecikmeler meydana geldiği ve hastaların menfaatinin ön planda tutulması hususunda diğer maddelere kıyasla daha düşük kalite algısının oluştuğu belirlenmiştir.

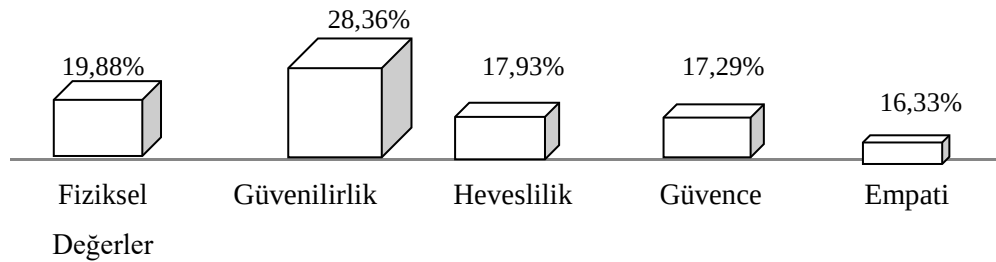
Bahse konu 22 soru için hesaplanan Servqual puanları incelendiğinde en büyük farkın -0,99 puan ile hizmet aldığınız hastanede muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevular gecikmez (soru10) ve hizmet aldığınız hastane tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterir (soru22) maddeleri olduğu görülmektedir. Bu durum, hastanede hizmet kalitesi açısından en düşük kalite düzeyinin bu ifadelerle ait olduğunu ve -0,99’luk fark ile algıların beklentiyi karşılayamadığını göstermektedir. En küçük farkın ise -0,67 puan ile hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir

(soru1)” ifadesinde olduğu görülmektedir. Aynı ayrı 22 ifade için bakılarak, kalite algı ve beklenti puanları arasındaki hesaplanan puan farkı incelendiğinde sorun teşkil edecek çok büyük bir farkın oluşmadığı ancak hastaların beklentilerinin tümüyle de karşılanmadığı neticesine ulaşılabilir.

Boyutlar bazında hesaplanan Servqual puanlar incelendiğinde; en büyük boşluğun -0,932 puan ile Heveslilik boyutunda olduğu, en küçük farkın ise -0,735 puan ile fiziksel boyutunda olduğu görülmektedir. Dolayısı ile algılanan hizmet kalitesinin en düşük olduğu boyut Heveslilik boyutuyken algılanan hizmet kalitesinin en yüksek olduğu boyuttun Fiziksel boyut olduğu saptanmıştır. Fiziksel boyutunu sırasıyla -0,870 puan ile Güvenilirlik boyutu, -0,875 puan ile Güven boyutu ve -0,9 puan ile Empati boyutunun takip ettiği görülmektedir. Yalnızca boyutlar bazında Servqual Puanları değerlendirilmeye alınırsa hastanenin öncelikle Heveslilik boyutu kapsamında iyileştirmeler yapması gerekliliği söylenebilir.

Sorular bazında servqual puanların hesaplandıktan sonra ilgili boyuta ait soruların puanları toplanarak boyuta ait soru sayısına bölünmüş ve boyutlar bazında servqual puanlar hesaplanmıştır. Boyutlar bazında Servqual Puanlarının hesaplanması sonrasında her bir boyut için hesaplanan Servqual Puanlar toplanmış ve boyut sayısına bölünerek hastaneye ait genel (eşit ağırlıklı servqual puanı) bir Servqual Puanı -0,862 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan bu Servqual skoru yani kalite puanının iyi derecede olduğu söylenebilir.

Boyutlara ait beklenti önceliklerine verilen puanlarının incelenmesi neticesinde müşteriler tarafından en fazla önem verilen boyutun güvenilirlik boyutu olduğu, en az ağırlık verilen boyut ise empati boyutu olduğu ortaya çıkmıştır. Şekil 4.3’de boyutların beklenti önceliklerine göre ağırlıkları grafikte gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Hizmet Kalitesi Boyutlarının Önem Derecelerine Göre Ağırlıkları

4.9.5. Hipotez Testleri

Verilerin dağılım normali testi SPSS Programı kullanılarak yapılmıştır. One-sample Kolmogorov Smirnov testi normal dağılım için uygulanan testlerdendir ve bu test sonuçlarının 0,05'den küçük çıkması, yani anlamlı olması veri setinin normal dağılım göstermediği anlamını taşırken, test sonuçlarının 0,05'den büyük çıkması veri setinin normal dağılım gösterdiği anlamını taşımaktadır.(Eymen,2007). Tablo 4.12'de sunulan Kolmogorov- Smirnov Testi sonuçları incelendiğinde verilerin parametrik dağılıma uymadığı (test değeri= $0.000 \leq \alpha=0.05$ olduğu) görülmektedir. Bu nedenle ikili değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U Testi, çoklu değişkenlerin analizinde Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır.

H1: Algılanan hizmet kalitesi hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Anketi cevaplayan	Öge Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	z	p
Hasta	326	249,90	-0,543	0,587
Hasta yakını	178	257,26		
Toplam	504			

Tablo 4.14. Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta ve Hasta Yakınına Göre Anlamlılığı

Anketi cevaplayana göre algılanan hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Mann-Whitney U testi uygulanarak sonucu Tablo 4.14'de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p=0,587 \geq \alpha=0,05$ olduğundan H1 hipotezi yani algılanan hizmet kalitesi hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi reddedilmiştir. Anketi cevaplayan ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H2: Anketi cevaplayanların hasta ve hasta yakını olma durumu ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

Boyutlar	Anketi cevaplayan	Öge Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	z	p
Fiziksel Görünüm	Hasta	326	247,43	-1,066	0,287
	Hasta yakını	178	261,78		
	Toplam	504			
Güvenilirlik	Hasta	326	253,54	-0,218	0,827
	Hasta yakını	178	250,59		
	Toplam	504			
Heveslilik	Hasta	326	250,63	-0,391	0,696
	Hasta yakını	178	255,92		
	Toplam	504			
Güven	Hasta	326	244,96	-1,581	0,114
	Hasta yakını	178	266,30		
	Toplam	504			
Empati	Hasta	326	248,83	-0,769	0,442
	Hasta yakını	178	259,23		
	Toplam	504			

Tablo 4.15. Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta ve Hasta Yakınına Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı

Anketi cevaplayana göre algılanan hizmet kalitesinde boyutlar bazında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Mann-Whitney U testi uygulanarak sonucu Tablo 4.15’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değerleri $p \geq \alpha=0,05$ olduğundan H2 hipotezi reddedilmiştir. Hizmet kalitesi boyutları yönünden incelendiğinde, anketi cevaplayan ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H3: Algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Cinsiyet	Öğ̈e Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	z	p
Kadın	219	253,70	-0,163	0,871
Erkek	285	251,58		
Toplam	504			

Tablo 4.16. Algılanan Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Anlamlılığı

Cinsiyete göre algılanan hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Mann-Whitney U testi uygulanarak sonucu Tablo 4.16'da gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p=0,871 \geq \alpha=0,05$ olduğundan H3 hipotezi yani algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi reddedilmiştir. Cinsiyete ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H4: Cinsiyete ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

Boyutlar	Cinsiyet	Öğ Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	z	p
Fiziksel Görünüm	Kadın	219	253,11	-,084	0,933
	Erkek	285	252,03		
	Total	504			
Güvenilirlik	Kadın	219	256,41	-0,531	0,596
	Erkek	285	249,49		
	Total	504			
Heveslilik	Kadın	219	252,28	-0,030	0,976
	Erkek	285	252,67		
	Total	504			
Güven	Kadın	219	259,70	-0,978	0,328
	Erkek	285	246,97		
	Total	504			
Empati	Kadın	219	254,03	-0,208	0,835
	Erkek	285	251,32		
	Total	504			

Tablo 4.17. Algılanan Hizmet Kalitesinin Cinsiyete Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı

Cinsiyete göre algılanan hizmet kalitesinde boyutlar bazında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Mann-Whitney U testi uygulanarak sonucu Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değerleri $p \geq \alpha=0,05$ olduğundan H4 hipotezi yani cinsiyete ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır hipotezi reddedilmiştir. Hizmet kalitesi boyutları yönünden incelendiğinde, cinsiyet ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H5: Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Yaş	Öğesi Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	Ki Kare	p
18-25 yaş	128	285,52	13,287	0,039
26-30 yaş	94	257,86		
31-35 yaş	80	222,60		
36-40 yaş	73	222,56		
41-45 yaş	78	249,65		
51-60 yaş	39	257,00		
61 yaş üstü	12	243,63		
Toplam	504			

Tablo 4.18. Algılanan Hizmet Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Anlamlılığı

Yaş grubuna göre algılanan hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.18’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p=0,039 \leq \alpha=0,05$ olduğundan H5 hipotezi yani Algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi kabul edilmiştir. Yaş grupları ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H6: Yaş grubu ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

Boyutlar	Fiziksel Görünüm	Güvenilirlik	Heves	Güven	Empati
Ki kare	3,205	8,338	13,000	9,533	25,019
p	0,783	0,214	0,043	0,146	0,000

Tablo 4.19. Algılanan Hizmet Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı

Yaş gruplarına göre algılanan hizmet kalitesinde boyutlar bazında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.19’da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde boyut1, boyut2 ve boyut4 için anlamlılık değerleri $p \geq \alpha=0,05$ iken boyut3 ve boyut5 için anlamlılık değerleri $p \leq \alpha=0,05$ olduğu görülmektedir. Boyut1 (fiziksel özellikler), boyut2 (güvenilirlik) ve boyut4 (güven) açısından bakıldığında H6 hipotezinin reddedildiği yani algılanan hizmet kalitesinin yaş grubuna göre farklılık göstermediği söylenebilir iken boyut3 (heveslilik) ve boyut5 (empati) açısından bakıldığında H6 hipotezinin kabul edildiği yani algılanan hizmet kalitesinin yaş grubuna göre farklılık gösterdiği sonucuna varılabilir.

H7: Algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Eğitim düzeyi	Öğe Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	Ki Kare	p
Okur-Yazarlık Yok	18	223,00	6,969	0,138
İlköğretim	105	246,48		
Lise	201	238,73		
Üniversite	156	276,24		
Yüksek Lisans/Doktora	24	262,02		
Toplam	504			

Tablo 4.20. Algılanan Hizmet Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Anlamlılığı

Eğitim düzeyine göre algılanan hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.20’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p=0,138 \geq \alpha=0,05$ olduğundan H7 hipotezi yani algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi reddedilmiştir. Eğitim düzeyi ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H8: Eğitim düzeyi ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

Boyutlar	Fiziksel Görünüm	Güvenilirlik	Heves	Güven	Empati
Ki kare	9,384	7,797	5,719	4,246	5,144
p	0,052	0,099	0,221	0,374	0,273

Tablo 4.21. Algılanan Hizmet Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı

Eğitim düzeyine göre algılanan hizmet kalitesinde kalite boyutları bazında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.21’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p \geq \alpha=0,05$ olduğundan H8 hipotezi yani eğitim düzeyi ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır hipotezi reddedilmiştir. Hizmet kalitesi boyutları yönünden incelendiğinde, eğitim düzeyi ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H9: Algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye faktörüne göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Sosyal güvence	Öge Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	Ki Kare	p
Sgk	377	254,71	0,667	0,716
Yeşil Kart	67	239,00		
Özel Sigorta	60	253,68		
Toplam	504			

Tablo 4.22. Algılanan Hizmet Kalitesinin Sosyal Güvenceye Göre Anlamlılığı

Sosyal güvenceye göre algılanan hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.22’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p=0,716 \geq \alpha=0,05$ olduğundan H9 hipotezi yani algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye faktörüne göre anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi reddedilmiştir. Sosyal güvence ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H10: Sosyal Güvence ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

Boyutlar	Fiziksel Görünüm	Güvenilirlik	Heves	Güven	Empati
Ki kare	1,933	0,408	1,690	0,126	0,592
p	0,380	0,815	0,430	0,939	0,744

Tablo 4.23. Algılanan Hizmet Kalitesinin Sosyal Güvenceye Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı

Sosyal güvenceye göre algılanan hizmet kalitesinde kalite boyutları bazında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.23’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p \geq \alpha=0,05$ olduğundan H10 hipotezi yani sosyal güvence ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır hipotezi reddedilmiştir. Hizmet kalitesi boyutları yönünden incelendiğinde, sosyal güvence ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H11: Algılanan hizmet kalitesi aylık gelire göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Aylık gelir	Öğe Sayısı (N)	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	Ki Kare	p
1000 TL ve altı	51	245,75	8,626	0,125
1001-1500 TL	55	271,30		
1501-2000 TL	38	252,62		
2001-2500 TL	69	290,76		
2501-3000 TL	138	231,92		
3001 TL ve üstü	153	249,26		
Toplam	504			

Tablo 4.24. Algılanan Hizmet Kalitesinin Aylık Gelire Göre Anlamlılığı

Aylık gelire göre algılanan hizmet kalitesinde fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.24’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değeri $p=0,125 \geq \alpha=0,05$ olduğundan H11 hipotezi yani Algılanan hizmet kalitesi aylık gelire göre anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi reddedilmiştir. Aylık gelir ile hizmet kalitesi algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H12: Aylık gelir ile algılanan hizmet kalitesi arasında kalite boyutları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık vardır.

Boyutlar	Fiziksel Görünüm	Güvenilirlik	Heves	Güven	Empati
Ki kare	11,707	6,089	8,554	8,834	14,654
p	0,039	0,298	0,128	0,116	0,012

Tablo 4.25. Algılanan Hizmet Kalitesinin Aylık Gelire Göre Boyutlar Bazında Anlamlılığı

Aylık gelire göre algılanan hizmet kalitesinde boyutlar bazında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis H testi uygulanarak sonucu Tablo 4.25’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde boyut2, boyut3 ve boyut4 için anlamlılık değerleri $p \geq \alpha=0,05$ iken boyut1 ve boyut5 için anlamlılık değerleri $p \leq \alpha=0,05$ olduğu görülmektedir. Boyut2 (güvenilirlik), boyut3 (heveslilik) ve boyut4 (güven) açısından bakıldığında H12 hipotezinin reddedildiği yani algılanan hizmet kalitesinin aylık gelir durumuna göre farklılık göstermediği söylenebilir iken boyut1 (fiziksel özellikler) ve boyut5 (empati) açısından bakıldığında H12 hipotezinin kabul edildiği yani algılanan hizmet kalitesinin aylık gelir durumuna göre farklılık gösterdiği sonucuna varılabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ve bu araştırmada da faydalanılan Servqual metodu kalitenin somut bir biçimde ölçülmesinde bütün dünyada kullanılan, birçok hizmet sektörü ve hizmet işletmeleri uygulanan bir yöntemdir.

Bu metot bir hizmet işletmesinde hizmet kalitesi açısından olması gereken durum ile müşteriler tarafından algılan mevcut durumun sayısal olarak karşılaştırılması temel mantığını esas alır. Bu gaye ile hastaneden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarına hizmet kalitesi boyutlarını çerçevesinde sorular sorulmakta ve sorulara verilen cevaplara puan verilerek somut bir şekle getirilmektedir.

Hizmet kalitesinin iyileştirilebilmesi için öncelikle mevcut durum tespit edilmesi zorunludur. Mevcut durumun tespiti ise ancak hastaneden hizmet alan bireylerin sunulan hizmeti değerlendirmesi ile mümkün olabilir. Bu durum hastaneye hizmet kalitesini iyileştirme çalışmalarına nereden başlaması gerektiğini gösterir. Dolayısı ile bu tez çalışması, bahse konu hastanenin hizmet kalitesi iyileştirme çalışmalarına yön verilmesi ve dikkat edilmesi gereken noktaların tespiti açısından önemlidir.

Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi ile örneklem seçimi yapılarak toplamda 504 kişiye anket yüz yüze uygulanmıştır. Anket uygulanan kişilerin çoğunluğunun lise ve üzeri eğitim durumunda olması anketin hastalar üzerinde uygulanabilirliğini kolaylaştırmış ve sonuçların güvenilirliğini daha fazla artırmıştır. Anketten elde edilen veriler sonuçların inceleneceği SPSS 21 programına girilmiştir. Anketin güvenilirliği test edilmiş ve yapılan güvenilirlik analizi neticesinin güvenilir olarak çıkması sonrasında tüm anketin değerlendirilmesi ve boyutlar bazında değerlendirmeler yapılmıştır.

Elazığ ilinde hizmet veren Fethi Sekin Şehir Hastanesinde sunulan hizmetin kalitesini ölçmeyi hedefleyen bu tez çalışmasında, uygulama sonucu elde edilen veriler analiz edilerek Servqual puanları hesaplanmış ve sunulan hizmetlere verilen bu puanların hastaneden hizmet alan bireylerin demografik özellikleri ile ilişkileri incelenmiştir.

Fethi Sekin Şehir Hastanesinden hizmet alan müşterilerin en fazla önem verdiği boyutlar sırasıyla güvenilirlik, fiziksel değerler, heveslilik, güvence ve empatidir.

Kalite beklentisi sorularına verilen cevaplara bakıldığında hastaneden hizmet alan bireylerin eşit ilgi, alaka ve duyarlılık beklentisinin ön planda olduğu görülmektedir. En düşük beklenti düzeyine sahip olan boyutun fiziksel boyut olduğu, modern cihaz ve ekipmanlara sahip olunması ve personelin iyi giyimli ve temiz görünümlü olması konusunda müşterilerin beklentilerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Kalite algısı sorularına verilen cevaplara bakıldığında en yüksek algı düzeyi hastanenin modern cihaz ve ekipmanlara sahip olması olduğu ve bunu hastanede hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulmasının izlediği görülmüştür. En düşük algı düzeyinin ise hastanede muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevular gecikmesi ve hastanede hastaların menfaati her zaman her şeyin üstünde tutulması hususlarında olduğu görülmüştür. Bu durum, hastanenin modern cihaz ve ekipmanlara sahip olduğu aynı zamanda hasta kayıtlarını hatasız şekilde tutarak, hasta kayıtları hususunda titiz ve özenli davrandığını gösterirken; hastanede muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevularda gecikmeler meydana geldiği ve hastaların menfaatinin ön planda tutulması hususunda diğer maddelere kıyasla daha düşük kalite algısının olduğu dolayısı ile hastanenin hizmet sağladığı bireylere onların menfaatlerinin her şeyin üzerinde tutulacağını hissettirme konusunda yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Boyutlar bazında hesaplanan Servqual puanlar incelendiğinde; en büyük boşluğun -0,932 puan ile heveslilik boyutunda olduğu, en küçük farkın ise -0,735 puan ile fiziksel boyutunda olduğu görülmektedir. Dolayısı ile algılanan hizmet kalitesinin en düşük olduğu boyut heveslilik boyutuyken algılanan hizmet kalitesinin en yüksek olduğu boyuttun Fiziksel boyut olduğu saptanmıştır. Fiziksel boyutunu sırasıyla -0,870 puan ile Güvenilirlik boyutu, -0,875 puan ile Güven boyutu ve -0,9 puan ile Empati boyutunun takip ettiği görülmektedir. Yalnızca boyutlar bazında Servqual Puanları değerlendirilmeye alınırsa hastanenin öncelikle heveslilik boyutu kapsamında iyileştirmeler yapması gerekliliği söylenebilir.

Ayrıca Hastanede muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevularda gecikmeler olduğu ve hizmet kalitesini arttırmak için bu durumu düzeltmesi gerektiği, hastaneden hizmet alan bireylerde tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterildiği algısının hâkim olmadığı bu konuda iyileştirme yapılması gerektiği görülmüştür.

İlave olarak hastanenin modern cihaz ve ekipmanlara sahip olduğu kalite algı ve beklenti puanları arasındaki hesaplanan puan farkı incelendiğinde sorun teşkil edecek çok büyük bir farkın oluşmadığı ancak hastaların beklentilerinin tümüyle de karşılanmadığı ve hizmet kalitesini arttırmak için bu durumun düzeltilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hipotez testlerinin sonuçları incelendiğinde ise hasta ya da hasta yakını olma durumu, cinsiyet, sosyal güvence, eğitim düzeyi ve aylık gelir ile algılanan hizmet kalitesi arasında bir fark görülmemiş; bununla birlikte algılanan hizmet kalitesi yaş grubuna göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Orta yaş ve orta yaş altındaki katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi yüksek; orta yaş üstü katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi daha düşük çıkmıştır. Orta yaş üstü hastalara göre diğer katılımcıların alınan benzer hizmetlerle daha fazla kıyaslama yapmaları ve mevcut hizmeti daha dikkatli bir gözle incelemelerinin bu sonuca sebebiyet verdiği söylenebilir.

Servqual ölçeği kullanarak hastanelerde hizmet kalitesi ölçen (Doğan,2019) ve (Karşı,2019)'un araştırmalarında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, aylık gelire göre algılanan hizmet kalitesi anlamlı bir farklılık göstermez sonucuna ulaşılmış iken, bu çalışmada boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi incelendiğinde cinsiyet ve eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermediği ancak yaş grubuna ve aylık gelire göre algılanan hizmet kalitesinin boyutlar bazında incelendiğinde farklı sonuçlar ortaya çıktığı görülmüştür. Yaş grubuna göre algılanan hizmet kalitesi fiziksel, güvenilirlik ve güven boyutu için anlamlı bir farklılık göstermez iken heveslilik ve empati boyutu için anlamlı bir farklılık gösterir. Aylık gelire göre algılanan hizmet kalitesi güvenilirlik, heveslilik ve güven boyutu için anlamlı bir farklılık göstermez iken fiziksel ve empati boyutu için anlamlı bir farklılık gösterir.

Bu sonuçlar ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

Hastanenin fiziksel alanlarının temizlik ve hijyeni iyi seviyededir ancak yeterli değildir. Fiziksel alanların (oda, koridor, tuvaletler, vb.) temizliği konusunda daha hassas davranılmalıdır.

Hastane binası modern görünüme sahip, mobilya, aydınlatma gibi hususlarda iyi seviyededir. Teknolojik cihaz ve ekipmanlara sahiptir. Ancak bunların bakımı ve idamesi hususuna daha fazla önem verilmelidir.

Hastaneden faydalanan hasta ve hasta yakınlarının büyük çoğunluğu bekleme salonlarını kullanmaktadır. Hastanenin ek hizmet alanları (bekleme salonları, vb.) kullanışlıdır ancak bekleme salonlarının sayısının artırılması faydalı olacaktır.

Çalışanlar bilgi ve nezaketleri ile hastalarda güven duygusu uyandırmalıdır. Hastaneden faydalananların güven duygusu yüksek seviyede olduğunda algılanan hizmet kalitesi de yükselecektir. Hastalara karşı daima saygılı ve nazik olunmalıdır. Çalışanların hastalar ile iletişim konusundan kurslara tabi tutulması faydalı olacaktır.

Hastaneden faydalananların öneri ve şikayetlerini iletebilmeleri için öneri ve şikâyet kutuları hastane koridorlarında ve danışmada mevcuttur. Bildirdikleri öneri ve şikayetlerin sonuçları ile ilgili hastalara geri dönüş yapacak bir sistemin kurulması, hizmet kalitesini algısının yükselmesine fayda sağlayacaktır.

Sonuç olarak, beklentileri karşılama hususunda başarılı olan Fethi Sekin Şehir Hastanesinin profesyonel kalite ekibi tarafından şimdiye kadar yaptıkları kalite çalışmalarına ara vermeden devam etmesi, yapılan çalışma neticesinde ortaya çıkan sonuçlar ışığında, belirtilen noktalarda hizmet kalitesinde iyileştirmeler yapması ve ilerleyen dönemlerde tekrar hizmet kalitesi ölçümü yaptırarak gelişimi takip etmesi tavsiye edilmektedir.

Mevcut çalışma ve benzeri çalışmalar, daha kaliteli ve özverili sağlık hizmeti sunumu ile memnuniyet derecesi çok daha yüksek hasta ve hasta yakınlarını beraberinde getirecek ve dolayısıyla hem bireysel hem toplumsal bir fayda sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Akdağ, R. (2007). *Sağlık Hizmetleri Anlayışında Değişim: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli. Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Ankara:Asil Yayınları.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu: Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdağ, R. (2011a). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdağ, R. (2011b). *Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi*, Ankara:T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu (Genişletilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı)*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aksoy, B. (2007). *Bir Meslek Örgütünün Kurumsal Değişimdeki Yeri: Türkiye Sağlık Alanı Örneği*, (Doktora Tezi), Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Ankara.
- Altan, Ş., Ata M., Ediz A. (2003). “Servqual Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama”, 12.Ulusal Kalite Kongresi, KalDer- Türkiye Kalite Derneği Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı,7.
- Altan, Ş., Atan M., Bozdağ N., (2003). “Hizmet Sektöründe Toplam Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi ile Ölçümü ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama”, VI.Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu 29-30 Mayıs, Ankara
- Ardıç Kadir, Güler A. (2000). “Reklamlarda Vurgulanan Ürün ve Hizmet Kalite Boyutlarının Belirlenmesi ve Bir Uygulama”, *Pazarlama Dünyası*, sayı (4), 20.
- Ardıç, K. (1998). *İç Müşteri Tatmini ile Hizmet Kalitesi İlişkisinin Ölçülmesi Bir Mağaza Zincirinde Uygulama*, (Doktora Tezi), Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Sakarya.
- Ataay, F. (2008). “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (3), 169- 184.
- Ay Akça, Fatma. (2008). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*, İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- Aydın, E. (2002). “Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetler”, *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 31(3), 183-192.

- Aydın, K. (2005). “Hizmet İşletmelerinde Servqual Yöntemi ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli'ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması”, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayını*, No (592), Sosyal Siyaset Konferansları 50.Kitap, İstanbul, 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*, Cilt (1), Sayı (2),40-41
- Baloğlu, B. (2006). *Sağlık ve Hastalık* (1. Baskı). İstanbul: Der Yayınları.
- Başanbaş, Ş. (2012). “Algılanan Kalite, Tatmin ve Bağlılık İlişkisi Üzerine Otomotiv Yan Sanayiinde Bir Araştırma”, *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, Sayı (10), 18.
- Baştürk,S.(2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Sinop: Vize Yayıncılık.
- Baydaş, A., Gökdeniz, İ, Erdal, B. (2008). *Hizmet Sektörünün Gelişimi ve Önemi Hizmet Pazarlaması ve Hizmet Kalitesi*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Bayrak, B, (2007). *Yükseköğretim Kurumlarından Beklenen Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma*, (Doktora Tezi), Marmara Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi* (3. Baskı), İstanbul:Yazılama Yayınevi.
- Birol, L. (2000). *Hemşirelik Süreci* (4. Baskı). İzmir, Bozyaka Matbaası,15-17.
- Bulgan, U., Gürdal, G. (2005). “Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi?” *ÜNAK05 Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması*, Kadir Has Üniversitesi (Cibali Merkez Kampüsü) İstanbul,241-242
- Can, P. (2016). Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Ölçülmesi: Uşak Üniversitesi Merkez Kütüphanesi Üzerine Bir Araştırma, *Karabük Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt (6), Sayı (1), 63-66
- Ciğerim, E. (2005). *Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi: Hizmet Sağlayıcıların Performansını Etkileyen Faktörler ve Görece Etkilerini Ortaya Çıkarmaya Yönelik Bir Uygulama*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Cowell, D. (1998). *The Marketing of Services*, Oxford, 14- 21.
- Çavuş, F.M., Gemici, E. (2013). “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi”, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Sayı (1), 238-257
- Çelikay, F., Gümüş, E. (2009). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 179-208.

- Çevik, H. (2013). *Beş Yıldızlı Otellerde Düzenlenen Rekreatif Animasyon Etkinliklerinin Hizmet Kalitesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Çiftçi, A.G. (2006). *Hizmet Kalitesi ve Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Dalgıç, Ali. (2013). *Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler Antalya’da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama*, (Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Danacı, Burçin. (2010). *Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması*, (Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Değermen, H.A. (2006). *Hizmet Ürünlerinde Kalite Müşteri Tatmini ve Sadakati*, İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Dinçer, Ö. (1996). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, İstanbul: Beta Yayınları.
- Doğan,Caner (2019). *Servqual Modeli Kullanarak Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçülmesi Balıkesir Üniversite Hastanesinde Bir Uygulama*, (Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Donedebian, A., (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Michigan,5-6.
- Dotchin, John A., Oakland John S. (1994). *Total Quality Management in Service: Part1 Understanding and Classifying Services*, 15.
- Durukan, B. ve İkiz, A. K. (2007). “Denetim Kalitesi, Kalite ve Hizmet Kalitesine İlişkin Modeller: Kavramsal Çerçeve”, *Mali Çözüm Dergisi*, Sayı(82), 29-56.
- Eleren, A., Kılıç, B. (2009). “Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Literatür Araştırması”, *Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt (1), 91-118.
- Eren, T. U. (1998). “Hastanelerde Etkinlik Kalite Yönetimine Uygun Olarak Artar”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt (2), Sayı (8,37).
- Ertürk, M. (2011). *Türkiye’deki Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*, (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara.
- Ertürk, M. (2011). *Türkiye’deki Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*, (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Eymen, U.E. (2007). *Veri Analiz Yöntemleri*, Ankara: İstatistik Merkezi Yayınları.

Filiz, Z., Yılmaz, V., Yağız, C. (2010). Belediyelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi ile Ölçümü: Eskişehir Belediyelerinde Bir Uygulama, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt (10), Sayı (3), 61-63.

Gilmore, A. (2003). *Services Marketing and Management*, Sage Publications, 3.

Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*, 2nd Edition, John Wiley & Sons, 43-47.

Gustafsson, M. and Larsson, J. (1997). *Service Quality in Higher Education: An Empirical Study at The Jönköping International Business School*, Master Thesis in Business Administration, Jönköping University, Jönköping, 11.

Gürbüz, E., Ergülen, A. (2006). “Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Grönroos Modeli Üzerine Bir Araştırma”, *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, Sayı (35), 173-190.

Gürbüz, E., Büyükkeklik, Arzum, Avcılar, Mutlu, Yüksel, Toksarı, Murat, (2008) “Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin ve Davranışsal Niyet Üzerine Etkisi, Niğde İlindeki Süpermarketler Üzerine Ampirik Bir Çalışma”, *Ege Akademik Bakış*, Sayı (2), 785-812.

Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* (1. Baskı), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Hayran, O., ve Sur, H. (1997), *Hastane Yöneticiliği*, İstanbul: Nobel Kitabevi.

Heizer, J. ve Render, B. (2011). *Operations Management*, Pearson, Tenth Ed., New Jersey, 52.

Hoffman, K.D. ve Bateson, J.E.G. (2011). *Services Marketing, Concepts, Strategies, Cases, Cengage Learning*, Nelson Education, Ltd., U.S.A., 3.

İnan, H. (2010). *Hizmet Pazarlaması*, Adana: Nobel Kitabevi.

İnternet: <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 05.03.2020

İnternet: <http://www.who.int>, Erişim Tarihi: 01.04.2020

İnternet: <https://www.resmigazete.gov.tr>, Erişim Tarihi: 02.05.2020

İnternet: Aktan, C., Işık, K. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. <http://www.canakan.org.tr/>, Erişim Tarihi: 09.10.2020

İnternet: Fişek, N. (2009). Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap, Erişim Tarihi: 05.08.2020

İnternet: <http://www.tdk.gov.tr>, Erişim Tarihi: 01.05.202

İnternet: Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. <http://www.ttb.org.tr>, Erişim Tarihi: 04.07.2020

- İslamoğlu, A. H., Candan, B., Hacıfendioğlu Ş. ve Aydın, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta Yayınları.
- İslamoğlu, H., Candan, B., Hacıfendioğlu, Ş. Aydın, K. (2001). *Hizmet Pazarlaması* (2. Baskı), İstanbul: Beta Basım.
- Jain, Sanjay K., Gupta, Garima(2004), “Measuring Service Quality: SERVQAUL Vs. SERVPERF Scales”, VIKALPA, Vol(29), No(2), April-June.
- Karahan, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması* (2. Baskı), İstanbul: Beta Basım.
- Karşı,M.G. (2019) *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçüm Yöntemlerinin Değerlendirilmesi Ve Bir Hastane Uygulaması*, (Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi,Fen Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (2. Baskı) Ankara: Siyasal Yayın.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Ankara: Pelikan Yayınları.
- Kayral, İ. H. (2015). *Beklenen-Gerçekleşen-Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Kayral, İbrahim H. (2015). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli” *Verimlilik Dergisi* ,65-81
- Kocatürk, E.B. (2017). *Algılanan Kaliteye İlişkin Literatür Taraması ve Algılanan Kalitenin Artırılmasına Yönelik Öneriler*, İstanbul.
- Kotler, P. ve Armstrong, G. (2011). *Principles of Marketing*. Pearson Prentice Hall, *International Edition*, 14th Edition, New Jersey,298.
- Kotler, P., Armstrong, G., Saunders, J. ve Wong, V. (1999). *Principles of Marketing. Second European Edition*, Prentice Hall Europe,651.
- Kozak, N., Özel, Ç., Yüncü, D. (2011). *Hizmet Pazarlaması*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Larson, James S ve MULLER, Andreas (2002). “Managing the Quality of Health Care”, *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol(25) Issue (3), 278.
- Lovelock, C. and Wirtz, J. (2007). *Services Marketing, People, Technology, Strategy*. Prentice Hall, New Jersey, 99.
- Lovelock, C., H. , (1996). *Service Marketing*, Prentice Hall,28.

- Lovelock, C.H., Vandermerwe, S., Lewis, B., Fernie, S. (2004). *Services Marketing*, Prentice Hall Inc., U.K., 1.
- Maxwell, R.J. (1992). “Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action”, *Quality in Health Care*, Volume (1), No(3), 171-177.
- Merter, M.E. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi* (1. Basım), Ankara: Atlas Yayın.
- Meydan, Larousse. (1992). “Sağlık İçinde”, Cilt (17), İstanbul,193.
- Morgan, Colin ve Murgatroyd Stephen. (1994).*Total Quality Management in Public Sector*
- Mudie, P. ve Pirrie, A. (2006). *Services Marketing Management*, Elsevier Ltd., U.K, 3-5
- Murat, G. ve Çelik, N. (2007). “Analitik Hiyerarşi Süreci Yönetimi ve Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Değerlendirme Bartın Örneği”, *Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:(3), Sayı:6, 1-20.
- Odabaşı, Y. (2010). *Müşteri İlişkileri Yönetimi*, İstanbul.
- Oluç, Mehmet, (1998). “Ürün Politikaları”, *Pazarlama Dünyası Dergisi*, İstanbul, Sayı (28), 3–14.
- Önal, O. (2003). *Hastanelerde ISO Kalite Güvence Sistemi Çalışmaları ve Eskişehir İli, SSK, Devlet Doğumevi ve Üniversite Hastanelerinde ISO 9001 Uygulama Sonuçlarının Karşılaştırılması*, (Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya
- Örs, H. (2007). *Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Özer, L., Küpeli T.Ş, Yaylacı A. (2016). *Hizmet Pazarlaması Güncel Konular ve Yaklaşımlar*,Ankara: Detay Yayıncılık.
- Özer, P., Özdemir, P. (2007). *Hizmet Kavramı, Ekonomideki Yeri, Tanımı ve Özellikleri*, Ankara: Detay Yayınevi.
- Öznlbant, Z. (2010). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama*, (Yüksek Lisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Özsağır, A. ve Akın, A. (2012). “Hizmetler Sektörü İçinde Hizmet Ticaretinin Yeri ve Karşılaştırmalı Bir Analizi”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt (11), Sayı (41), 312.
- Özsoy, E.A. (2013). “Hizmet Sektöründe Kalitenin Önemi”, *Kalite Yönetim Sistemleri, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları*, Eskişehir, 196
- Öztürk, A. (2010). *Hizmet Pazarlaması*, Bursa: Ekin Yayınevi.

- Öztürk, S. A. (2002). *Hizmet Pazarlaması*, Eskişehir: Birlik Ofset.
- Öztürk, S. A. (2013). *Hizmet Pazarlaması*, Bursa: Ekin Yayınevi.
- Öztürk, S.A. (2007). *Hizmet Pazarlaması*, Bursa: Ekin Yayınevi.
- Öztürk, Sevgi, (1998). *Hizmet Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1998, 147.
- Pala, K. (2008). “Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi”, *Topum ve Hekim Dergisi*, 23(2), 117-124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1985). “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1988). “Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”, *Journal of Retailing*, 16.
- Ramsaran, Fowdar R. (2005). “Identifying Health Care Quality Attributes”, *Journal of Health & Human Services Administration*, Vol. 27 Issue 4, 428.
- Saat, Mesiha. (1999). “Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı olarak Servqual Analiz”, *G.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt (3), 107-118
- Sağlık Bakanlığı (2008). *Sağlıkta Dönüşüm, Performans Toplantıları-2*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sargutan, A. E. (2004). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Ankara.
- Sarıışık ve Güven (2014) “Konaklama Hizmetlerinde Davranışsal Niyeti Etkileyen Hizmet Kalitesi Boyutları”, *İşletme Bilimi Dergisi*, Cilt (2), 2.
- Sarvan, Fulya ve BERK, Oğuz (1995). “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, *İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt (24), 2.
- Serbest, G. N. (2006), *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi), Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Seyran, D. (2004), *Hizmet Kalitesi*, İstanbul: Kalder Yayınları
- Seyran, D. (2004). *Hizmet Kalitesi Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı*. İstanbul: KalDer Yayınları.
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*, Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları, 12.
- Sözen, C. (2003). *Sağlık Yönetimi*, Ankara: Palme Yayıncılık.

- Şimşek, M. (2007). *Toplam kalite yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları
- T.C Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, (İGB), (2004), *Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik*, Ankara, 17.
- Taş, D. (2012). Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 79-102,
- Tatarlı, N. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*, (Yüksek Lisans Tezi), Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Bolu.
- Tenekecioğlu, B., Tokol, T., Çalık, N., Karalar, R., Timur, N. ve Öztürk, S. (2004). *Pazarlama Yönetimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akpolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (2. Baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akpolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel yayıncılık.
- Turner, O. and Sharon L., Douglas E., Snipes, Rl., Butler, D. (1998). "Quality Determinants And Hospital Satisfaction, Marketing Health Services", March 1, Vol(18), Issue(1),1094-1304.
- Ulutaş, Ç. (2011). *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Ankara.
- Unutulmaz, O. (1992). *Hizmet Pazarlamasında Kalite*, Ankara:Turizm Bakanlığı Yayınları.
- Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım*, İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- Vargo, S. Ve Lusch, R. (2004). "The Four Service Marketing Myths Remnants of a Goods-Based, Manufacturing Model", *Journal Of Service Research*, V(6), No(4), 324-335.
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul.
- Yaylalı, M., Kaynak, S., ve Karaca, Z. (2012). "Sağlık Hizmetleri Talebi Erzurum İlinde Bir Araştırma", *Ege Akademik Bakış Dergisi*, Cilt (12), Sayı (4), 563-573.
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, İstanbul: İTO Yayınları.
- Young, L. ve Burgess, B. (2010). *Marketing Technology as a Service, Proven Techniques That Create Value*, John Wiley and Sons, U.K., 2.

Yumuşak, N.U. (2006). *Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler: Uşak Ticaret ve Sanayi Odası Uygulaması*, (Yüksek Lisans Tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Zeithaml, Valaire A., Bitner, M. J. (2000). *Service Marketing*. New York: McGraw Hill, Second Edition, 2-34.

Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1985). *A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implication For Future Research (SERVQUAL)*. Journal Of Marketing, 41-50.

Zerenler, M., Ögüt, A. (2007). “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı(18), 501-519.





EKLER

EK-I Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Üretim Yönetimi Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezine konu olacak bu çalışma, Elazığ ili Fethi Sekin Şehir Hastanesinde hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar, Elazığ ili Fethi Sekin Şehir Hastanesinin siz değerli misafirlerinin daha kaliteli hizmet alması için yapılacak çalışmalara temel oluşturacaktır.

Vereceğiniz cevaplar bilimsel amaçlı kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacaktır. Görüş ve düşüncelerinizi içtenlikle paylaşarak katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

Menekşe UZUNÇAKMAK

Anketi cevaplayan	☐ Hasta	☐ Hasta Yakını				
Cinsiyetiniz	☐ Kadın	☐ Erkek				
Yaşınız	☐ 18-25	☐ 26-30	☐ 31-35	☐ 36-40	☐ 41-50	☐ 51-60
	☐ 61 yaş üstü					
Eğitim Düzeyiniz	☐ Okur-yazarlık yok	☐ İlköğretim	☐ Lise	☐ Üniversite		
	☐ Y. Lisans/Doktora					
Sosyal Güvenceniz	☐ SGK	☐ Yeşil Kart	☐ Özel Sigorta			
Aylık Geliriniz	☐ 1000TL ve altı	☐ 1001-1500TL	☐ 1501-2000TL			
	☐ 2001-2500TL	☐ 2501-3000TL	☐ 3001TL ve üstü			

KALİTE BEKLENTİLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

Sizce mükemmel hastane hangi özellikleri taşımalıdır?

Aşağıda verilen özelliklerin size göre mükemmel hastanede hangi seviyede olması gerektiğini **1-Hiç katılmıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum** arası hazırlanan ölçekte değerlendiriniz.

-
- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Mükemmel bir hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahip olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 2. Mükemmel bir hastanenin çalışanları, iyi giyimli ve temiz görünümlü olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 3. Mükemmel bir hastane fiziksel alanları (oda, koridor, wc, vb.), temiz ve hijyenik olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 4. Mükemmel bir hastanenin ek hizmet alanları (bekleme salonu, vb.), kullanışlı olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 5. Mükemmel bir hastanede hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 6. Mükemmel bir hastanede doğru teşhis konulmalı ve uygun tedavi uygulanmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 7. Mükemmel hastane tedavi süreci ile ilgili işlemleri söz verdiği gibi yerine getirmelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 8. Mükemmel bir hastanede doktor ve hemşirelerin yapacağı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilir olmalıdır | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 9. Mükemmel bir hastanede doktorlar, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi vermelidir | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 10. Mükemmel bir hastane muayene ve tedavi işlemleri için verdiği randevuları geciktirmemelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 11. Mükemmel hastanedeki çalışanlar, hastalara yardımcı olmaya istekli olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 12. Mükemmel bir hastane hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık vermelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 13. Mükemmel bir hastanede hasta ve yakınlarının öneri ve şikayetleri dikkate alınmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 14. Mükemmel bir hastanede doktor ve hemşirelerin davranışları, nazik olmalı ve hastada güven duygusu uyandırmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 15. Mükemmel bir hastanede doktor ve hemşireler, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 16. Mükemmel bir hastane hastalarının menfaatini her zaman, her şeyin üstünde tutmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 17. Mükemmel hastane hastalara zararlı olabilecek durumlara (alet sterilizasyonu, yatak temizliği vb.) dikkat etme konusunda güven vermelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 18. Mükemmel bir hastanede hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmamalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 19. Mükemmel bir hastanede hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşireler olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 20. Mükemmel bir hastanenin doktor ve hemşireleri, hastaların sorunları olduğunda yardımcı olmak için çaba sarf etmelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 21. Mükemmel bir hastane personeli, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olmalıdır. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 22. Mükemmel bir hastanede tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilmelidir. | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
-

BEKLENTİ ÖNCELİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Aşağıda, hastanenin sunduğu hizmetler ile alakalı 5 özellik sıralanmıştır. Bu özelliklerin her birinin hastanenin hizmet kalitesi açısından değerlendirilmesinde ne kadar önemli olduğu öğrenilmek istenmektedir.

Lütfen, toplam 100 puanı bu beş özellik arasında ve bu özelliklerin sizce ifade ettiği öneme göre paylaşınız. Paylaştığınız puanların toplamının 100 olmasına özel gösteriniz.

ÖZELLİKLER	PUAN
1. Hastanenin fiziki yapısı, dış görünüşü, estetik ve konforu ile malzeme ve ekipmanların görünüşü.	
2. Tedavinin taahhüt edildiği şekilde, doğru ve güvenilir olarak gerçekleştirilmesi.	
3. Hastalara yardımcı olma ve tam hizmet sunma konusunda istekli olunması ve hasta taleplerinin dikkate alınması.	
4. Doktor ve hemşire davranışlarının güven vermesi ve hastalara karşı nezaket.	
5. Hastalara gösterilen kişisel ilgi ve dikkat ile hastaların duyarlılığı	
TOPLAM	100

KALİTE ALGILARININ ÖLÇÜLMESİ

Aşağıda verilen özelliklerin Elazığ ili Fethi Sekin Şehir Hastanesinde düzeyde bulunduğunu
1-Hiç katılmıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum arası hazırlanan ölçekte değerlendiriniz.

1.	Hizmet aldığınız hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2.	Hizmet aldığınız hastanenin çalışanları, iyi giyimli ve temiz görünümlüdür.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3.	Hizmet aldığınız hastanenin fiziksel alanları (oda, koridor, wc, vb.), temiz ve hijyeniktir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4.	Hizmet aldığınız hastanenin ek hizmet alanları (bekleme salonu, vb.), kullanışlıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5.	Hizmet aldığınız hastanede hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulur.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6.	Hizmet aldığınız hastanede doğru teşhis konulur ve uygun tedavi uygulanır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7.	Hizmet aldığınız hastanede tedavi süreci ile ilgili işlemleri söz verdiği şekilde yerine getirilir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8.	Hizmet aldığınız hastanede doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9.	Hizmet aldığınız hastanede doktorlar, hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verirler.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10.	Hizmet aldığınız hastanede muayene ve tedavi işlemleri için verilen randevular gecikmez.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11.	Hizmet aldığınız hastanede çalışanlar, hastalara yardımcı olmaya istekli ve gönüllüdür.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12.	Hizmet aldığınız hastanede hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13.	Hizmet aldığınız hastanede hasta ve yakınlarının öneri ve şikayetleri dikkate alınır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14.	Hizmet aldığınız hastanedeki doktor ve hemşirelerin davranışları, naziktir ve hastada güven duygusu uyandırır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15.	Hizmet aldığınız hastanede doktor ve hemşireler, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahiptirler.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16.	Hizmet aldığınız hastanede hastaların menfaati her zaman, her şeyin üstünde tutulur.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17.	Hizmet aldığınız hastanede hastalara zararlı olabilecek durumlara (alet sterilizasyonu, yatak temizliği vb.) dikkat etme konusunda güven verir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18.	Hizmet aldığınız hastanede hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri izinsiz olarak başkalarıyla paylaşılmaz.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
19.	Hizmet aldığınız hastanede hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşireler vardır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20.	Hizmet aldığınız hastanenin doktor ve hemşireleri, hastaların sorunları olduğunda yardımcı olmak için çaba sarf ederler.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
21.	Hizmet aldığınız hastanenin personeli, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
22.	Hizmet aldığınız hastanede tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : UZUNÇAKMAK Menekşe
Uyruğu :Türkiye Cumhuriyeti
Doğum tarihi ve yeri :
Medeni hali :
Telefon :
e-mail :

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Üretim Yönetim	Devam Ediyor
Lisans	Kara Harp Okulu Sistem Mühendisliği Makine Bölümü	2010
Lise	Yeşilöz Süper Lisesi	2006

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2006-Devam ediyor	Türk Silahlı Kuvvetleri	Subay

Yabancı Dil
İngilizce

Yayınlar

-

Hobiler

Kitap okumak, araştırma yapmak, yürüyüş yapmak.



