



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ENGELLİ BİREYLERİN ALGILADIKLARI SAĞLIK HİZMET
KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE KALİTE FONKSİYON
GÖÇERİMİ MATRİSİ İLE HASTANE HİZMET TASARIMI
GELİŞTİRİLMESİ**

CENK HİLMİ KILIÇ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

PROF.DR. MEHVEŞ TARIM

2020-İSTANBUL

BEYAN

Bu tez çalışmasının planlanması ve yazımı aşamalarında etik dışı davranışının olmadığını ve kendi çalışmam olduğunu, tez içindeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesinde belirttiğimi, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığı beyan ederim.

Cenk Hilmi KILIÇ

ÖNSÖZ

Öncelikle tez çalışma konumu seçerken bana yol gösteren ve her zaman yardımlarını esirgemeyen gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden istifade edeceğim kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Mehveş Tarım'a teşekkürlerimi sunarım. Araştırma kapsamında veri toplayabilmem için gerekli etik izinleri veren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimine ve bu zorlu tez sürecim boyunca benden desteklerini esirgemeyen kıymetli eşim ve sevgili aileme teşekkürü bir borç bilirim

Cenk Hilmi Kılıç

İÇİNDEKİLER

1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. SAĞLIK ve ENGELLİLİK OLGUSU	6
4.1. Kavramsal Açıdan Engelli Farkındalığı.....	10
4.2. Engelliliğin Ölçülmesi	11
4.3. Sağlık Durumunun Engellilik Üzerine Etkisi	12
4.3.1. Demografik faktörler ve çevrenin engellilik üzerine etkisi.....	13
4.3.2. Ekonomik faktörlerin engellilik üzerine etkisi.....	14
4.4. Engellilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi	15
4.4.1. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet kalitesi önündeki engellerin ele alınması.....	17
4.5. Türkiye'de Engellilerin Kamu Hizmetlerine Erişimi ile İlgili Mevzuat Çalışmaları	22
5. KALİTE ve HİZMET KAVRAMLARI, SAĞLIK HİZMET KALİTESİ ve SERVQUAL MODELİ.....	28
5.1. Kalite ve Hizmet Kavramları	28
5.2. Hizmetin Özellikleri	31
5.3. Hizmet Sektörü.....	32
5.4. Hizmet Kalitesi Kavramı	33
5.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları	34

5.6. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli Olarak SERVQUAL Ölçeği.....	36
5.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	38
5.8. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları.....	41
5.9. Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi	42
5.10. Türkiye'de Hastane Hizmet Kalite Standartları	44
6. KALİTE FONKSİYON GÖÇERİMİ MATRİSİ.....	46
6.1.Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulamasında Kullanılan Modeller	46
6.1.1. Kano modeli.....	46
6.1.2.Kalite evi modeli.....	47
6.2. Kalite Fonksiyon Göçerimi Süreci.....	48
6.3.Sağlık Tesisleri için KFG Yöntemi Uygulanabilirliği	49
7. ARAŞTIRMA	50
7.1. Araştırmanın Amacı	50
8. GEREÇ ve YÖNTEM.....	51
8.1. Güvenilirlik	52
9. BULGULAR	54
9.1. Demografik ve Sosyoekonomik Değişkenlere Yönelik Bulgular.....	54
9.2. Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Davranışları.....	55
9.3. Kişilerin Engellilik Durumu ile İlişkili Olarak Günlük Yaşamda Zorluk Yaşam Derecesine İlişkin Bulgular.....	56
9.4. Engellilik Bağlamında Sağlık Hizmeti Almaya İlişkin Bulgular.....	59

9.5. SERVQUAL İfadelerine Yönelik Bulgular	61
9.6. KFG Matrisi ile Engelli Bireylerin Sağlık Tesisinden Beklentilerinin Değerlendirilmesi.....	77
9.6.1. Müşteri isteklerinin belirlenmesi.....	78
9.6.2.Müşteri isteklerinin önceliklendirilmesi	79
9.6.3. Müşteri isteklerinin (beklentilerinin) her bir önermesi için müşterinin hastane ve rakip işletmeye ilişkin değerlendirilmesi	80
9.6.4. Hizmet tanımlarının teknik karakteristikleri (nasıl'lar)	82
9.6.5. Müşteri istekleri ile teknik karakteristikler arası ilişkilerin belirlenmesi.....	83
9.6.6. Teknik karakteristikler arası ilişkilerin belirlenmesi.....	85
9.6.7. Sağlık tesisi öncelikli amaç ve hedeflerinin belirlenmesi	86
10. TARTIŞMA ve SONUÇ	90
11. KAYNAKLAR	92
12. EKLER.....	100
13. ÖZGEÇMİŞ.....	106

TABLÖLAR

Tablo 1: Engelli ve Engelli Olmayan Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve Gereksinim Karşılama Durumunun Karşılaştırılması.....	9
Tablo 2: Bazı Gelişmekte Olan Ülkelerde Engelli Kişilerin Gereksinim Karşılama Durumu	15
Tablo 3: Engelli ve Engelli Olmayan Bireylerin Sağlık Hizmet İhtiyaçlarının Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması.....	18
Tablo 4: Türkiye’de Engelli Bireyler İçin Erişilebilirlik Mevzuatı	22
Tablo5: Hizmet kavramının tarihsel süreç içerisindeki tanımları.....	30
Tablo 6: Servqual Hizmet Kalitesi Boyutları ve İfade Sayıları	37
Tablo 7: Ölçeğin Güvenilirliği.....	53
Tablo 8: Sosyoekonomik Bulgular	55
Tablo 9: Sağlık Hizmetlerine Ulaşma İle İlgili Bulgular	56
Tablo 10: Engellilik Durumuna İlişkin Olarak Zorluk Yaşama Derecesine Göre Bulgular.....	57
Tablo 11: Kişilerin Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerine Erişim Bulguları.....	59
Tablo 12: Günlük Hayatta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Davranışlarının Belirlenmesi	60
Tablo 13: Beklenen ve Algılanan SERVQUAL Skorlarına Yönelik Bulgular.....	61
Tablo 14: Beklenti ve Algılar Arasındaki Farkın İstatistikleri.....	63

Tablo 15: Günlük Hayatta Zorluk Yaşama Durumuna Göre Beklenen SERVQUAL Skorları Ortalamaları.....	64
Tablo 16: Günlük Hayatta Zorluk Yaşama Durumuna Göre Algılanan SERVQUAL Skorları Ortalamaları	70
Tablo 17: Kalite Evi Matrisinde Müşteri İstekleri Kısmı	78
Tablo 18: Müşteri İsteklerinin Önem Derecesi	79
Tablo 19: Rekabetçi Kıyaslama	81
Tablo 20: Teknik Karakteristikler (Nasıl'lar)	83
Tablo 21: Müşteri istekleri İle Teknik Karakteristikler Arası İlişkiyi Gösteren Matris	84
Tablo 22: Kalite Evi	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Bazı Ülkelerde Toplam Nüfus İçinde Engelli Nüfus Yaş Dağılımı	14
Şekil 2: Gronroos Modeli	35
Şekil 3: Kano Modeli.....	47
Şekil 4: Kalite Evi Modeli	48



KISALTMALAR

BM: Birleşmiş Milletler

EHS: Engellilik hakları sözleşmesi

ICF: Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması

KFG: Kalite Fonksiyon Göçerimi

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı

TDK: Türk Dil Kurumu

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

Engelli Bireylerin Algıladıkları Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Kalite Fonksiyon Göçerimi Matrisi ile Hastane Hizmet Tasarımı Geliştirilmesi

Cenk Hilmi Kılıç

Danışman Prof. Dr. Mehveş Tarım

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1. ÖZET

Amaç: Araştırma kapsamında yapılan Kalite Fonksiyon Göçerimi uygulaması ile engelli bireylerin sağlık tesisinden beklenti ve talepleri tam olarak anlaşılması ve neticesinde hizmet kalitesini ve memnuniyeti arttırmak için hastane hizmet tasarımı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışmada bir sağlık tesisinden yatarak ve ayaktan hizmet alan 334 kişiye uygulanan anket ile katılımcıların engellilik durumları belirlenmiş; daha sonra hizmet kalitesi Servqual modelinden faydalanılarak hizmeti kullananların engellilik durumuna göre beklenen ve algılanan hizmet kalitesi değerlendirilmiştir. Daha sonra Kalite Evi Modeli ile engelli bireyler için hastane hizmet tasarımı matrisi oluşturularak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yapılan analizde; Servqual skorlarına göre engelli ve sağlam bireyler arasında hizmet kalitesi, beklenti ifadelerinin bazılarında anlamlı farklılık çıkmış olup algılara göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yapılan kalite evi matrisinde "Beklentiler" kısmında %24.6-göreceli önem derecesi ile güven boyutu, %20.9-güvenilirlik boyutu, %20-heveslilik boyutu, %18-fiziksel özellikler boyutu ve %16-empati boyutu göreceli önem dereceleri elde edilmiştir. Oluşturulan kalite evi matrisinde teknik karakteristiklere bakıldığında ise %41.8 ile personel unsuru, %25.3 ile iletişim unsuru, %16 ile teknoloji ve %12.7 ile eğitim unsurunun ön plana çıktığı görülmüştür.

Sonuç: Hizmet tasarım ölçütleri açısından personel unsuru ve iletişim unsurlarının ön plana çıkmış olması, sağlık tesislerinde her ne kadar yoğun teknoloji kullanılırsa kullanılsın başvuran engelli bireyler açısından insan kaynağının davranışlarının ne kadar önemli olduğu ve kalite algısına önemli derecede etki ettiğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Hizmet Kalitesi, Servqual Modeli, Sağlık ve Engellilik Olgusu, Kalite Fonksiyon Göçerimi, Kalite Evi

The Measurement of Disabled People's Perceive About Health Service Quality and Development of Hospital Service Design by Using The Quality Function Deployment Technique

Cenk Hilmi Kılıç

Supervisor: Prof. Dr. Mehveş Tarım

THE INSTITUTE of HEALTH SCIENCES

2. SUMMARY

Objective: The scope of the study, with the implementation of Quality Function Deployment, it is aimed to fully understand the expectations and demands of disabled people and develop hospital service design in order to increase service quality and satisfaction from the hospital.

Material and methods: In this study, a questionnaire was applied to 334 inpatients and outpatients in a specialized training and research hospital in order to determine the disability status of the participants (vision, hearing, mobility, cognition, degree of difficulty in personal care and communication) first, and then service quality was measured with the SERVQUAL model, and expected and perceived service quality was evaluated according to the disability status of service users. Later, with the House of Quality Model, a hospital service design matrix was created for individuals with disabilities and evaluated.

Results: In the analysis; according to the Servqual scores, there was a significant difference in quality of service, expectation expressions between disabled and other individuals, and no significant difference was found according to perceptions. In House of Quality Model analysis; under the part of expectations; %24.6-assurance, %20.9-reliability, %20-responsiveness, %18-tangibles and %16-empathy relative weights (%) were obtained. In terms of product characteristics; %41.8-personnel, %25.3-communication, %16-technology and %12.7-education factors has been observed.

Conclusion: Personnel and communication factors have come to the fore in terms of service design criteria. It is understood how important the personnel behavior in hospitals is for the disabled individuals.

Keywords: The quality of healthcare, Servqual Model, Health and Disability, Quality Function Deployment, House of Quality

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm sağlık sistemlerinin ana hedefi toplum için sağlık statüsünü geliştirmektir. Sağlık sistemi içerisinde önemli bir yeri olan hastanelerin varoluş sebebi de kendilerine başvuran hastaların ihtiyaçlarını karşılayarak toplumun sağlık statüsünü yükseltmek hedefine katkıda bulunmaktır.

Günümüzde tüm diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektörü de sürekli teknolojik gelişim ve ekonomik büyüme içerisinde. Sağlık sektöründeki gelişme paralel olarak dünyada ve Türkiye de ortalama yaşam süresi artmış olup bunun neticesinde sağlık hizmet kalitesine verilen önem de artış göstermiştir.

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin düzeyi, sosyoekonomik açıdan ülkenin gelişmişlik seviyesinin de bir ifadesi olarak kabul görmektedir.

Sağlık tesislerinde sağlanan hizmetlerin kalitesi hem bireysel hem de toplumsal yapıyı derinden etkilemektedir. Hizmet kalitesini değerlendirmek için hastanelerin sundukları hizmetleri çeşitli açılardan değerlendirme ve kaliteyi arttırmak için çabaları bulunmalıdır.

Hizmet kalitesi; kuruluşun sunduğu hizmetin, kullanıcıların beklentisi üstünde algılanması yeteneği olarak tanımlanır (Devebakan, 2001). Hizmet kalitesinin ifade edilmesi için genellikle algılanan hizmet kalitesi ifadesi kullanılmaktadır.

Sağlık hizmet kalitesi, hastanın başvurusu ile başlayıp; ilk muayene, teşhis, tedavi ve tedavi sonrası bakım hizmet süreçlerinin tümünü kapsamaktadır. Sağlık hizmet kalitesini belirleyen unsurlar ise hizmetin sunulduğu ortam, görünüm, hizmet sunucuların konularında uzman olması, güvenilirlik ve hizmette süreklilik gibi unsurlardır. Bunların yanında hizmet alanların (hastaların) bekleme süreleri, hizmet sunanların nezaket ve tutarlılığı, hizmete erişebilirlik, sunulan hizmetin bir kerede doğru ve eksiksiz olarak yapılması ve zamanındalık gibi unsurlar da algılanan hizmet kalitesinde belirleyici olmaktadır (Tarım, 2000).

Dolayısıyla sağlık sistemlerinde hizmetin kalitesini belirleyen hizmet alıcılardır denilebilir. Hizmet algısı ve beklentisi arasındaki fark hizmet kalitesi ve performansına ilişkin bilgi vermektedir (Khan, 2010).

Sağlık hizmeti talep edenlerin, engellilik durumu, geçmiş yaşam deneyimleri, sosyoekonomik durumu gibi özellikleri hizmet alıcısının kalite beklenti ve algılarına etki eder. Dejong ve ark. (2002) araştırmasına göre engelli bireyler (aynı yaş aralığında olan yetişkin bireyler arasında), doktora başvuranların %34'ünü, reçete yazılan bireylerin %41'ini ve sağlık tesisinden taburcu edilenlerin yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır. Hastane hizmetleri kullanan bireyler arasında engellilerin oranının oldukça yüksek olduğu açıktır.

Engelli kişi, sonradan veya doğuştan olarak vücudunda işlevsel, hareketlilik görsel ve kişisel bakımda yaşanan zorlukların derecesinin farklılıkları ileri sürülerek, toplumsal tutum ile beraber yönetsel faaliyetler sonucu yaşamın pek çok alanında kısıtlanan engellerle karşı karşıya kalan kişi olarak ifade edilmektedir. Bu kısıtlamanın kaldırılabilmesi için de sosyal yaklaşım ağırlıklı düzenlemeler yapılması gerekliliği önem arz etmektedir (Ekenci, 2015).

Dünyada 1 milyarda fazla kişi günlük hayatta herhangi bir tür engel durumu ile yaşamakta ve bunların yaklaşık 200 milyonluk kısmı hayatlarını idame ettirme konusunda ciddi problemler yaşamaktadır (WHO Engellilik Raporu, 2011). Engellilik önümüzdeki yıllarda daha fazla önemli bir konu haline gelecektir. Çünkü sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji ve tedavi yöntemlerine paralel olarak yaşlı nüfus artmakta, artan yaşlı nüfus içinde insanların kronik hastalıklara bağlı olarak (kalp ve damar hastalıkları, kanser, akıl sağlığı bozulmaları, diyabet vb) engelli olma riski de artış gösterecektir.

Şüphesiz ki engellilik olgusunun bireyler, aileler, toplum ve ülkeler üzerine pek çok sosyal ve ekonomik etkileri vardır. Çalışmanın amacı engelli bireylerin sağlık hizmetinden yeterli derece yararlanmasının önüne geçen etmenler araştırılarak kaliteli sağlık hizmeti sunum noktasında engelli bireylerin talepleri ve beklentilerine yönelik hizmet tasarımı geliştirmektir.

WHO 2002-2004 yıllarını kapsayan dünya sağlık araştırmasında 51 ülkeden engelli kişiler üzerine yaptığı çalışmada, engelli bireylerin ayaktan ve yataklı tedavi kurumlarından hizmet almak için başvuru oranlarının engelli olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olması veya eşit tedavi olanaklarının bulunmaması engelli bireylerin sağlığının daha çok olumsuz şekilde etkilenmesine yol açacaktır.

Diğer insanlara göre sağlık tesislerinden daha çok yararlanan, engelli bireylerin de aynı kalitede hizmet almalarının sağlanması gerekmektedir.

Ülkemizde olduğu gibi sağlık politika uygulamalarının siyasi, iktisadi ve teknik destekle bir arada ele alındığı ülkelerde politika ve mevzuatlarda yapılacak reformlarla engelli kişilerin sağlık hizmetlerine duyduğu gereksinimlerin karşılanması daha kolay olacaktır.



4. SAĞLIK VE ENGELLİLİK OLGUSU

WHO (1948) tanıma göre, sağlık; "Yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan da tam bir iyilik durumu" olarak ifade edilmiştir. Kişinin sağlığının iyi olması sosyal ve ekonomik faaliyetlere katılımı için bir ön gereklilik olarak ifade edilebilir.

Sağlık durumunun belirleyicisi olan pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar; bireysel faktörler (gen, hormon ve metabolizma bozuklukları vs), çevresel faktörler (soğuk, sıcak, ışınlar, travalar), kültürel faktörler, sosyoekonomik faktörler vs. olarak ifade edilmektedir (WHO, 2008).

Engellilik, aktivite kısıtları ve katılım yetersizliklerini ifade eden ve kişi ile o kişiyle ilgili bağlamsal faktörler arasındaki olumsuz durumlara atıfta bulunan bir genel terimdir (Leonardi ve ark. 2006). Engelli hakları çerçevesinde BM (Birleşmiş Milletler) sözleşmesi 1. maddesinde engelli kavramını; "Toplumdaki diğer kişilerle eşit koşullarda topluma etkin katılım önünde engel olan uzun süre zihnen ve düşünsel, fiziksel ya da algısal bozuklukları bulunan bireyleri" ifade etmektedir (WHO, 2012).

Dünya genelinde 1 milyarı aşkın insan herhangi bir tür engel durumu varlığı ile engeli olarak ifade edilmekte ve bunlar arasından yaklaşık 200 milyonluk kısmı ise günlük hayatını ciddi şekilde etkileyecek sağlık problemleri yaşamaktadır. İnsan ömrünün uzamasına paralel olarak kronik hastalıklarda meydana gelen artış dolayısıyla engellilik olgusu gelecekte daha fazla önem kazanacak bir konu haline gelecektir.

AB son 20 yılda engellilik kavramını farklı şekilde anlamlandırmaya başlamıştır. Yeni yaklaşımına göre engelliler yardıma muhtaç ve pasif olan kişiler olarak değil, toplum içindeki diğer kişiler ile eşit haklara sahip ve bu haklar çerçevesinde toplumla entegre olmak için mücadele eden kişiler olarak görülmektedir. Bu yaklaşımın ele aldığı temel nokta ise engellilik gibi toplumsal farklılıklara verilecek en önemli katkının toplumsal, ekonomik ve sosyal süreçlerin toplumun her kesinini kapsayacak şekilde ele alınması ile mümkün olacak anlayışıdır (Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü).

Engelli bireyler için sosyal hayattan, toplumsal ve kültürel faaliyetlerden, ekonomik faaliyetlerden ve eğitim, sağlık gibi temel hizmetlere erişimden engellenmek ikinci engel olarak ifade edilmektedir. Yakın geçmişe kadar engellilik sorununun çözümünde yaklaşım olarak medikal model kullanılmış, konuyla ilgili farkındalığın artması ve yapılan çalışmalar üzerine sosyal yaklaşım ön plana çıkmıştır. Sosyal model engelliliğin kaynağının toplumsal olduğu ve kişilerin toplumsal engel ve engellemeler nedeniyle sosyal hayattan izole edildiği görüşünü ifade etmektedir (Erdugan, 2010). Sonuç olarak engellilik olgusu karşısında her iki modelden de yararlanılmalıdır.

Engellilik olgusu çeşitli birincil sağlık problemleriyle yakinen ilişkilidir. Fiziksel aktivite kısıtlılığı, yetersizlik ve katılım kısıtlılığı gibi durumları ifade etmektedir. Bu durum kişilerin sağlık düzeylerinde düşüş ve sağlık bakımına olan ihtiyaçlarının artması ile sonuçlanmaktadır (Emerson ve ark., 2009).

İkincil sağlık problemi ise birincil sağlık probleminin olduğunu varsayan durumdur. Örnek verilmek gerekirse; depresyon, idrar yolu enfeksiyonları gibi problemleri ifade eder. Yaşam kalitesini düşürerek işlevselliği azaltan ikincil sağlık sorunları sağlık bakım maliyetlerini arttırmakta ve zamansız kayıplara neden olabilmektedir (Nosek ve Simmons, 2007).

Genellikle ikincil bir sağlık sorunu olan depresyonun engelli bireylerde yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir (Ohayon ve Schatzberg, 2009).

Ayrıca engelli bireyler diğer kişilere göre fiziksel aktivitenin azalması gibi nedenlerle davranışsal risk faktörlerinin etkisi dolayısıyla kalp ve damar hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıklara karşı daha yatkın olabilmektedir (Rimmer ve Rowland, 2008).

Yaşla ilgili olarak engelli kişilerin sağlık durumlarına baktığımızda ise bazı engelli kişilerde yaşlanma süreci daha hızlı seyrettiği görülmektedir. Yaşlanma belirtileri olan güç ve denge kaybı, işitme kaybı, adale zayıflaması gibi değişiklikler engelli kişileri daha fazla etkileyebilmektedir (Australian Institute of Health and Welfare, 2010).

Yapılan araştırmalarda engellilikle birlikte sağlığı olumsuz olarak etkileyen riskli davranışların artmasının gözlemlendiği ifade edilmektedir. Avustralya Sağlık ve

Refah Enstitüsünün (Australian Institute of Health and Welfare) 2010 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, engelli kişilerdeki fazla kilo ve obezite oranı sağlıklı kişilere göre %39 daha fazla olarak ortaya konulmuştur. Ayrıca engelli kişilerde her gün sigara içme oranı da diğer insanlara göre daha yüksek olarak ifade edilmiştir. Bu durumda engelli bireylerde riskli davranışların artış gösterdiği ifade edilebilir. ABD'de yapılan bir diğer araştırmaya göre ise engelli kişilerin fiziksel aktivite yetersizliği %22.4 engelli olmayan kişilerin %11.9'u ve obezite düzeyi engelli kişiler için %31.2 engelli olmayan kişiler için %19.6 olarak ortaya konulmuştur (Rimmer ve Rowland, 2008).

Dünya sağlık örgütü 2002-2004 yıllarını kapsayan dünya sağlık araştırması raporunda 51 ülkede engelli kişiler üzerine yaptığı çalışmada, ayaktan ve yataklı tedavi kurumlarından hizmet almak için başvuru oranlarının engelli olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Aynı araştırmada kadınların erkeklere göre daha sık sağlık kuruluşlarına başvuru yaptığı da ifade edilirken yüksek gelirli ülkelerde yaşayan engelli kişilerin sağlık tesislerine başvuru oranlarının da daha yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Genel olarak engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizlik olduğu bilinmektedir. Birleşik Krallık Engelli Hakları Komisyonu 2004-2006 yılları arası yaptığı araştırmada, uzun süreli ruh sağlığı bozukluğu, bipolar bozukluk veya şizofreni, ağır depresyon gibi sağlık sorunları yaşayan engelli kişilerde, engelli olmayan kişilere göre daha çok kronik sağlık sorunu geliştiğini, bu kişilerin; kalp damar hastalıkları, diyabet, yüksek tansiyon ve solunum rahatsızlıkları geçirme riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca engelli kişilerde kronik sağlık sorunları diğer insanlara nazaran daha genç yaşlarda gelişebilmektedir.

Sosyal olarak kısıtlanmanın sağlık eşitsizliği üzerine etkisi büyüktür. Sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olması veya eşit tedavi olanaklarının bulunmaması engelli bireylerin sağlığının daha çok olumsuz şekilde etkilenmesine yol açacaktır (London Disability Rights Commission, 2006).

2002-2004 yılları arasında WHO tarafından yapılan dünya sağlık araştırmasının sonuçları aşağıdaki tabloda ifade edilmiştir.

Tablo 1: Engelli ve Engelli Olmayan Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve Gereksinim Karşılama Durumunun Karşılaştırılması

Yüzde						
	Düşük Gelire Sahip Ülkeler		Yüksek Gelire Sahip Ülkeler		Tüm Ülkeler	
	Engeli bulunmayan	Engelli	Engeli bulunmayan	Engelli	Engeli bulunmayan	Engelli
Erkek						
Yatarak Tedavi hizmetlerine müracet eden	13,7	22,7	21,7	42,4	16,5	28,5
Ayaktan tedavi hizmetlerine müracet eden	49,3	58,4	55,0	61,8	51,1	59,5
İhtiyacı olmasına rağmen sağlık hizmeti kullanmayan	4,6	6,6	2,8	3,3	4,1	5,8
Kadın						
Yatarak tedavi hizmetlerine müracet eden	16,8	21,9	30,1	46,7	20,9	29,0
Ayaktan tedavi hizmetlerine müracet eden	49,6	59,3	67,0	68,5	55,8	61,7
İhtiyacı olmasına rağmen sağlık hizmeti kullanmayan	4,8	6,1	1,8	4,6	3,7	5,8
18 ve 49 Yaş Aralığı						
Yatarak tedavi hizmetlerine müracet eden	13,5	23,2	23,1	46,6	16,1	28,1
Ayaktan tedavi hizmetlerine müracet eden	48,8	58,5	56,7	63,4	50,9	59,3

İhtiyacı olmasına rağmen sağlık hizmeti kullanmayan	4,3	6,2	2,3	4,1	3,8	6,0
50ve 59 Yaş Aralığı						
Yatarak tedavi hizmetlerine müracet eden	13,9	20,7	22,1	42,9	16,6	27,1
Ayaktan tedavi hizmetlerine müracet eden	52,1	67,4	61,4	74,9	55,1	69,2
İhtiyacı olmasına rağmen sağlık hizmeti kullanmayan	4,2	6,7	2,2	4,6	3,6	6,4
60 Yaş ve Üzeri						
Yatarak tedavi hizmetlerine müracet eden	18,6	20,6	31,4	43,3	23,7	29,8
Ayaktan tedavi hizmetlerine müracet eden	49,8	56,7	67,9	67,6	57,3	60,8
İhtiyacı olmasına rağmen sağlık hizmeti kullanmayan	5,6	6,3	2,2	3,8	4,2	5,3

Kaynak: WHO- World Health Survey (2002-2004).

4.1. Kavramsal Açıdan Engelli Farkındalığı

Türkiye de fiziksel ve zihinsel nedenler dolayısıyla bazı duyuları ve işlevleri kısıtlı olan kişilere özürlü, sakat, eksik, özel gereksinim sahibi ve engelli denilmektedir (Öztürk, 2011).

Yaygın olarak kullanılan özürlü terimini incelediğimizde, özürlü bir kusuru ya da kabahati hoş göstermek için bilinç altı mesajı olarak özür dileme ifadesini anımsattığı ifade edilmektedir (TDK, 2014). Bir diğer ifade olan sakat terimine baktığımızda ise yine TDK' ya göre bedeninde eksik, hasta bir yanı olan bozuk anlamına gelmektedir.

Bu yönüyle bu terimlerin engelli kişilerin algı olarak kusurlarını ön plana çıkardığını ifade ederken neticesinde engelli kişilerin yaşadıkları problem ve olumsuzlukların kendilerinden kaynaklandığını düşünmesine neden olacaktır. Türkiye'de ilgili mevzuatta 2014 yılından önce özürlü terimi kullanılmış ve yer almıştır. Engelli sözcüğüne baktığımızda ise engel sözcüğünden türetilmiş olup sözlük anlamıyla engelli olan şeklinde ifade edilmektedir (TDK, 2014). Engelli sözcüğü kişinin bedeninde eksik ve kusuru olan olarak ifade etse de burada ifade edilen engel yalnızca fiziki ve zihni sınırlamalar değil toplumsal ve çevresel sınırları da ifade etmektedir. Çünkü kişiyi dezavantajlı duruma getiren durum fiziksel sınırların olması değil, bu fiziksel bariyerleri aşacak destek sistemlerinin olmamasıdır. Bu perspektiften baktığımızda asıl engelliliği yaratanın toplumsal düzenin kendisi olduğu ifade edilmektedir (Öztürk, 2011).

4.2. Engelliliğin Ölçülmesi

Çok boyutlu ve karmaşık bir olgu olan engelliliğin ölçülmesi için işlevsellik beklentilerine göre değişmektedir. Engelliliği ölçmek için üzerinde uzlaşma sağlanmış olan uluslararası bir standart yoktur. Engellilik tipleri tanımlanırken fiziksel, ruhsal ve duygusal yetersizlik gibi boyutları ele alınmakta olup günlük yaşamlarında sosyal problemler yaşayan kişilerin sorunları değerlendirmeye alınmayabilmektedir.

Ülkelerin veri toplama yöntemleri de sonucu etkileyebilmektedir. Örneğin nüfus sayım uygulamalarında engellilik durumunun ölçülmesi için farklı yaklaşımlar kullanılmaktadır. İrlanda örneğine baktığımızda, ulusal istatistik ofisi tarafından 2006 yılında yapılan nüfus sayımında bireylerin engellilik durumu ile ilgili 2 soru ilave edilmiştir. Sorulardan biri uzun süreli bir sağlık sorunu varlığı olup olmadığı iken diğer soru ise var olan sağlık sorununun işlevsellik üzerine etkisi hakkında ifadelerden oluşmaktadır (National Disability Survey, 2006).

Washington Engellilik İstatistikleri Gurubu engellilik durumunun ölçülmesi ve engellilik verilerinin ülkeler arası kıyaslamalarını kolay hale getirmek amacıyla 2001 yılında BM istatistik komisyonu tarafından oluşturulmuş bir uzmanlar topluluğudur. Washington Grubu ICF temelli bir engellilik yaklaşımı benimsemektedir. Washington Grubunun soruları 6 temel işlev grubunda (görme,

işitme, bilişsellik, hareketlilik, özbakım ve iletişim) kişilere aktiviteleri meydana getirirken herhangi bir zorluk yaşayıp yaşamadığını sormaktadır. Her soruya verilecek 4 çeşit cevap mevcuttur. Bunlar: "Hiç zorlanmıyorum", "Biraz zorlanıyorum", "Çok zorlanıyorum" ve "Hiç yapamıyorum".

Washington Grubu tarafından hazırlanan bu soru seti 2006 yılında Zambiya ülkesinde geniş kapsamlı yapılan yaşam koşulları araştırmasında kullanılmıştır (Eide ve ark., 2006).

Engelli kişiler ile ilgili nüfus verilerinin toplanmasının temel amacı, bu kişilerin iyilik hallerini geliştirecek stratejilerin belirlenebilmesidir.

2012 yılında Türkiye sağlık araştırmasında, engellilik durumunun ölçümü için Washington Grubu tarafından hazırlanan engellilik soru seti kullanılmış ve işlevsellik düzeyini ölçen 5 ifadeden en az birine "Biraz zorlanıyorum" ve daha yüksek düzeyde bir seçenek işaretlendiği durumda kişiyi engelli olarak kabul etmiştir (TÜİK, 2013).

4.3. Sağlık Durumunun Engellilik Üzerine Etkisi

Genel olarak sağlık durumu 3 kategoride ele alınır. Bunlar; enfeksiyon hastalıkları, kronik durumlar, ve yaralanmalar. Düşük ve orta gelire sahip ülkelerde engel durumu ile geçen yaşam yıllarının %9'unun enfeksiyona bağlı hastalıklarından kaynaklandığı ifade edilmektedir (WHO, 2004). Enfeksiyon hastalıklarının başında HIV/AIDS, tüberküloz, lenfatik filaryaz, menenjit, kızamık, kabakulak ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar gelmektedir (WHO, 1999).

Diyabet, solunum hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara baktığımızda ise dünya genelinde büyük bir artış seyrinde olduğu görülmektedir. Bu durumun sonucu olarak engelli bireylerin sayısında büyük bir artış beklenmektedir. WHO (2005) "Kronik Hastalıkların Engellenmesi" başlıklı global raporunda, orta ve düşük gelire sahip ülkelerde engellilikle geçen tüm yaşam zamanının %66'sının kronik hastalıklardan kaynaklandığı ifade edilmiştir. 2001 yılında ABD 'de yapılan bir araştırmaya göre 65 yaş üstü kişilerde engellilikle ilişkili yaygınlığı yüksek 10 hastalığın tespit edilmesine yönelik yapılan çalışma sonuçlarına göre birinci sırada romatizma, ikinci sırada kalp hastalıkları, devamında diyabet,

hipertansiyon gibi engellilikle bağlantılı sağlık sorunları olarak ifade edilmiştir (Lafortune ve Balestat, 2007).

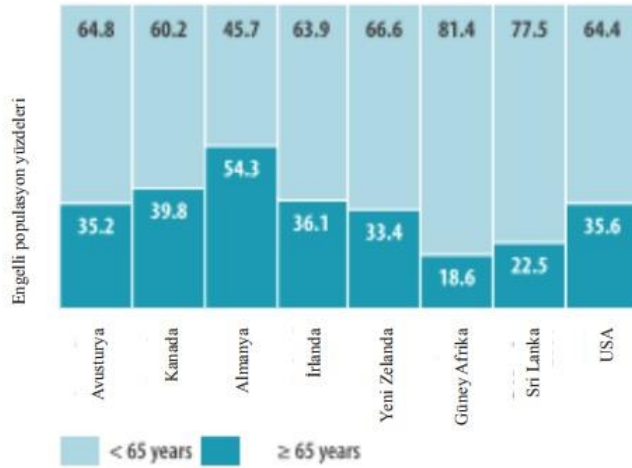
Engellilik üzerine etkili bir diğer sağlık konusu olan yaralanmalara baktığımızda ise trafik kazaları, şiddet vb. sebepler ötürü uzun zamandır engellilik durumuna katkı yapan faktörler arasında yer almaktadır. Örnek verilirse; trafik kazaları dolayısıyla yılda 1.4 milyon kişi vefat etmekte, 20 ila 50 milyon arasında insan da yaralanmaktadır (Leveque ve ark., 2002).

Belçika' da yapılan çalışmaya göre trafik kazasına maruz kalan çalışanların %11'inin engelli duruma geldiği ortaya konulmuştur (Leveque ve ark., 2002). Herkesin potansiyel engelli adayı olduğu gerçeği hiçbir zaman unutulmamalıdır.

4.3.1. Demografik faktörler ve çevrenin engellilik üzerine etkisi

Yaş ilerledikçe engellilik riski arttığı dünyanın her yerinde bilinen bir olgudur. Örnek vermek gerekirse Avustralya' da yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı %10.7 iken toplam engelli nüfus içinde yaşlıların oranı %35.2'dir (Australian Bureau Statistic, 2003). 2050 senesine gelindiğinde 60 yaş üstü insan sayısının toplam dünya nüfusunun %20'i kadarını kapsayacağı beklentisi ifade edilmektedir (World Population Prospects, 2006).

Aşağıdaki şekil 1'de bazı ülkelerde toplam nüfus içinde engelli nüfusun yaş dağılımı görülmektedir:



Şekil 1: Bazı Ülkelerde Toplam Nüfus İçinde Engelli Nüfus Yaş Dağılımı

Kaynak: WHO, World Disabilities Report. (2011)

Engellilik üzerine etki eden bir diğer faktör ise çevredir. İçinde bulunulan çevrenin engellilik yaygınlığına büyük oranda etkisi vardır. Kötü hijyen koşulları, beslenme yetersizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler gibi çevresel etkiler sağlık durumu üzerine çok etkili olmaktadır (Mathers ve ark. 2002).

4.3.2. Ekonomik faktörlerin engellilik üzerine etkisi

Yoksulluğun engellilik olgusuyla ilişkisi konusunda yapılan deneysel çalışmalarda, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında büyük farklılıklar olduğu görülmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından yapılan düşük, orta ve yüksek gelir seviyesine sahip 21 ülkeyi içeren çalışma verilerine göre, genel olarak çalışma çağındaki engelli bireylerin yoksulluk oranı engelli olmayanlara göre daha yüksek olarak çıkmıştır (OECD, 2009).

Yapılan pek çok araştırmada çalışma çağındaki engelli bireylerin yoksulluk düzeyi hakkında benzer bilgiler verildiği görülmektedir. Jenkins ve Rigg (2003) tarafından ortaya konan çalışmalarında da, engellilik durumu meydana geldikten sonra istihdam oranları keskin biçimde düşmekte ve engellilik süreci içinde de düşmeye devam etmektedir. Bu sonuç bize insanların engelli olduktan sonra işgücünün parçası olmaktan uzaklaştığını göstermektedir. Ayrıca aynı çalışmada engellilik durumuyla

birlikte gelir düzeyinde de düşüş yaşandığı ve hiçbir zaman engellilik öncesi düzeye ulaşmadığı görülmektedir.

4.4. Engellilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Erişilebilirlik; "Yaşamın her alanındaki hak ve hizmetlere erişebilmek ve bunlardan faydalanabilmek" anlamını ifade etmektedir. Bu çerçevede erişilebilirlik 2 temel başlığı içermektedir:

1. Fiziki çevreye (mekan ve içerisinde sunulan hizmetlere) erişebilmek
2. Bilgiye ve mesaja erişebilmek

Erişilebilirlik temel bir insan hakkıdır ve insanların ekonomik, sosyokültürel, sportif vs. faaliyetlere katılımını sağlamaktadır. Yaşamda herkes çalışma, eğitim görme, sağlık olanaklarından yararlanma, sosyokültürel etkinliklerde yer alma ve eğlenme hakkına sahiptir. Engelli veya herhangi bir engeli bulunmayan tüm vatandaşlardan toplanan vergiler yoluyla meydana getirilen yapıların yalnızca sağlıklı insanların ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi adil ve çağdaş bir yaklaşım olmamaktadır. Dolayısıyla söz konusu yapılardan herkesin eşit oranda faydalanmasını ve erişimini sağlamak gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2011 Dünya Engellilik Raporunda, gelişmekte olan ülkelerin bazılarında engelli kişilerin karşılanan ve karşılanamayan ihtiyaçları aşağıdaki tabloda verilmiştir

Tablo 2: Bazı Gelişmekte Olan Ülkelerde Engelli Kişilerin Gereksinim Karşılama Durumu

Hizmetler	Nambiya		Zimbabve		Malavi		Zambiya	
	İhtiyaç görülen %	Kullanan %	İhtiyaç görülen %	Kullanan %	İhtiyaç görülen %	Kullanan %	İhtiyaç görülen %	Kullanan %
Sağlık	90,5	72,9	93,7	92,0	83,4	61,0	76,7	79,3
Refah	79,5	23,3	76,0	23,6	69,0	5,0	62,6	8,4
Aile danışmanlık	67,4	41,7	49,2	45,4	50,5	19,5	47,3	21,9

Yardımcı cihaz	67,0	17,3	56,6	36,6	65,1	17,9	57,3	18,4
Tıbbi rehabilitasyon	64,6	26,3	68,2	54,8	69,6	23,8	63,2	37,5
Engelli bireylere yönelik danışmanlık	64,6	15,2	52,1	40,8	52,7	10,7	51,2	14,3
Eğitim	58,1	27,4	43,4	51,2	43,9	20,3	47,0	17,8
Mesleki eğitim	47,3	5,2	41,1	22,7	45,0	5,6	35,1	8,4
Geleneksel şifacı	33,1	46,8	48,9	90,1	57,7	59,7	32,3	62,9
İhtiyaç görülen: hizmete ihtiyaç duyduğunu belirten engelli kişilerin toplam yüzdesi Alınan: Hizmete ihtiyaç duyduğunu belirten ve hizmet alan toplam engelli kişilerin yüzdesi								

Kaynak: WHO World Diase Report. (2011)

Dünya genelinde engelli kişilerin eğitim durumu, sağlık durumu ve sosyal hayata katılımlarının daha düşük olmasının yanında engelli bireylerin engeli olmayan kişilere göre daha yoksul olduğu da bilinmektedir (WHO- World Disability Report, 2011).

Bunun başlıca nedeni ise sağlıklı kişilerin erişmekte sorun yaşamadığı hizmetlere, engelli kişilerin erişmesi için önünde engeller bulunmasıdır.

Ülkelerin ulusal politikaları yanında uluslararası kuruluşların politikaları da engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve yararlandığı sağlık hizmet kalitesinin artırılmasını etkileyebilmektedir. Engelli Hakları Sözleşmesi (EHS) ve bin yıl kalkınma vizyonu gibi sözleşmeler engelli kişilere dönük sunulacak sağlık hizmet kalitesini daha iyi hale getirmek amacıyla ülkelere destek sağlamaktadır. EHS aşağıda yer alan başlıkları ifade etmektedir:

Erişilebilirlik: Sağlık hizmetine, sağlık sigortasına ve sağlık bakımına engelli bireylerin erişimindeki her türlü olumsuz ayrımcılığın durdurulması,

Sağlık Hizmet Sunulabilirliği: Erken müdahale ve gerekli olması halinde tedavi hizmetlerinin kişilerin yaşadıkları yere mümkün olduğu ölçüde yakın konumlandırılması gerekliliği,

Maliyetlerin karşılanabilirliği: Engelli bireylerin de engelli olmayan bireylerle aynı standartta, kalitede ücretsiz veya karşılanabilir maliyette sağlık hizmetlerinden faydalandırılması,

Hizmet Kalitesi: Sağlık hizmet sunucuların engelli bireylere de aynı kalitede hizmet sunmalarının sağlanması gerekliliğini ifade etmektedir.

4.4.1. Engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet kalitesi önündeki engellerin ele alınması

Sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen birbiri ile ilişkiye sahip pek çok unsur vardır. Bu yönüyle sağlık sistemlerinin bütüncül bir bakış açısıyla tüm unsurları kapsayıcı bir şekilde reform yapması gerekmektedir. Bu kapsamda; politikaların amaçlara göre yeniden revize edilmesi, sağlık hizmetleri için finansman sağlamanın önündeki engellerin yok edilmesi, kaliteli sağlık hizmet sunumu önündeki engellerin kaldırılması ve insan kaynağı eksiğinin giderilerek niteliğinin arttırılması konularında öneriler ortaya koyulmuştur (Savigny ve Adam, 2009).

Dünya sağlık araştırması sonuçlarına göre engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde davranışsal, fiziki ve sistemsel düzeyde engelli olmayan kişilerle karşılaştırıldığında pek çok engel olduğu ifade edilmiştir. Aşağıdaki tabloda erkek, kadın, genç, orta yaş ve yaşlı bireylerde engelli ve engelli olmama durumuna göre sağlık hizmetlerinin yetersiz olma nedenleri araştırma sonuçları ifade edilmiştir.

Tablo 3: Engelli ve Engelli Olmayan Bireylerin Sağlık Hizmet İhtiyaçlarının Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması

	Yüzde %					
	Düşük Gelire Sahip Ülkeler		Yüksek Gelire Sahip Ülkeler		Tüm Ülkeler	
	Engeli Bulunmayan	Engelli	Engeli Bulunmayan	Engelli	Engelli Bulunmayan	Engelli
Erkek						
Muayene masraflarının karşılanamaması	40,2	58,8	11,6	29,8	33,5	53,0
Lojistik imkanı kısıtı	18,4	16,6	6,9	28,3	15,2	18,1
Lojistik masraflarının karşılanamaması	20,1	30,6	2,1	16,9	15,5	27,8
Sağlık hizmet sunucularının yeterli ekipmanının olmaması	8,5	18,7	5,0	27,8	7,7	22,4
Sağlık hizmeti sunanların yeterli beceri eksikliği	5,8	14,6	9,9	13,5	6,7	15,7
Daha önce olumsuz muamele ile karşılanması	4,6	17,6	7,2	39,6	5,1	23,7
Yeterli zaman ayrılmama	9,5	11,9	6,2	7,9	8,8	11,8
Gidilecek yerin bilinmemesi	5,1	12,4	1,5	23,1	4,3	15,1
Kişilerin sağlık tesisine başvuru yapacak kadar hasta olduğunu düşünmemeleri	42,6	32,2	44,1	18,0	43,7	28,4
Sağlık tesisine başvurma ancak reddedilme	5,2	14,3	18,7	44,3	8,5	23,4
Diğeri	12,8	18,6	12,5	20,5	12,4	18,1
Kadın						
Muayene masraflarının	35,6	61,3	25,8	25,0	32,2	51,5

karşılanamaması						
Lojistik imkanı kısıtı	14,0	18,1	7,9	20,4	13,8	17,4
Lojistik masraflarının karşılanamaması	15,3	29,4	4,4	15,2	13,3	24,6
Sağlık hizmet sunucularının yeterli ekipmanının olmaması	10,2	17,0	8,4	25,7	9,8	17,0
Sağlık hizmeti sunanların yeterli beceri eksikliği	5,3	13,6	8,9	20,6	6,3	15,7
Daha önce olumsuz muamele ile karşılanması	3,7	8,5	9,3	20,1	5,3	10,2
Yeterli zaman ayrılması	6,1	8,3	8,3	17,8	6,6	10,6
Gidilecek yerin bilinmemesi	7,7	13,2	9,3	16,2	9,0	12,2
Kişilerin sağlık tesisine başvuru yapacak kadar hasta olduğunu düşünmemeleri	30,7	28,2	21,3	22,6	29,3	29,3
Sağlık tesisine başvurma fakat reddedilme	3,8	9,0	19,6	54,6	7,3	21,7
Diğeri	30,2	17,0	23,0	24,0	28,5	16,4
18 ve 49 Yaş Aralığı						
Muayene masraflarının karşılanamaması	38,7	65,4	14,1	27,7	33,6	58,7
Lojistik imkanı kısıtı	12,7	13,7	6,6	25,1	11,3	16,0
Lojistik masraflarının karşılanamaması	15,0	29,5	4,6	11,2	12,8	25,8
Sağlık hizmet sunucularının yeterli ekipmanının olmaması	9,7	17,4	9,2	29,3	9,5	20,3
Sağlık hizmeti sunanların yeterli beceri eksikliği	6,2	15,4	10,9	18,4	7,4	16,3
Daha önce olumsuz muamele ile	5,1	15,1	6,8	17,9	5,5	15,5

karşılanılması						
Yeterli zaman ayrılmaması	9,0	13,4	8,8	23,9	8,8	15,8
Gidilecek yerin bilinmemesi	7,0	11,9	2,0	9,0	5,9	11,8
Kişilerin sağlık tesisine başvuru yapacak kadar hasta olduğunu düşünmemeleri	40,2	30,6	26,8	26,9	37,0	29,4
Sağlık tesisine başvurma fakat reddedilme	5,3	12,9	27,5	49,5	10,5	21,4
Diğeri	16,0	13,5	17,5	14,4	16,2	13,3
50 ve 59 Yaş Aralığı						
Muayene masraflarının karşılanamaması	49,6	67,4	17,9	26,7	42,8	58,0
Lojistik imkanı kısıtı	19,8	16,0	2,9	2,3	16,3	13,0
Lojistik masraflarının karşılanamaması	23,1	33,0	0,7	4,0	18,5	26,3
Sağlık hizmet sunucularının yeterli ekipmanının olmaması	8,6	14,5	4,2	29,1	7,7	15,1
Sağlık hizmeti sunanların yeterli beceri eksikliği	6,5	13,3	10,0	40,9	7,2	17,6
Daha önce olumsuz muamele ile karşılanması	6,7	12,4	7,2	31,1	6,8	14,0
Yeterli Zaman ayrılmaması	8,8	9,7	14,9	10,8	10,2	9,7
Gidilecek yerin bilinmemesi	11,6	18,5	6,5	4,5	10,5	15,6
Kişilerin sağlık tesisine başvuru yapacak kadar hasta olduğunu düşünmemeleri	35,4	14,5	38,2	5,3	36,0	13,0
Sağlık tesisine başvurma	6,4	17,9	18,0	55,3	9,0	24,5

fakat reddedilme						
Diğeri	18,6	12,8	34,8	44,5	22,1	19,9
60 Yaş ve Üzeri Kişiler						
Muayene masraflarının karşılanamaması	36,8	47,7	14,4	21,1	30,6	38,7
Lojistik imkanı kısıtı	25,1	24,3	9,5	30,3	20,6	22,0
Lojistik masraflarının karşılanamaması	23,6	27,5	1,9	28,5	18,0	24,7
Sağlık hizmet sunucularının yeterli ekipmanının olmaması	9,1	17,1	3,2	20,6	7,7	16,5
Sağlık hizmeti sunanların yeterli beceri eksikliği	4,1	11,8	6,6	18,5	4,8	14,8
Daha önce olumsuz muamele ile karşılanması	1,7	6,7	8,7	36,7	3,7	14,1
Yeterli zaman ayrılmaması	5,4	4,1	2,7	1,2	5,1	3,2
Gidilecek yerin bilinmemesi	4,5	13,8	9,0	37,6	6,1	16,5
Kişilerin sağlık tesisine başvuru yapacak kadar hasta olduğunu düşünmemeleri	31,8	32,7	56,2	21,6	38,9	31,2
Sağlık tesisine başvurma fakat reddedilme	2,6	7,8	4,5	62,1	3,2	25,8
Diğeri	27,7	25,2	12,2	35,5	23,7	22,6

Kaynak: World Disability Report 2011

Dünya Sağlık Örgütü "2011 Engellilik Raporu" yer alan yukarıda tablo 3 verileri için ki-kare testine göre her durum anlamlı olarak ifade edilmiştir.

4.5. Türkiye'de Engellilerin Kamu Hizmetlerine Erişimi ile İlgili Mevzuat Çalışmaları

Türkiye'de engellilerin çeşitli hizmetlere erişebilirliği için ilk yasal düzenleme 1997 tarih 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile yapılmıştır. Bu kararname ile birçok kanunda engellilerle ilgili düzenleme yapılmış ve 3194 sayılı İmar Kanununa ulaşılabilirlik konusunda bir madde eklenmiştir. Bu madde ile yapılmış ve yapılacak olan yapılarda, altyapı alanlarında; ulaşılabilirlik konusunda projelendirme, uygulama, ruhsatlandırma ve denetleme gibi görev ve yükümlülükler ilgili kurum kuruluşlarca uygulanacağı hükmüne bağlanmıştır.

2005 tarih 5378 sayılı yasa ile yürürlüğe giren Özürlüler Kanunun geçici 2. madde ise tüm kamu kurumlarına ve kuruluşlarına çok açık yükümlülükler getirmiştir. Bu yükümlülüklerin hayata geçirilmesinde kurumlara yol göstermek için 2006/18 sayılı Başbakanlık Genelgesi yayınlanmıştır.

Aşağıdaki tabloda Türkiye'de engelli bireylerin hizmetlere ulaşılabilirlikleri konusunda çıkarılan mevzuatlar kronolojik olarak verilmiştir:

Tablo 4: Türkiye’de Engelli Bireyler İçin Erişilebilirlik Mevzuatı

	İlgili Mevzuat	Yapılan Düzenleme
İmar Mevzuatı	3194 Sayılı İmar Kanunu	572 sayılı KHK ile İmar Kanununa şu madde eklenmiştir: "Fiziki çevrenin özürlü kişiler için ulaşılır ve yaşanabilir yapılması için İmar planları ile kentsel, sosyal alanlarda ve yapılarda Türk Standartları Enstitüsü'nün belirlenen standartlar için uyum zorunludur.
	Planlı Alanlar Tip İmar Yönetmeliği (1999 ve 2000 tarihli düzenlemeler)	Yönetmelikte ilk olarak özürlü olgusunun tanımı yapılmış, ulaşılabilirlik ve Türk Standartları Enstitüsünün özürllülere yönelik ilgili standartları ele

		alınarak, Belediyelere engellilere yönelik ilgili mevzuata ve standartlara uyma, uygulama ve lüzumlu tedbirleri alma zorunluluğu getirilmiştir.
	Plansız Alanlara Dair İmar Yönetmeliği (02.09.1999 Tarihli düzenleme)	Bu yönetmelik ile ulaşılabilirliğin sağlanması için TSE Standartlarına uyma zorunluluğu getirilmiştir.
	Plan Yapımına Dair Esaslara İlişkin Yönetmelik (02.09.1999 Tarihli Düzenleme)	Yapılacak Planlarda, Kentsel kullanım alanları, altyapı ve sosyal donatı alanlarında özörlülere yönelik ulaşılabilirliğin sağlanacağı her türlü önlemin alınması için mevzuat ve TSE standartları göz önüne alınır hükmü ifade edilmiştir.
	Gecekondu Kanunu Uygulama Yönetmeliği Düzenleme (02.09.1999)	Binaların muhtelif alanlarındaki ölçölendirme ve özelliklerinde engellilere yönelik düzenlemeler yapılmıştır
	Otopark Yönetmeliği (02.09.1999 Tarihli düzenleme)	Otoparkların oluşturulmasında TSE standartlarına uyma Umumi yapılar, bölge otoparklarında ve genel otoparklarda park yerlerinin %5'inin işaretlenmek yoluyla engelli bireyler için ayrılması zorunluluğu getirilmiştir.
	Sığınaklarla İlgili Ek Yönetmelik (02.09.1999 Tarihli düzenleme)	Sığınak alanlarının yapımında TSE standart prosedürlerine uyma yükümlülüğü ifade

		edilmiştir.
Engellilerle İlgili Mevzuat	5378 Sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve KHK' lar hakkında değişiklik yapılması hakkında kanun (01.07.2005)	EK maddelerle şu ifadeler eklenmiştir: "Kamu kurumları ve kuruluşlarına ait yapılar, yollar, yaya geçitleri, kaldırımlar, yeşil alanlar, sosyal alanlar, spor alanları ile tüzel ve gerçek kişilerce yapılmış olan halka açık hizmet sunan her türlü yapılar bu kanunun yürürlüğe girdikten sonraki tarihten 7 yıl içerisinde engellilerin erişimi için uygun hale getirilir." Geçici 3'üncü madde ile de : "Belediyeler şehir içinde kendi denetimlerinde olan toplu taşıma hizmetinin engellilerin erişilebilirliğine uygun hale getirilmesi için her türlü tedbiri alır. Halihazırda kullanılan özel ve kamuya ait taşıma araçları bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 7 yıl içinde engelliler için erişilebilir duruma gelir.
	Yapılarda Engellilerin Kullanıma Yönelik Proje Tadilat Komisyonlarının teşkili, çalışma usul ve esasları hakkında yönetmelik (22.04.2006 tarihli)	Tadilat talebinde bulunan kat malikinin diğer kat malikiyle yapacağı toplantıda talebinin red edilmesi durumunda kurulacak olan komisyonla ilgilidir.
	2006/18 Sayılı Başbakanlık genelgesi (12.07.2006 Tarihli)	5378 sayı numaralı kanun geçici 2. maddesinde ifade edilen uygulamaların gerçekleştirilmesi için verilen 7 yıllık sürenin 07.07.2005 tarihinde

		başladığını belirterek bu konudaki en önemli görevin yerel yönetimlerde olduğunu ifade etmektedir. Genelge kapsamında ifade edilen düzenlemeler hazır hale getirilecek olan eylem planlarına göre gerçekleşecektir. Eylem planı kısa (2005-2007), orta (2008-2010) ve uzun vadeli (201-2012) şeklinde belirlenecektir.
	Başbakanlık Talimatı (12.08.2008 tarihli)	Yapılı çevredeki alanların standartlara uygun olmadığını belirterek yeniden düzenleme yapılan alanlar ve yeni yapılaşma alanlarında mevzuata uygun şekilde düzenlemelerin yapılması için gereken önlemlerin alınması zorunluluğunu talimatlanmıştır.
	5393 Sayılı Belediye Kanunu (03.05.2007 tarihli)	14. maddede "Belediye hizmetleri sunumunda engelli, ihtiyaç sahibi, yaşlı ve kısıtlı gelirli olanların durumlarına uygun yöntemler uygulanır." hükmüne belediyelerin görev ve sorumlulukları içinde yer verilmiştir. Ayrıca belediye başkanının görev ve yetkilerinin ifade edildiği 38. maddede "Bütçe içinde yoksul ve muhtaç kimseler için ayrılan ödeneği kullanmak, engellilere yönelik hizmetleri yürütmek ve özürli kişiler için merkezini oluşturmak " hükmü bulunmaktadır. Belediyeye

		ait harcamaların belirlendiği 60. madde de ise " Dar gelirli, ihtiyaç sahibi, yoksul ve kimsesiz kişiler ile engellilere dair yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar" hükmü bulunmaktadır.
	5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu (10.07.2004 tarihli)	Yaşlı bireyler engelliler, kadın, genç ve çocuklar için, kültürel, sosyal hizmetleri sunmak hükmü yer almış olup Büyükşehir belediye reisinin yetki ve görevlerinin ele alındığı 18. madde de ise "Bütçe içinde yoksul ve ihtiyaç sahipleri için ayrılan ödenek kısmını kullanmak, engellilerle ilgili faaliyetleri desteklemek üzere özürllüler merkezi oluşturmak" ifadesi yer almıştır
	5302 Sayılı İl Özel İdaresi Kanunu(22.02.2005 tarihli)	Kanunda yer alan 6. madde : "İl özel idarelerin sunduğu hizmetler vatandaşa en yakın alanlarda ve en uygun yöntem kullanılarak sunulur. Hizmet sunumunda özürllü, yaşlı, düşkün ve dar gelirliiler için uygun yöntemler kullanılır " hükmü bulunmaktadır. İl Özel idarelerinin harcamalarının belirtildiği 43. madde de ise "Yoksul muhtaç, kimsesizler ile engellilere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar" hükmü yer almaktadır.
	Kamu Hizmetlerin Sunumunda Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik (31.07.2009)	Yönetmeliğin özürllülerle ilgili tedbirler başlıklı 7. maddesinde "İdare sunduğu kamu hizmetlerinin özürllüler tarafından kolayca

	tarıhli)	erişilebilir olması için gerekli tedbirleri alır ." hükmü bulunmaktadır
--	----------	---

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı. Sağlık Kurumlarında zrl Bireyler için Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi. Ankara 2012.



5. KALİTE ve HİZMET KAVRAMLARI, SAĞLIK HİZMET KALİTESİ ve SERVQUAL MODELİ

5.1. Kalite ve Hizmet Kavramları

Tarihsel süreçte kalite ile ilgili çalışmalar MÖ Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Kalite ilk defa 19. y.y.'da bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Üreticilerin bu dönemden sonra kalite bilinciyle hareket etmesi, özellikle ABD'de Frederick Taylor ve Henry Ford tarafından yapılan çalışmalar kalite kavramına verilen önemin artmasına katkıda bulunmuştur (Taner ve Kaya, 2004). Çok boyutlu bir kavram olan kalite, kullanım amacına göre farklı anlamlar içermektedir. Günlük yaşamda pek çok kişiye göre kalite; "Benzerlerinden daha olumlu niteliklere sahip olan", "Lüks olan", "Pahalı" gibi doğru olmayan anlamlarda, kavramlarla ifade edilmektedir. Ancak kalite, pek çok kişi tarafından günlük dilde ifade edildiği gibi yalnızca lüks ile anılan bir kavram olmayıp, müşteri tarafından arzu edilen şartlara, özelliklere ve kullanıma uygunluk olarak ifade edilmektedir (Yatkın, 2003). Deming, Juran, Crosby, Ishikawa ve Feigenbaum gibi kalite öncüleri tarafından literatüre kazandırılmış pek çok kalite tanımı vardır.

Juran ve Gryna (1988) kaliteyi amaca uygunluk olarak tanımlarken, Feigenbaum (1983); bir ürün veya hizmetin açıkça ya da dolaylı yünden belirtilen ihtiyaçları karşılamayı sağlayan karakteristik ve özelliklerin tümü olarak ifade etmiştir. Yine kalite konusunda öncü araştırmacılardan olan Crosby (1979) ise kaliteyi; bir ürün veya hizmeti ekonomik olan bir yolla üreten, müşteri (hizmet kullanıcı) istek ve beklentilerine yanıt veren bir üretim sistemi olarak tanımlamıştır.

Ishikawa'ya göre kalite ise; en ekonomik ve kullanışlı olan, müşteriyi daima tatmin eden ürün veya hizmeti geliştirmek, tasarımını yapmak ve satış sonrası hizmetlerini vermek olarak ifade edilmiştir (Taner ve Kaya, 2004). Kalite öncüleri tarafından ortaya konulan kalite tanım ve modellerinin ortak ilkeleri ise; süreç odaklılık, amaç birliği, açıklık, sürekli eğitim ve gelişme, esneklik ve dinamizm, yaratıcılığın daima teşvik edilmesi, katılımcı bir yönetim anlayışı, takım çalışması, müşteri odaklılık ve sürekli iyileşme-gelişme olarak ifade edilmektedir. Kalitenin artması durumunda ürün ya da hizmetin rekabet gücünde artış meydana gelecektir. Kalite kavramı mal ve

hizmet sunumunda büyük önem arz etmekte olup günümüzde hizmet sunumu kalite sayesinde müşteri memnuniyeti ve tatmin sağlayabilmektedir.

Hizmet kavramı ise tüketicilerin ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla sunulan ve maddi niteliğe sahip olmayan ürün olarak ifade edilmektedir (Kuriloff ve ark., 1993 akt. Devedakan ve Aksaraylı, 2003). Bir başka tanımda hizmetleri üretildiği yerde tüketilen bir iş, emek ve sosyal olay şeklinde tanımlanmaktadır (Uyguç, 1998).

Amerikan Pazarlama Birliği hizmet kavramını "satışa sunulan veya malların satışıyla birlikte sağlanan eylem, yarar yada doyunluklardır" şeklinde ifade etmektedir. Ancak bu tanıma yapılan eleştiri fiziksel mallar ve hizmetleri yeterince ayırmamamsı konusunda olmuştur. Çünkü fiziksel mallar da yarar ve tatmin sağlamak için üretilip satılmaktadır (Ersöz, 2009).

Hizmet müşteri ve hizmet sunucu kişi yada kurum arasında karşılıklı olarak iletişim kurmayı gerektiren sosyal faaliyetler olarak da ifade edilmiştir (Karahana, 2000).

Bir başka tanıma göre hizmet; Hareket, süreç ve performanstır (Zeithaml, 2000). Aynı zamanda hizmeti tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları fayda olarak ifade etmek mümkündür (Devedakan ve Aksaraylı, 2003).

Pazarlama alanında guru olarak kabul gören Philip Kotler ve Gary Armstrong tarafından yapılmış olan tanım ise daha kapsamlı bir yaklaşım olarak dikkat çekmekte olup birinin diğerine sunduğu dokunulamayan ve herhangi bir fiziksel şeye sahip olmayla sonuçlanmayan faaliyet ya da yarar olarak tanımlanmıştır. Üretilmesi fiziksel ürüne bağlı olabilmekte veya olmayabilmektedir (Kotler ve Armstrong, 2011).

Hizmet kavramının tarihsel süreç içerisindeki tanımlarına aşağıdaki tablo 5'de yer verilmiştir:

Tablo 5: Hizmet Kavramının Tarihsel Süreç İçindeki Tanımları

Fizyokratlar (1750'den önce)	Tarımsal üretim haricindeki tüm faaliyetlerdir
Adam Smith (1723-1790)	Somut bir ürün ile sonuçlanmayan faaliyetlerin tamamı
J.B. Say (1767-1832)	Ürüne fayda sağlayan imalat dışı faaliyetlerin tamamı
Alfred Marshall (1842 - 1924)	Oluşturulduğu anda varlık bulan mallar(hizmetler)
Batı Ülkeleri (1925- 1960)	Malda biçim yönünden değişikliğe yol açmayan hizmetlerdir
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Kaynak: Öztürk, 1998

Yukarıdaki tabloda tarihsel süreç içinde verilen tanımlara bakıldığında 18.yy. da hizmet kavramını tarım harici faaliyet ve somut ürün elde edilmesi ile sonuçlanmayan faaliyetlerin tamamı olarak görmekte iken günümüze doğru hizmet kavramının tanımı, bir malda şekil yönünden değişikliğe neden olmayan faaliyet olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç olarak hizmet kavramını açıklamaya yönelik literatürde çok fazla tanım bulunmasına karşın tüm yazarların üzerinde mutabık kaldığı ortak payda hizmetlerin üretildiği zamanda tüketilen ve üretim anında karşılıklı iletişimin varlığı öncesinde kontrol'ün mümkün olmadığı soyut bir kavram olduğudur.

5.2. Hizmetin Özellikleri

Hizmetleri ürünlerden ayıran 5 temel özellik olduğu ifade edilmektedir: Bunlar: Soyut olma (satın alınmadan önce hizmetlere dokunulamaz, görülemez), eşzamanlılık (üretim ve tüketimin aynı anda meydana gelmesi), heterojenlik, stoklanamaz oluşu ve sahiplik olgusu şeklindedir (Zeithaml, 2000).

Soyut Olma: Sunulan hizmetin, görülemez, duyulamaz, el ile tutulamaz, sergilenemez, paketlenemez ve taşınamaz olmasını ifade eder. Hizmetten sağlanan fayda kullanıcı deneyimine dayalıdır. Hizmet kullanıcı hizmetin nitelik ve kıymetini ancak hizmetin tüketilme sürecinde veya süreç sonunda değerlendirilebilir. Hizmetlerin fiziki bir varlığa sahip olmamaları depolanmalarını, patenle ile korunabilmelerini, tanıtım ve teşhir faaliyetleri konusunda engel oluşturur (Sayım ve Aydın, 2011). Ayrıca hizmetin soyut olma özelliğinden dolayı sunan kişiler açısından açıklanması kolay değildir. Hizmeti tüketenler açısından da hizmetin değerlendirilmesi zordur (Devebakan, 2001).

Eşzamanlılık(Ayrılmazlık): Mal üretiminde üretim faaliyetleri ve tüketim faaliyetleri süreci birbirlerinden ayrı olması dolayısıyla mal sunan ile müşterisi satın alma sürecinde karşı karşıya gelmektedir. Mallar genelde üretildikten sonra satılırlar. Hizmet kavramında ise farklı olarak eşzamanlılık vardır. Yani hizmetler üretildiği anda tüketilir. Örneğin bir öğretmenin öğrencisine ders anlatması esnasında, hizmet üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşmesi veya uçak ile seyahat eden bir yolcunun, hizmet sunumu esnasında hizmeti tüketmesi gibi. Bu yönüyle hizmet alıcı üretim ve sunum sürecinde işletme ile etkileşim halindedir. Bunun sonucu olarak hizmet alıcı üretim sürecine dahil olmaktadır (Sayım ve Aydın, 2011).

Heterojenlik (Türdeş Olmama): Hizmetlerin temeldeki üretim biçimi insan davranışlarıyla ortaya çıkar. Yani aynı işi yapan kişilerin ürettiği hizmetler bile birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Örneğin bir berberlik hizmeti kuaför'den kuaföre olduğu gibi hizmeti alandan alana da farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar hizmeti üreten ve tüketen arasındaki ilişkiye içinde bulunulan duruma göre oluşabilmektedir. Mal üretiminde bir standart sağlanmasına rağmen hizmet üretiminde bu standartın sağlanması çok zordur. Sunulan hizmetin niteliği onu üreten üreticinin kapasite ve becerisinden ayıramaz (Sayım ve Aydın, 2011). İnsan unsuru

hizmet üretim sürecine katıldıkça değişkenlik düzeyi artacaktır. Hizmetlerin gösterdiği değişkenlik çeşitli kaynaklarca aşağıdaki gibi sıralanabilir (Doğan ve Tütüncü., 2003):

- Hizmet üretimine göre meydana gelen heterojenlik(değişkenlik)
- Hizmeti tüketen tarafından kaynaklanan heterojenlik
- Hizmeti üreten ve tüketen arasındaki ilişkiden kaynaklanan heterojenlik
- Hizmetin üretim zamanından kaynaklı heterojenlik
- Hizmetin üretimi esnasındaki çevre şartlarından kaynaklanan heterojenlik
- Hizmet üreticisi ve tüketicisi imkanlarından kaynaklanan heterojenlik

Stoklanamaz Oluşu: Hizmetler kullanıcıya sunum öncesi ve sunum sonrası varlıklarını muhafaza edemezler. Hizmetlerin üretiminden sonra depo edilememesi sebebiyle ekonomik kayıplar ortaya çıkmaktadır. Örneğin müşteri kullanımı için hazır hale getirilen otel odası, müşterinin giriş yapmaması durumunda kullanılamayacağı için oda hazırlığı boşa yapılmış olacaktır (Dalkılıç, 2013). Bu yönüyle müşteri ihtiyaç ve taleplerini katılayabilmek için sürekli planlar yapılmalı arz ve talep dengesi sağlanmalıdır. Hizmet işletmelerinde stok yapılamamasından dolayı işletme hizmet kullanıcıların isteklerine anında cevap verebilecek şekilde esnek yapıda olmalıdır.

Sahiplik Olgusu: Hizmet sektöründe sunulan ürünün soyut özelliğinden dolayı işletmenin ürünü tasarlaması, geliştirmesi ve kontrolü mal üreten işletmeye göre çok daha zor olmaktadır. Ürün üreten işletmelerde sahiplik satın alma süreci akabinde değişirken, hizmet üreten işletmelerde sahiplik genel olarak değiştirilemez (Dalkılıç, 2013).

5.3. Hizmet Sektörü

20. yy. ikinci yarısından itibaren hem gelişmişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde hizmet sektörü hızlı şekilde sanayi ve tarımı geride bırakmaya başlamıştır. Bu yönüyle ekonomilerin gelişmesinde giderek artan bir önem kazanmıştır. Hizmet işletmeleri ise hizmet üretmek ve ürettiği hizmetleri pazarlamak ile faaliyetde bulunurlar. Duygun (2007) hizmetlerin zorunluluk derecesine göre sektörel olarak aşağıdaki şekilde sınıflandırma yapmıştır:

A) Birinci Seviye Zorunlu Olan Hizmetler

- Sağlık hizmeti
- Beslenme hizmeti
- Barınma ve konaklama hizmeti

B) İkinci Seviye Zorunlu Olan Hizmetler

- Emniyet ve güvenlik hizmeti
- Eğitim hizmeti

C) Üçüncü Seviye Zorunlu Olan Hizmetler

- İletişim ve haber alma hizmeti
- Ulaşım hizmeti
- Sigorta hizmeti
- Bankacılık işlemleri ile ilgili hizmetler
- Turizm hizmetleri

D) Dördüncü Seviye Zorunlu Olan Hizmetler

- Berber- kuaförlük hizmeti
- Giyim tekstil hizmeti
- Güzellik bakımı hizmeti
- Tamir, tadilat ve bakım hizmeti
- Mimarlık ve mühendislik ile ilgili hizmetler
- Garanti ve servis hizmeti

5.4. Hizmet Kalitesi Kavramı

Kalite kavramına baktığımızda pek çok tanım bulunmakla beraber günümüzde iyi oluşu, beklentileri aşmayı, üstünlüğü ifade etmek için kullanılmaktadır. Kalitenin subjektif ve objektif olmak üzere 2 yönü vardır. Subjektif kalite, kişilerin eğitimlerine, yaşam düzeylerine, zevklerine, gelenek, kültür ve toplumsal yapılarına

göre değerlemesidir. Objektif yönü ise ürünün ölçülebilen kalite standartları ile belirlenen kalitesini ifade etmek için kullanılır (Tütüncü ve Doğan, 2003).

Yapılan birçok araştırmada hizmet kalitesinin; işletmenin performansı üzerine, müşteri memnuniyeti üzerine ve satın alma niyetiyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Zeithaml, 1996).

Zeithaml algılanan hizmet kalitesini hizmet kullanıcının "bir ürünün ya da hizmetin üstün oluşu veya mükemmelliği ile ilişkili genel yargısı olarak" ifade etmiştir.

Hizmetlerin özellikleri tüketicilerin kalite algısını önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmetlerin soyut olması müşterilerin satın almadan önce alacağı hizmetin kalitesini değerlendirmesini zorlaştırdığı gibi pek çok durumda da hizmet kullanımı sonrasında dahi tüketicinin hizmet kalitesini değerlendirmesi çok zor olabilmektedir. Hizmetlerde kalite kontrol ve hizmet kalitesini standartlaştırmak da büyük ölçüde iyi eğitimli nitelikli işgücü ile mümkün olabilmektedir (Parasuraman ve ark. 1985).

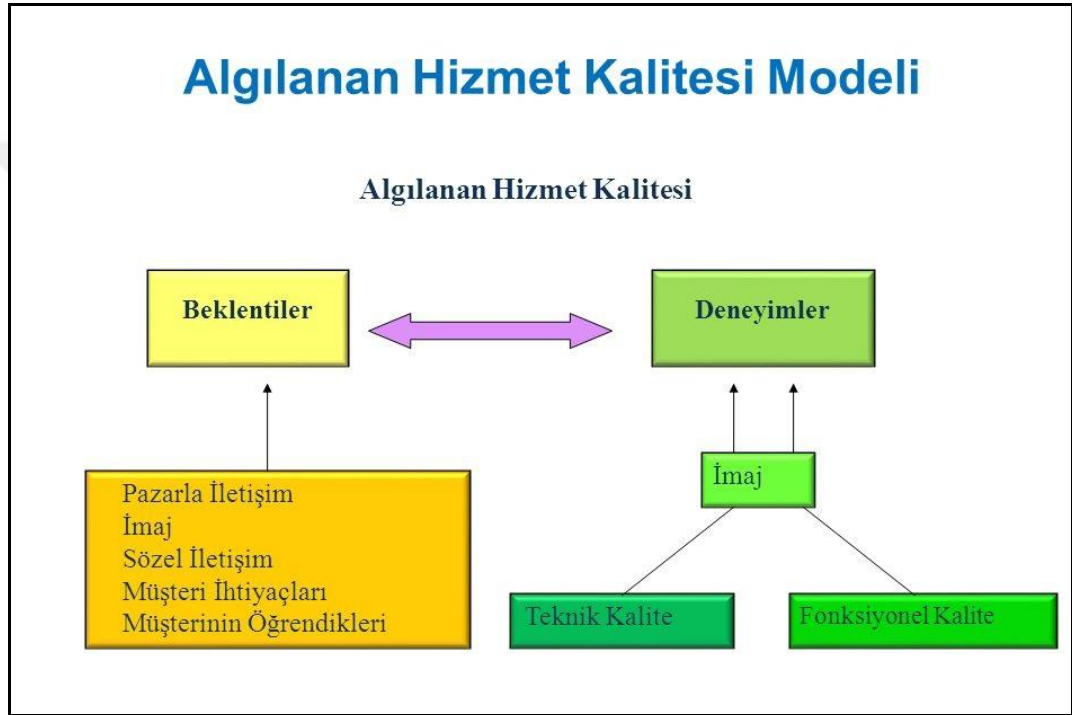
Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) çalışmalarında hizmet kalitesi kavram ve konusuna geniş bir perspektif getirerek kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirmişlerdir. Geliştirdikleri model tüketicilerin hizmeti algılamaları ve beklentileri arasındaki farka dayanır. şayet hizmetten beklenti hizmeti algılamadan büyük olursa tatmin düzeyi düşük, tersi durumunda ise tatmin düzeyi ve kalite algısı yüksek olacaktır.

5.5. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Literatür incelendiğinde çeşitli araştırmacıların hizmet kalite boyutlarıyla ilgili çeşitli yaklaşımları olduğu görölmektedir. Hizmet kalite boyutları hakkındaki çağdaş tartışmalar Avrupalı bilim adamları tarafından başlatılmıştır. Gronroos (1984) ifadesine göre sunulan hizmetlerin kalitesini belirleyen 3 boyut mevcuttur. Bu boyutlar; fonksiyonel kalite, teknik kalite ve imaj ile ilgili boyutlardır (Gronroos, 1984). Gronroos' un modelinde teknik kalite müşterinin ne aldığı, fonksiyonel kalite ise müşterinin hizmeti nasıl aldığının cevabıdır. Burada fonksiyonel kalite subjektif olarak algılanmakta, objektif olarak değerlendirilmemektedir. İmaj ise sunulan hizmetin teknik ve fonksiyonel değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hizmet kullanımı sonrasında algılanan hizmet düşük düzeyde ise algılanan ve

beklenen hizmet arasındaki fark açılacak bunun sonucunda tüketicide oluşan hayal kırıklığı hizmet sunan işletmeye imaj kaybı olarak yansımaktadır. Eğer sunulan hizmet tüketici zihninde pozitif bir imaja sahip ise ufak tefek memnuniyetsizlikler unutulacak ancak kalitesiz hizmet sunumu devam ederse yine imaj zarar görecektir. Bu yönüyle Gronroos(1990) imaj kavramını tüketicinin kalite algısında süzgeç görevi olarak ifade etmektedir.

Aşağıda şekil 2' de Gronroos Modeli yer almaktadır.



Şekil 2: Gronroos Modeli

Kaynak: Gronroos, C. (Toward a Third Phase in Service Quality Research. Vol.2 1993.

Bir diğer araştırmacı Lehtinen ve Lehtinen ise hizmet kalitesinin boyutlarını fiziki kalite, işletme kalitesi ve etkileşim kalite boyutu olarak 3 boyutta ifade etmiştir (Uyguç, 1998).

Parasuraman ve ark. (1985) çalışmasında ise hizmet sağlayan tüm organizasyonlarda geçerli olan 5 hizmet boyutu olduğu ifade edilmiştir. Bunlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olarak ortaya konulmuştur (Zeithaml ve ark. 1990).

Fiziksel Özellikler: Hizmet sunum esnasında kullanılan fiziksel olanakların tümü (araç-gereç, personel görünüşü vs)

Güvenilirlik: Hizmetin vaat edildiği gibi doğru ve güvenilir olarak yerine getirebilme yeteneğini olarak ifade edilmiştir.

Heveslilik: Hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi için müşterileri yardım etme ve çaba gösterme.

Güven: Hizmet sunucuların, müşteride güven duygusu uyandırabilme yeteneği. Çalışanların nazik ve bilgili olması.

Empati: Hizmet sunucunun kendisini müşterilerinin yerine koyabilme yeteneği.

Parasuraman ve ark. (1985) ölçeği literatürde popülerliği yüksek olsa da bazı araştırmacılar tarafından evrensel geçerliliği olmadığı yönünde eleştirilmektedir. Örnek olarak ABD'de bir sağlık hizmet tüketicisi ile Türkiye'deki bir tüketicinin sağlık hizmetleri kalite değerlendirmesi farklılık gösterebilmektedir. Bu yönüyle hizmet kalitesi ölçümünde tüketicilerin değerlendirmelerinin zaman, yer ve bulunduğu sektör yönünden farklılık göstereceği, evrensel bir hizmet kalitesi ölçeğinin de tartışmalı olduğu ifade edilmektedir (Aksoy, 2005).

Bir başka model ise hizmet kalitesini; hizmet alanında sunumu yapılan imkanlar, standartlara yönelik uygunluk, zamanındalık, beşeri faktör ve davranışsal özellikleri olmak üzere 4 boyutta incelemiştir (Oswald ve ark. 1998).

5.6. Kavramsal Hizmet Kalite Modeli Olarak SERVQUAL Ölçeği

Zeithaml ve ark (1990) yaptığı araştırmalarda kavramsal hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek için hizmet sektöründe çalışan idarecileri ve müşterileri kapsayan keşfedici araştırmalar (exploratory investigation) yapmışlardır. Müşterilerle odak grup görüşmesi ve yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmeler neticesinde hizmet kalitesi boyutları ortaya konulmuş, hizmet kalitesi kavramı tanımlanarak, hizmet alanların beklentilerini etkileyen faktörler tespit edilmiştir. Müşterinin algıladığı hizmet kalitesi; beklenti ve algı arasındaki fark olarak ifade edilirken iletişim, bireysel ihtiyaçlar, daha önceki deneyimler ve dışsal iletişimlerin müşterilerin beklentilerine etki eden faktörler olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca araştırmacılar hem hizmet sunucunun kalite arayışları hem de hizmeti kullananların hizmetten beklentisi ile gerçek deneyim arasındaki bazı boşlukları da (farklılıkları) tespit etmişlerdir. Söz konusu farklılıklar ve bu farklılıklara neden olan unsurlar aşağıda ifade edilmiştir (Parasuraman ve ark. 1985):

- Müşterilerin beklentileri ve hizmet sunucunun müşteri beklentilerini algılamaları arasındaki boşluk (1. boşluk)
- Hizmet sunucunun, hizmet kullanıcı beklentisinin algısı ile hizmetin kalitesi özellikleri arasındaki boşluk (2. boşluk)
- Hizmet sunumu ile hizmet kalitesi özellikleri arasındaki boşluk (3. boşluk)
- Dışsal iletişim ile hizmetin sunumu arasındaki boşluk (4. boşluk)
- Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki boşluk (5. boşluk)

Araştırmacıların çalışmaları sonucunda hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak sayısal araştırmalar yapabilme isteği neticesinde SERVQUAL ölçeği oluşturulmuştur. Parasuraman ve ark. (1988). hizmet kalitesini sayısal olarak ölçmek için yaptıkları ilk çalışmada 5 farklı hizmet sektörünü (tamir hizmeti, bankacılık hizmeti, uzun mesafe iletişim hizmeti, menkul kıymet komisyonculu hizmeti ve kredi kartı hizmeti) algılanan hizmet kalitesini geliştirdikleri SERVQUAL ölçeği vasıtasıyla ölçmüşlerdir. Daha sonra 1991 yılında SERVQUAL ölçeğini geliştirerek üzerinde değişiklikler yapmışlardır (Parasuraman ve ark. 1991). Bu değişikliğe göre önceki ölçekteki 16 olumlu, 6 olumsuz olan ifade de olumsuz kelimelerle ifade edilen beklentilerin standart sapması pozitif olanlardan daha yüksek çıkıyordu. Sonucunda olumsuz ifadeler olumlu ifadelere dönüştürülmüştür (Parasuraman ve ark. 1991).

Aşağıdaki tabloda servqual ölçeği hizmet kalitesinin 5 boyutu ve ifade sayıları verilmiştir:

Tablo 6: Servqual Hizmet Kalitesi Boyut ve İfade Sayıları

Hizmet Kalitesi Boyut	İfade Sayısı	Açıklama
Fiziksel Özellikler	1-4	Hizmet sunan kuruluşun sunum esnasında kullandığı her türlü araç gereç donanım ve

		personelin fiziksel görünüşünü ifade eder
Güvenilirlik	5-9	Hizmet sunan kurumun vaat ettiği hizmeti güvenilir ve doğru şekilde gerektiği gibi yerine getirmesini ifade eder.
Heveslilik	10-13	Hizmet kullanıcılara yardım etme ve destekleyicisi hizmet sunumunda istekli olunmasını ifade eder
Güven	14-17	Çalışanlarının müşteriler nezdinde güven duygusu oluşturabilmesini ifade eder
Empati	18-22	Hizmet sunan kuruluşun kendini müşterilerin yerine koyarak onlara kişisel ilgi alaka göstermesini ifade eder

Kaynak: Savaş, H. ve Kesmez G.A. (2014) Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 17(1-13).

5.7. Sağlık Hizmet Kalitesi

Sağlık sektöründe kalite denildiğinde farklı paydaşlar için birbirinden farklı anlamlar içermektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi başarabilmenin en mühim aracı ise farklı olan paydaş beklentilerinin dikkate alınarak izlenmesi ile mümkündür. Doktor, diğer sağlık çalışanı, hastalar ve tedarikçilerin beklentileri arasında denge kurulmalı ve ölçülebilirlik (accountable) üzerine kurulu bir sistem tasarlanmalıdır (McGlyn, 1997).

Tarihsel süreç içerisinde sağlık hizmetleri kalitesinin pek çok tanımı yapılmış olmakla beraber yapılan bu tanımlar yapanın bakış açısına ve kavrama yaklaşımına göre farklı şekilde ifade edilmiştir. Örnek vermek gerekirse sağlık hizmet kalitesini tıbbi faaliyetler perspektifinden ele alan bir ifadeye göre kalite; Bir hastalığın yada olumsuz durumun fonksiyonu olarak bireyin sağlık statüsünde oluşabilecek bir

gerilemeyi en az durduran yada iyileşme sağlayan belli faaliyetlerin yerine getirilmesi olarak tanımlamaktadır (Caldwell, 1998 akt. Aslantekin ve ark. 2005).

Teorik veya uygulamaya yönelik olarak sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik pek çok araştırma yapılmış olup bunlardan bir kısmı mikro düzeyde hastanelere odaklanırken bir kısmı ise makro düzeyde konuyu ele alarak ulusal sağlık politikalarını yönlendirmek maksadıyla yapılmıştır (Eggli ve ark. 2003, akt. Zaim ve Tarım, 2010).

Üretim ve hizmet sektöründeki kalite uygulamaları ile sağlık hizmetlerindeki kalite uygulamaları arasında çok fark olduğu söylenebilir. Üretim sektöründe hatalı bir üretim olduğunda durdurmak ve hatayı düzeltecek önlemler almak mümkündür. Hizmet sektörüne baktığımızda ise müşterilerin kaliteli hizmet talep etmesine karşın müşteri memnuniyeti sağlanmaz ise bile özür dilenerek aynı hatayı tekrarlamamak için tedbirler alınabilir. Ancak sağlık sektöründe hata hiç söz edilemeyecek bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde kalitesizliğin maliyeti insan hayatıyla sonuçlanabileceğinden, kaliteli hizmet büyük önem arz etmektedir (Küçükaksu ve ark. 2004). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlamak olmazsa olmaz olarak kabul edilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin bazı özellikleri kaliteyi belirleyen unsurlar olarak bilinmektedir. Bunlar; etkinlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, meşruluk, hakkaniyet kavramlarıdır.

Etkinlik: Sağlık statüsünün yükseltilmesi için gösterilen çaba

Etkililik: Hastalık durumunun iyileştirilme derecesi, tedaviye verilen cevap.

Verimlilik: Hastaya yapılacak iyileştirmeleri azaltmaksızın tedavi maliyetlerinin düşürülmesi

Optimallik: Tedavi süreci ve maliyet arasındaki dengenin kurulması

Meşruluk: Toplumun ve bireylerin tercihlerine uygun olma durumu

Hakkaniyet: Sağlık hizmet sunumunda adil olunması hakkaniyete uygun davranılması

Literatürde sağlık hizmet kalitesinin ölçümü için Parasuraman ve ark. (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL modelinin yanında başka modellerde görülmektedir. Bunlardan biri Oswald ve ark. (1998) tarafından hizmet kalitesi

ölçümü için önerilen modeldir. Hizmet kalite boyutları; Hizmet ortamında sunulan imkanlar, standartlara uygunluk, zamanlılık, insan ve davranışsal faktörler olmak üzere 4 boyutta ifade edilmiştir. Bir diğer çalışmada ise sağlık hizmet kalitesi; Hasta kabul, fatura ödeme, hemşirelik hizmetleri, yiyecek hizmetleri, oda hizmetleri ve teknik hizmetler olmak üzere 6 boyutta ele alınmıştır (Woodside ve ark. 1989).

Coi ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada ise Sağlık hizmetlerinden yalnızca poliklinik hizmetlerini ele almış ve 4 boyutta ifade etmiştir. Bunlar; ayaktan hizmet süreci kolaylığı, hekim dışındaki personel, hekimler ve fiziksel imkanlar olarak ifade edilmiştir.

Yukarıda ifade edilen modellerden de anlayabileceğimiz üzere sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyici büyük oranda insan faktörüdür denilebilir.

Sağlık hizmet sunumunda eşzamanlı ve bütüncül bir bakış açısı ortaya konulmalıdır.

Hizmet kalitesi kavramına baktığımızda müşterilerin hizmetten beklentileri ile algıları arasındaki farkın sonucu olarak ifade edilmektedir (Parasuraman ve ark., 1985).

Bu yaklaşım çerçevesinde beklentilere dair hizmet kalitesi algılanan hizmet kalitesinden yüksek olursa kalite düşük, beklenen hizmet kalitesi algılanan hizmet kalitesinden düşük olursa ise kalite yüksek olmaktadır. Eşit olması durumunda ise genel olarak hizmet kalitesinin tatmin edici düzeyde olduğu ifade edilmektedir (Korkmaz ve Çuhadar, 2017).

Sağlık hizmetleri kişilerin ve toplumların sağlıklı, verimli ve uzun ömürlü olmasını sağlamayı amaçlarken, nüfusun sağlık düzeyini yükseltmek, kişileri hastalıklardan korumak için tedbirler almak, hasta ve engelli kişilerin tedavi sonrası rehabilite edilmesini sağlamaktır (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002).

Temel amaç toplumlar için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin istenilen kalite düzeyi, zaman ve maliyet ile sunumunu gerçekleştirmektir.

Kaliteli sağlık hizmetleri kişilerin iyilik hali ve mutluluğu, hizmet sunucuların verimliliği ve ülkenin kalkınma hedeflerine katkı sağlayacak kadar sarmal bir ilişki oluşturur. Bu yönüyle sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesi yalnızca hastalar

açısından değil kamu kurumları ve hükümet politikalarını da yönlendiren önemli bir konudur (Papatya ve ark. 2012).

Sağlık hizmetlerinin ifade ettiği kalite pek çok boyutu olan bir süreç olarak değerlendirilmektedir ve hastalar, hizmeti sunanlar, hizmeti satın alanlar, profesyoneller ve hizmeti algılama olarak 5 unsurdan meydana gelmektedir (Gül, 2002 ve Taşdemir, 1998).

Günümüzde eğitim durumu ve gelirin yükselmesine paralel olarak hizmet alanların beklenti istek ve taleplerinde artmalar ve değişmeler meydana getirmiştir. Beklentilerde ki bu değişmeler sağlık tesisi hizmet kullanıcısı olan hastalar içinde geçerlidir. Hastaların sunulan sağlık hizmetini beklentilerinin üstünde karşılamaları, memnuniyetlerini sağlamada önem arz etmektedir.

Sağlık hizmet kullanıcısı açısından memnuniyet ise; tüm istek, beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak ifade edilirken, memnuniyetsizlik ise beklenti ve algılanan hizmet düzeyi arasındaki olumlu olmayan fark olarak ifade edilmektedir (Sezgin ve Haşiloğlu, 2008).

Hizmetlerin doğası gereği depolandığı anda tüketilerek depolanmasının mümkün olmaması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesini de zorlaştırmaktadır. Bu yönüyle sağlık hizmet kalitesi bağlamında hasta memnuniyeti kalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Buradaki memnuniyete ilişkin sağlık sunucunun alacağı geri bildirimler sağlık hizmet sunum organizasyonun dizayn edilmesinde ve yönetilmesinde de değerlidir (Korkmaz ve Çuhadar, 2017).

Son yıllarda kamu sağlık tesislerinin de hasta memnuniyeti ve kalite konularına giderek daha çok ilgi duyduğu ve yapılan çalışmaların yaygınlaştığı görülmektedir.

5.8. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Literatüre bakıldığında sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutlarına yönelik pek çok çalışma olduğu görülmektedir. Bunlardan en yaygın kullanılanı Donabedian tarafından tanımlanan sağlık hizmetlerinin teknik hizmet kalitesi boyutu, kişiler arası iletişim boyutu ve konfor boyutudur (Turner ve Pol, 1995).

Teknik boyuta baktığımızda güncel tıbbi bilginin bir hastalığın teşhis ve tedavisine iyi uygulanmasını ifade eder. İletişim boyutu ise hasta ile iletişime geçen sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, diğer sağlık personeli) hastaya yaklaşımını ele almaktadır. Sağlık hizmetlerinin otelcilik yönü ise sağlık tesisi ortamında sunulan fiziksel imkanlar ve bu imkanların rahatlığı(konforu) ele almaktadır.

Sasser, Olsen ve Wkckoff (1978) ise sağlık hizmet kalite boyutları olarak personel düzeyi, tesis düzeyi ve materyal düzeyi olmak üzere 3 boyut tanımlamıştır.

Bir diğer araştırmacı Carmen (2000) ise ABD'de yaptığı çalışmasında Hastanelerdeki hizmet kalitesini 2 boyutta ele alarak incelemiştir. Bu boyutlar teknik ve konaklama boyutudur. Teknik boyut tıbbi hizmetleri kapsamakta(hekim ve hemşirelik hizmetleri), konaklama boyutu ise günümüzde Hastanelerde kalite ve destek hizmetlerinin görev alanına giren; refakat hizmetleri, yemek hizmetleri, temizlik hizmetleri, güvenlik hizmetleri ve otopark himetleri gibi faktörleri kapsamaktadır.

5.9. Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçümü

Hizmet kalitesinin ölçülmesiyle ilgili farklı araştırmacılar tarafından farklı pek çok model ve yöntem ortaya konulmuştur.

Hastaneler de hizmet kalitesinin ölçümü farklı bir yapı içermektedir. Hizmet sunumu esnasında hastaların verilen hizmetin teknik yönünü değerlendirememesi sağlık tesislerinde fonksiyonel kalitenin önemini daha mühim kılmaktadır (Zaim ve Tarım, 2010).

Literatüre bakıldığında hastanelerde hizmet kalitesi ölçümü için farklı yaklaşımların tercih edildiği görülmektedir. Birçok çalışmada SERVQUAL yaklaşımı kullanılırken, bazı çalışmalarda bu modelin sağlık hizmetleri kalitesinin yeterli olmadığı düşüncesiyle model geliştirilmeye çalışıldığı görülmektedir (Woodside ve ark. 1989).

Shemwell ve Yavaş (1999) çalışmalarında hastanelere özel bir hizmet kalite modeli geliştirmiştir. Ortaya koydukları modele göre geliştirdikleri ölçekte 14 ifade yer

almaktadır. Bu ifadelerin 5'i hizmetin arama, 4'ü güven ve 5 tanesi de deneyim ile ilgili olarak ifade edilmiştir.

Bir diğer araştırmacı Carman (2000) çalışmasında hastane hizmetlerinde hastaların kalite algısı üzerine ampirik bir çalışma yapmış ve hizmet kalitesi olgusunu bir tutum olarak ifade etmiştir. Carman hizmet kalitesinin, teknik ve işlevsel olarak 2 tür özellikten oluştuğunu ve bunların hizmetin kalitesini değerlendirme de ağırlığını ve olması halinde etkileşimini araştırmıştır. İşlevsel diye ifade edilen özellikler hastanelerde hizmetin sunumu ile ilgili özelliklerin tümünü ifade ederken, teknik özellikler ise hizmetin sonuçlarıyla ilgili özellikleri ifade etmektedir. Bu yönüyle Carman yaptığı araştırmada temel olarak "hizmetin başarılı sunumu hastaların kendilerine doğru tedavi yapıldığına dair görüşlerini etkilemekte midir?" sorusuna cevap aramıştır.

Reidenbach ve Sandifer-Smallwood (1990) hastane hizmetlerini acil hizmetler, ayaktan ve yatan hasta hizmetleri olarak 3 temel işlevde ele alarak, hizmetlerin kalite boyutları olarak hasta güvenliği, tedavinin kalitesi, destek hizmetleri, iş becerisi, fiziki görünüm, bekleme zamanı ve empati boyutlarında ifade etmişlerdir (Zaim ve Tarım, 2010).

Babakus ve Mangold (1992), Parasuraman ve ark.(1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğini hastane hizmetlerine uygulayarak revize etmiştir.

Türkiye de yapılan araştırmalara bakıldığında Devedbakan ve Aksaraylı (2003) tarafından İzmir ilinde özel bir hastane de hastaların demografik özelliklerine göre hizmet kalite algıları arasında bir fark olup olmadığı incelenmiş ve sonucunda yaşlıların genç bireylere göre, düşük eğitilmiş hastaların daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara göre, yüksek gelirli hastaların, düşük gelirli hastalara göre ve sadakatli hastaların sadık olmayan hastalara göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri ifade edilmiştir.

Bir diğer çalışmada ise hastane hizmetlerinde kalite algısını etkileyen faktörlerin neler olduğu araştırılmıştır. Araştırmacılar, hasta memnuniyeti çerçevesinde hastaların, eğitim düzeylerinin, cinsiyetinin ve daha önce gittikleri sağlık tesisinin etkili olduğunu belirtmiştir (Çatı ve Yılmaz, 2002).

Malezya da özel sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için yapılan bir başka çalışmada tesadüfi olarak seçilen 340 kişiden veriler alınmış araştırma sonuçlarına göre orta düzeyde negatif fark elde edilmiştir. (Butt ve Run, 2010 akt. Savaş ve Kesmez, 2014).

Konya da 3 ayrı kamu hastanesi ve bir özel hastane de yapılan bir başka araştırmada hizmet kalitesi bağlamında hizmetin erişilebilirliği ve hizmetin sunulduğu ortamın önemi ortaya konulmuştur (Engin ve Sevinç, 2005).

Mujic ve Legcevic (2006) çalışmalarında hastaların hizmet kalite algıları belirlenmesi maksadı ile 434 hastadan veri toplanmış, yapılan analize göre servqual skoru -2.02 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre hastaların hizmet kalite beklentilerinin algılarından çok daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.

5.10. Türkiye'de Hastane Hizmet Kalite Standartları

Sağlık hizmetlerinde her geçen gün teknoloji kullanımının artması, altyapı gelişimi, eğitimli yetişmiş insan gücü niteliği bakımından Türkiye gelişmiş batı Avrupa ülkelerini aratmayacak şekilde gelişmektedir. Sağlık sisteminin en önemli ayaklarından olan hastaneler de sunulan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik olarak hazırlanan Hastane Hizmet Kalite Standartları (HKS) içerisinde kurumlarda tedavi gören engelli hasta-hasta yakınları ile engelli çalışanlara yönelik olarak ilgili standart maddeleri oluşturulmuştur.

Engellilere yönelik olarak uygulanan HKS bakanlık denetçileri tarafından belirli periyotlarda yerinde değerlendirilmektedir. HKS de yer alan ilgili standart maddelerin başlıkları şunlardır (Sağlık Bakanlığı HKS, 2011):

- Engelli kişiler için tüm fonksiyonel düzenleme ve uygulamalar yapılmış olmalıdır
- Park alanı, lavabo tuvalet ve duş alanlarının engelli kişilerin kullanımına uygun olarak düzenlenmesi yapılmış olmalıdır
- Engelli bireyler için tutunma barları ve çıkış rampaları bulunmalıdır
- Engelli bireylerin sağlık hizmeti alabilmeleri için öncelikli olarak; kayıt yaptırmaları poliklinik bekleme bölümlerinde oturabilmeleri ve muayenelerinin sağlanması gerekmektedir

- Asansörlerin güvenli kullanımına dair düzenlemeler yapılmalıdır
- Asansörler için ilgili kurumlardan (MMO gibi) kullanıma uygun belgesi bulunmalıdır (Yeşil etiket alabilmek için engelli düzenlemeleri standartlara uygun olarak yapılmış olmalıdır)
- Asansör içlerinde acil yardım çağrı sistemi bulunmalıdır
- Asansör bakımları aylık olarak ve gerektiği zamanlarda yapılmalıdır
- Engelli hastalar için uygun düzenlemeler oluşturulmalıdır; hasta sandalyesi arkaya katlanır şekilde olmalı, engelli kişinin hasta sandalyesine kolayca oturması için hasta giriş tarafında sabit kolluk olmamalı, bir dış ünitesinin arkasında en az 2 metrelik mesafe bulunmalı, ünite girişi tekerlekli sandalyenin girişine uygun şekilde düzenlenmelidir
- Hastalar için tuvalet ve lavabolar bulunmalıdır.

6. KALİTE FONKSİYON GÖÇERİMİ MATRİSİ

Kalite Fonksiyon Göçerimi (KFG); Hizmet kullanıcının ihtiyaç ve beklentilerini tasarım haline getirerek, bu beklentilerin en mühim kalite hedefleri olmasını sağlayarak üretimin her aşamasında kullanılmasını zorunlu kılan kalite tasarım geliştirmesi olarak ifade edilmektedir (Akao, 1990). İlk defa Yoji Akao tarafından 1966 yılında geliştirilen KFG tekniğin de müşteri istek ve beklentileri, yeni ürün hizmet geliştirmek için veya önceden geliştirilmiş ürün yada hizmetlerin yeniden tasarlanması için itici güçtür.

ABD uygulaması ilk olarak 1986 yılında Xerox ve Ford Otomotiv işletmelerinde kullanılmış ve 1997 yılına gelindiğinde ABD' de kullanımı 100'ün üzerine çıkmıştır. ABD'de ilk defa hizmet sektöründe uygulanması ise Michigan Üniversitesi Tıp Merkezinde 1991 yılında yapılmıştır (Doğan ve Arıcan, 2008).

KFG yöntemi müşteri ile üretici veya hizmet sunucu arasında iyi bir iletişimin oluşmasını sağlayarak, müşteri isteklerinin(sesinin) ürün yada hizmet tasarımına dönüşmesini sağlamaktadır. Müşteri istek ve beklentilerinin, işletmenin ürün veya hizmet tasarımında yer alması ise o firmanın müşteri odaklı olduğunun bir göstergesidir (Doğu ve Özgürel, 2008). KFG yöntemi sayesinde işletme müşterileri gözünde rakiplerine göre hem kendi yerini saptarken hem de müşterilerinin istek ve beklentilerini doğru anlayarak rekabet avantajı sağlayabilmektedir.

6.1. Kalite Fonksiyon Göçerimi Modelleri

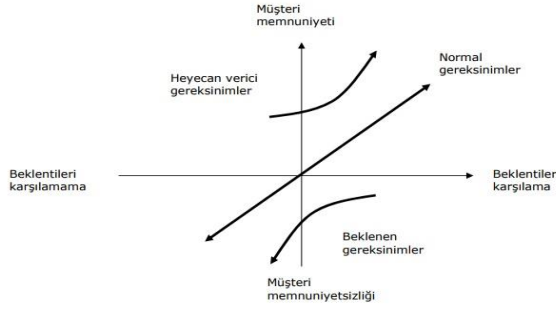
KFG çalışmalarında belirli modellerden yararlanılmaktadır. Literatürde yer bulan KFG çalışmalarında en çok kullanılan modeller KANO ve Kalite Evi modelleridir (Erdem ve ark. 2003).

6.1.1. Kano modeli

Aşağıdaki Şekil 3'de gösterildiği gibi Kano modelinde müşteri memnuniyeti için 3 çeşit gereksinimden bahsedilir; normal gereksinimler (olması müşteri memnun ederken olmaması memnuniyetsizlik yaratır), beklenen gereksinimler (olmaması büyük hayal kırıklığına neden olurken, olması genellikle olumlu bir etki yaratmaz) ve heyecan verici gereksinimler(keşfedilmesi zordur, karşılanmaması müşteride

herhangi bir etki yapmazken, olması durumunda müşteri memnuniyeti ciddi oranda artmaktadır) (Erdem ve ark,2003).

Kano modeli müşteri memnuniyeti için hangi gereksinimlerin karşılanması durumunda memnuniyet düzeyinin nasıl etkileneceğini belirtir.

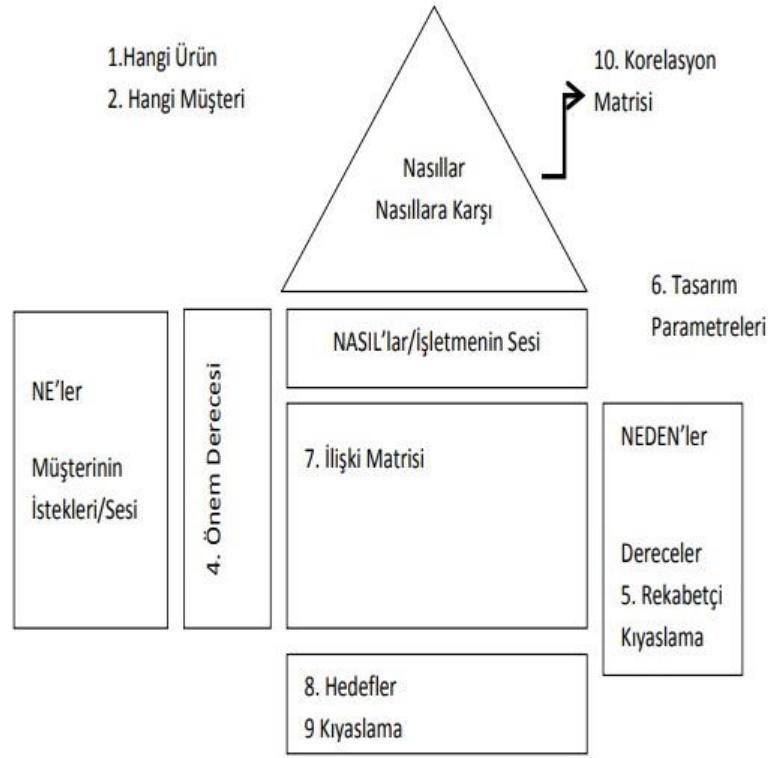


Şekil 3: Kano Modeli (Kano, 1984).

6.1.2. Kalite evi modeli

KFG metodolojisi için yaygın kullanılan bir diğer model Kalite Evi'dir. Bu modelde müşteri talep ve beklentileri tasarım karakteristiklerine dönüştürerek müşteri sesini sistematik bir şekilde üretim düzeyine taşınmasını sağlar (Govers, 2001).

Aşağıda Şekil 4 de ifade edilen kalite evi modelini incelersek; evin dış duvarları müşterilerin istekleri olarak ifade edilmiştir. Sol taraftaki duvarda müşteri isteklerinin (sesi) bir listesi vardır. Sağ taraftaki duvara baktığımızda ise planlama matrisi görülmektedir. Evin 2. katı(tavan arası) olarak görülen bölüm ise teknik karakteristiklerden oluşur. evin iç kısmına baktığımızda ise müşteri istekleri ve teknik tanımlamalar arası ilişki ortaya konulmaktadır. Çatı bölümünde teknik tanımlamaların kendi aralarındaki ilişkileri yer alırken, giriş bölümde, karşılaştırma, teknik zorluğun derecesi ve hedef değer gibi ifadelerden oluşmaktadır (Taş, 2006 akt. Yapraklı ve Güzel).



Şekil 4: Kalite Evi Modeli (Govers, 1986).

6.2. Kalite Fonksiyon Göçerimi Süreci

Kalite evi şeklinde ifade edilen matrisle, belirlenen müşteri beklenti ve taleplerinin (kalite evinin neler'i), uygun teknik karakteristiklere (nasıllara) dönüştürülme süreci olarak ifade edilir. KFG süreci 4 aşamadan meydana gelir;

- Planlama
- Müşterisinin beklentileri(sesi) toplanması
- Kalite Evinin Oluşturulması
- Ortaya Konan Sonuçların Analiz edilmesi ve yorumlanması

Planlama Aşaması: KFG uygulaması bir takım çalışmasıyla yapılır ve uygulama başlamadan önce KFG takımı oluşturularak; amaçların belirlenmesi, örgütsel desteğin sağlanması, çalışma yapılacak müşteriye karar verilmesi, zamanın belirlenmesi, KFG sürecinin tasarlanması ve gerekli altyapı desteğinin sağlanması konularını içerir(Savaş ve ark. 2005).

Müşteri Beklentilerinin (Sesinin) Toplanması Aşaması: Müşteri beklentileri, müşterilerin ürün ve hizmete ilişkin istek ve ihtiyaçlarını ifade eder. Bu aşama KFG uygulamasının en kritik adımıdır çünkü KFG uygulamasına başlarken müşteri ihtiyaçları temel veridir. Bu verilerin toplanabilmesi için sistemli şekilde yapılacak bir iletişim çalışması lüzumludur. Çalışma sonucu elde edilen veriler müşterinin sesi olarak ifade edilmektedir(Yapraklı ve Güzel, 2010).

Kalite Evinin Oluşturulması Aşaması: Kalite evi KFG yönteminin en çok kullanılan modelidir. Kalite evi matrisi, müşteri isteklerinden oluşan verilerini özel hedef değerlerine karşılık gelen bir takım tasarımlara çevirir.

Analiz ve Yorumlama Aşaması: Oluşturulan kalite evinin detaylı analizi yapılarak çalışama sonuçları yorumlanır.

6. 3. Sağlık Tesisleri İçin Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulanabilirliği

Sağlık hizmet sunan hastaneler için teknik kalite ve hizmet kalitesi büyük önem arz etmektedir. Hizmetlerin özellikleri gereği soyut olması , müşteri açısından satın alınmadan önce kalitenin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinde hizmet sunumu sonrasında müşterilerin(hastaların) teknik hizmet kalitesini(tedavi) değerlendirmesi bilgi asimetrisinden dolayı çok güçtür. Bu yönüyle sağlık bakım hizmet kalitesi genellikle sağlık profesyonellerinin değerlendirmesi içerisinde (Devebakan ve Aksaraylı, 2003). Bu nedenle hastanelerde sadece teknik hizmet kalitesinin ölçülmesi hizmet kalitesini yansıtmayacaktır. Sağlık tesislerinin sunduğu sağlık hizmetlerine ilişkin hasta algılarını içeren sağlık tesislerinin fonksiyonel kalitesi de hastaların kalite anlayışını içeren önemli bir etmendir.

Müşterinin istek, talep ve beklentilerini hizmetin sunum aşamasına taşıyan KFG uygulamasının sağlık hizmetleri için en mühim faydasının müşterilerin (hastaların) sesinin, sağlık hizmet sunucusu hastane tarafından duyulması, dikkate alınması ve hasta ile sağlık tesisinin aynı dili konuşması sağlanmasıdır. Günümüzde gelişen teknoloji beraberinde değişime uğrayan tetkik ve tedavi yöntemlerine mukabil hastaların da sağlık kuruluşlarından beklentileri zaman içerisinde değişmektedir. KFG uygulaması sayesinde hastaların beklenti ve talepleri tam olarak anlaşılacak , hasta açısından memnuniyet ve hizmet kalitesi artırılması mümkün olmaktadır.

7. ARAŞTIRMA

7.1 Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetini tüm yönleriyle kapsayıcı hale getirmek ve kamu sağlık hizmetlerinin engelli bireyler için erişilebilir olması, sağlık hizmetlerinde meydana gelen eşitsizlikleri ve karşılanamayan ihtiyaçları azaltacak, hizmet kalitesi ve memnuniyet düzeyini arttıracaktır. Bu bağlamda bu çalışma da , kişilerin engellilik durumlarına göre sağlık hizmet kalite algılarını ölçmek ve engellilik durumu ile hizmet kalitesi arasında ilişkileri değerlendirmek amaçlanmıştır. Sağlık tesisinde yapılacak olan Kalite Fonksiyon Göçerimi uygulaması ile engelli bireylerin sağlık tesisinden beklenti ve talepleri tam olarak anlaşılması ve neticesinde hizmet kalitesini ve memnuniyeti arttırmak için hastane hizmet tasarımı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

8. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma evreni İstanbul ilinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinden hizmet alan hastalardır. Ancak maliyet ve zaman kısıtlarından ötürü örneklem olarak İstanbul ilinde 3. basamak sağlık hizmeti sunan bir kamu hastanesinden yatarak yada ayaktan hizmet alan kişiler belirlenmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik analizinde genel olarak kabul edilen örneklem büyüklüğü ölçekteki madde sayısının 10 katı olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla ankette kullanılan ifade sayısının toplam 46 olduğu tespit edilerek bunun 10 katı ideal örneklem büyüklüğüdür (460). Literatürde bulunan, maddi kısıtlar, zaman kısıtları ve yapılabirlik gibi hususlar göz önünde bulundurulduğunda pratikte bu sayının 5 katına kadar indirilebileceği söz konusudur(Coşkun ve ark. 2015). Dolayısıyla bu tez çalışmasında örneklem büyüklüğü olarak minimum 230 kişiye ulaşılması (460/2) hedeflenmiş olup anket çalışması kapsamında Hastaneden hizmet alan 334 kişiye ulaşılmıştır.

Veri toplama yöntemi olarak hizmet kalite ölçümü için hasta memnuniyetinin ölçümünde en sık kullanılan yöntem olan anket tekniğinden faydalanılmıştır. Birincil kaynaklardan veri elde etmek için sistematik soru formu olan anket yöntemi daha fazla konuyu etkili ve daha az maliyetle araştırabilmeyi sağladığı ve geçerlilik ile güvenilirliğin daha kolay ölçülmesini sağladığı için tercih edilmiştir. Kişilere uygulanan anket 3 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım demografik özellikler, ikinci kısım Washington Engellilik İstatistikleri Grubu tarafından hazırlanan engel durumu için 6 temel işlevde, görme, iletişim, hareketlilik, işitme, bilişsellik ve kişisel bakımda yaşanan güçlüğün derecesini ölçen 4'lü likert tipi soru seti kullanılmıştır (Eide ve Loeb, 2005 akt Özida 2008).

Anketin üçüncü bölümünde ise Parasuraman ve ark. (1985) tarafından hizmet kalite ölçümü için önerilen Servqual modelinin, Babakuş ve Mangold (1992) tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş ve 15 ifadeden oluşan ölçeği kullanılmıştır. Beklenen hizmet kalitesi için 15 ifade, algılanan hizmet kalitesi için 15 ifade olmak üzere toplam 30 ifadeye 5'li likert cevaplar ile "tamamen katılmıyorum", "katılmıyorum", "kararsızım", "katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" şeklinde analiz edilmiştir. Hastanenin yataklı servislerinde veya ayaktan hizmet alan hastalarına anket uygulanması akabinde hastaların ayrılmaları beklenerek belli

zaman geçtikten sonra anketler hastaların uygun olduğu bir zaman diliminde farklı hastalara tekrar uygulanmıştır.

KFG uygulaması için literatürde yaygın olarak kullanılan kalite evi modelinden faydalanılmıştır. Bu model müşteri talep ve beklentilerinin ürün ya da hizmet tasarım karakteristiklerine ve devamında üretim düzeyine taşımayı sağlayan modeldir (Govers, 1996).

Engelli bireylerin hastane de sunulan sağlık hizmetlerinden beklentilerini uygun teknik karakteristik ve tasarıma dönüştürecek kalite evi modeli için araştırma kapsamında sağlık tesisinden hizmet alan istekleri bölümü için Babakuş ve Mangold(1992) tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş olan Servqual modelinde yer alan 15 ifade kullanılmıştır. Müşteri isteklerinin nasıl karşılanacağına ilişkin teknik karakteristiklerin belirlenmesi için hastanede çalışan yöneticiler, birim sorumluları ve sağlık profesyonelleriyle odak grup çalışması yapılarak nasıl'lar(teknik karakteristikler) belirlenmiştir. Daha sonra ankete katılan hastalardan engelliliği 6 temel işlevde ölçen ifadelerden en az birine "biraz zorlanıyorum" ve üzeri cevap verenler ve aynı zaman da rekabetçi kıyaslama için " daha önce özel bir sağlık tesisinden hizmet aldım" ifadesi ile mevcut sağlık tesisi ve özel sağlık tesisi performansı değerlendirenler (1-5 aralığında) kişilere beklentilerinin 1-9 aralığında önem önceliğine göre derecelendirilmesi istenmiştir. Elde edilen veriler ile kalite evi matrisi oluşturularak engelli bireylerin hizmet kalitesi beklentilerinin yükseltilmesi için sağlık tesisi öncelikli amaç ve hedefleri belirlenmiştir.

8.1. Güvenilirlik

Analize geçilmeden önce Hastaneden hizmet alan katılımcılara uyguladığımız ankette bulunan beklenti ve algı ifadelerine yönelik olarak güvenilirlik analizi yapılmış olup, analiz için güvenilirlik katsayısı olarak Cronbach's Alpha değeri kullanılmıştır. Aşağıdaki tablo 'da anketin güvenilirlik katsayılarına yer verilmiştir. Görüldüğü gibi Cronbach's Alpha değeri 1'e oldukça yakın olduğundan analiz için güvenilir olduğu ifade edilebilmektedir.

Tablo 7: Ölçeğin Güvenilirliği

	Cronbach's Alpha Değeri	Soru Sayısı
Beklentiler	0.885	15
Algılar	0,905	15
Ölçek Geneli	0,890	30

9. BULGULAR

9.1. Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Araştırmaya sağlık tesisinden yatarak veya ayaktan hizmet alan 334 kişi katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6'da yer almaktadır. Katılımcıların %49,1'i (n=164) kadın, %50,9'u (n=170) erkektir. Katılımcılardan %72,5'i (n=242) evli, %27,5'i (n=92) bekârdır.

Yaş gruplarına bakıldığında, katılımcıların %15,3'ü (n=51) 18-25 yaş, %9,6'sı (n=32) 26-35 yaş, %18,3'ü (n=61) 36-45 yaş, %19,2'si (n=64) 46-55 yaş, %19,8'i (n=66) 56-64 yaş ve %18'i 54 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır (Tablo 8). Genellikle Hastaneye başvuran kişilerin 36 yaş üstü kişilerden oluşması beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Eğitim durumlarına bakıldığında %44,3'ü (n=148) gibi büyük bir oranının ilkökul düzeyinde eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Diğer katılımcıların %11,7'si (n=39) ortaokul, %27,2'sinin (n=91) lise, %11,4'ünün (n=38) önlisans, %4,5'inin (n=15) lisans ve %0,9'unun (n=3) lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu ortaya konulmuştur (Tablo 8).

Sağlık tesisinden hizmet alan hastaların gelir düzeyine bakıldığında ise katılımcıların %29,3'ü (n=98) herhangi bir geliri olmadığını ifade etmiştir. %21,3'ü (n=71) net asgari ücret olan 0-1600 TL aylık gelir, %20,1'i 16001-2000 TL, %15,6'sı (n=52) 2001-3000TL, %9,6'sı (n=32) 3001-4000TL, %1,5'i 4001-5000TL ve %2,7'si (n=9) ise 50001 ve daha fazla gelir düzeyinde olduğunu ifade etmiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Sosyoekonomik Bulgular

Özellikler		Sıklık	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	164	49,1
	Erkek	170	50,9
	Toplam	334	100,0
Medeni Hal	Evli	242	72,5
	Bekâr	92	27,5
	Toplam	334	100,0
Yaş Aralığı	18-25	51	15,3
	26-35	32	9,6
	36-45	61	18,3
	46-55	64	19,2
	56-64	66	19,8
	65 ve üzeri	60	18,0
	Toplam	334	100,0
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	148	44,3
	Ortaokul	39	11,7
	Lise	91	27,2
	Lisans	15	4,5
	Ön lisans	38	11,4
	Lisansüstü	3	,9
	Toplam	334	100,0
Aylık Gelir	Herhangi Bir Gelir Yok	98	29,3
	1-1600 TL	71	21,3
	1601-2000 TL	67	20,1
	2001-3000 TL	52	15,6
	3001-4000 TL	32	9,6
	4001-5000 TL	5	1,5
	5001 TL ve üzeri	9	2,7
	Toplam	334	100,0

9.2. Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Davranışları

Araştırma kapsamında katılımcıların sağlık hizmetlerine ulaşma davranışları incelenmiştir. Bu bağlamda “Sağlık hizmeti almaya nasıl gidersiniz?”, “Sağlık hizmeti almak için tercih edilen ilk sağlık kuruluşu?” soruları katılımcılara sorulmuştur.

Tablo 9: Sağlık Hizmetlerine Ulaşma İle İlgili Bulgular

		Sıklık	Yüzde
Sağlık hizmeti almaya nasıl gidersiniz?	Refakatçi İle Giderim	212	63,5
	Yalnız Giderim	122	36,5
	Toplam	334	100,0
Sağlık hizmeti almak için tercih edilen ilk sağlık kuruluşu?	Aile Hekimi	111	33,2
	Devlet Hastanesi	157	47,0
	Eğitim Araştırma Hastanesi	59	17,7
	Özel Hastane	7	2,1
	Toplam	334	100,0

Araştırmaya katılan bireylere ilk olarak sağlık hizmeti almaya nasıl gittikleri sorulmuştur. Buna göre katılımcıların %63,5'i (n=212) refakatçi ile sağlık kuruluşuna giderken, %36,5'i (n=122) yalnız gittiğini ifade etmiştir (Tablo 9). Hastaların yüksek oranda “refakatçi ile giderim” seçeneğini belirtmiş olmaları, hastalıklarından dolayı sağlık hizmeti alırken kendi başlarına bazı gereksinimleri karşılayamayacakları düşüncesinde olduklarının bir ifadesi olarak yorumlanmıştır.

Sağlık hizmeti almak için tercih edilen ilk sağlık kuruluşunun hangisi olduğu sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili diğer sorulardandır. Buna göre katılımcıların %47'si (n=157) devlet hastanesi, %33,2'si (n=111) aile hekimi, %17,7'si (n=59) eğitim araştırma hastanesi ve %2,1'i (n=7) özel hastanelerden hizmet aldığını belirtmiştir.

9.3. Kişilerin Engellilik ile İlişkili Olarak Günlük Yaşamda Zorluk Yaşam Derecesine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kişilerin engellilik durumlarının belirlenmesi için Washington Engellilik İstatistikleri Grubu tarafından hazırlanan ve engelliliği altı temel işlevde (görme, işitme, hareketlilik, bilişsel durum ve kişisel bakım) yaşanan zorluklara odaklanarak ölçek soru seti kullanılmıştır. Bu sorunun yanıtları “hiç zorlanmayan”, “aktiviteyi yapmada biraz zorlanan: Z1”, “aktiviteyi yapmada çok zorlanan: Z2”, aktiviteyi hiç yapamayan: Z3” anlamında dört temel değişken bulunmaktadır.

Tablo 10: Engellilik Durumu ile İlişkili Olarak Zorluk Yaşama Derecesine İlişkin Bulgular

Temel Alanlar	Zorluk Yaşama Derecesi							
	Hiç Zorlanmayan		Z1*		Z2**		Z3***	
	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)
“Gözlük kullansanız bile görmekte zorlanıyor musunuz?” Görme	214	64,1	95	28,4	21	6,3	3	,9
“İşitme cihazı kullansanız bile işitmede zorlanıyor musunuz?” İşitme	295	88,3	28	8,4	7	2,1	3	,9
“Yürürken veya merdiven çıkarken zorlanıyor musunuz?” Hareketlilik	167	50,0	97	29,0	64	19,2	4	1,2
“Hatırlama veya konsantre olmada zorlanıyor musunuz?” Bilişsel Durum	223	66,8	95	28,4	11	3,3	4	1,2
“Yıkanmak ve giyinmek gibi kişisel bakımda zorlanıyor musunuz?” Özbakım	290	86,8	31	9,3	6	1,8	3	,9
“Her zamanki günlük lisanınızı kullanırken iletişim kurmada zorlanıyor musunuz?” İletişim	295	88,3	29	8,7	5	1,5	2	,6

*Z1, aktiviteyi yapmada biraz zorlanma; **Z2, aktiviteyi yapmada çok zorlanma; ***Z3, aktiviteyi hiç yapamama anlamına gelmektedir.

Katılımcıların engellilik durum tespiti ifadelerine verdikleri cevaplara bakıldığında; “Gözlük kullansanız bile görmekte zorlanıyormusunuz?” sorusuna katılımcıların %64,1’i (n=214) hiç zorlanmıyorum yanıtını vermiştir. %28,4’ü (n=95) biraz zorlanma, %6,3’ü (n=21) çok zorlanma ve %0,9’u (n=3) ileri derecede zorlanma yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Bir diğerk ifade olan “işitme cihazı kullansanız bile işitmede zorlanıyormusunuz?” ifadesine verilen cevaplara bakıldığında katılımcıların %88,3’ü (n=295) hiç zorlanmıyorum yanıtını vermiştir. %8,4’ü (n=28) biraz zorlanma, %2,1’i (n=7) çok zorlanma ve %0,9’u (n=3) ileri derecede zorlanma yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Engellilik ile ilgili üçüncü değışken olan hareketliliğebakıldığında; “Yürürken veya merdiven çıkarken zorlanıyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %50’si (n=167) hiç zorlanmıyorum yanıtını vermiştir. %29’u (n=97) biraz zorlanma, %19,2’si (n=64) çok zorlanma ve %1,2’si (n=4) ileri derecede zorlanma yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 10). Bu sonuç hastaneye başvuran engelli bireylerdeki işlev bozuklukları arasında "hareketlilik" işlevinin daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Bir diğerk ifade olan “hatırlama veya konsantre olmada zorlanıyormusunuz?” sorusuna, katılımcıların %66,8’i (n=223) hiç zorlanmıyorum yanıtını vermiştir. %28,4’ü (n=95) biraz zorlanma, %3,3’ü (n=11) çok zorlanma ve %1,2’si (n=4) ileri derecede zorlanma yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Yıkanmak ve giyinmek gibi “kişisel bakımda zorlanıyormusunuz?” ifadesine verilen cevaplara bakıldığında ise katılımcıların %86,8’i (n=290) hiç zorlanmıyorum yanıtını vermiştir. %9,3’ü (n=31) biraz zorlanma, %1,8’i (n=6) çok zorlanma ve %0,9’u (n=3) ileri derecede zorlanma yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Son ifade olan “Her zamanki günlük lisanınızı kullanırken iletişim kurmada zorlanıyormusunuz?” sorusuna verilen cevaplara bakıldığında ise katılımcıların %88,3’ü (n=295) hiç zorlanmıyorum yanıtını vermiştir. %8,7’si (n=29) biraz zorlanma, %1,5’i (n=5) çok zorlanma ve %0,6’sı (n=2) ileri derecede zorlanma yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

9.4. Engellilik Bağlamında Sağlık Hizmeti Almaya İlişkin Bulgular

Bireylerin sahip oldukları fiziksel ve bilişsel durum sağlık hizmeti alma davranışlarını etkileme potansiyeline sahiptir. Bu düşünceden hareketle, kişilerin günlük yaşamda zorluk yaşama durumlarına göre sağlık hizmetlerine ulaşma ile ilgili bulgulara yer verilecektir.

Tablo 11: Kişilerin Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerine Erişim Bulguları

Günlük Hayatta Zorluk Yaşamayan bireyler		Günlük Hayatta Zorluk Yaşayan Bireyler			Toplam
Hiç Zorlanmayan		Z1*	Z2**	Z3***	
n	(%)	N	(%)		334
210	63,2	123	36,8		100,0

*Z1, aktiviteyi yapmada biraz zorlanma; **Z2, aktiviteyi yapmada çok zorlanma; ***Z3, aktiviteyi hiç yapamama anlamına gelmektedir

Çalışma kapsamında katılımcıların günlük hayatını sürdürürken zorluk yaşama durumlarına göre iki gruba ayrılmıştır. Bu gruplar günlük hayatının devam ettirirken güçlük yaşamayan ve güçlük yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Bu gruplama engellilik ile ilişkili alanlar içerisinde (görme, işitme, hareketlilik, bilişsel durum, özbakım ve iletişim) en az birine “aktiviteyi yapmada biraz zorlanıyorum” ve üzeri yanıtını veren bireyler ve “hiç zorlanmıyorum” yanıtını veren bireyler esas alınarak oluşturulmuştur. Buna göre katılımcıların %63,2’si (n=210) Günlük hayatını devam ettirirken görme, işitme, hareketlilik, bilişsel durum, özbakım ve iletişim alanlarında hiç zorluk yaşamayan ve engeli bulunmayan bireyler olarak kabul edilirken ; %36,8’, (n=123) Sağlık hizmeti almada görme, işitme, hareketlilik, bilişsel, özbakım ve iletişim alanlarının en az birinde sorun yaşayan bireylerden oluşmaktadır (Tablo 11).

Tablo 12: Günlük Hayatta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Davranışlarının Belirlenmesi

	İfadeler	Günlük hayatta güçlük yaşayan bireyler		Günlük Hayatta güçlük yaşamayan bireyler		p değeri
		Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde	
Sağlık hizmeti almaya nasıl gidersiniz	Refakatçi İle Giderim	60	48,8	62	29,4	,000*
	Yalnız Giderim	63	51,2	149	70,6	
	Toplam	123	100,0	211	100,0	
Sağlık hizmeti almak için tercih edilen ilk sağlık kuruluşu	Aile Hekimi	51	41,5	60	28,4	,098
	Devlet Hastanesi	50	40,7	107	50,7	
	Eğitim Araştırma Hastanesi	19	15,4	40	19,0	
	Özel Hastane	3	2,4	4	1,9	
	Toplam	123	100,0	211	100,0	

Çalışma kapsamında günlük hayatta güçlük yaşayan ve güçlük yaşamayan bireylerin iki gruba ayrıldığı ifade edilmiştir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerine ulaşma davranışlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Buna göre ilk olarak “Sağlık hizmeti almaya nasıl gidersiniz” sorusuna günlük hayatta güçlük yaşayan bireylerin daha sık refakatçi ile sağlık kuruluşuna gittiği belirlenmiştir (n=62). Yine sağlık kuruluşuna yalnız gitme davranışları açısından da güçlük yaşayan bireylerin daha sık olduğu görülmektedir (n=149) (Tablo 12). Yukarıdaki Tablo da görülebileceği gibi, sağlık hizmeti almaya nasıl gidildiğinin günlük hayatını idame ettirirken güçlük yaşama değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0,000$; $p<.05$).

Sağlık hizmeti almak için tercih edilen ilk sağlık kuruluşu da günlük hayatta güçlük yaşama durumu ile ilişkili olarak incelenmiştir. Buna göre güçlük yaşayan bireyler en fazla ilk olarak devlet hastanesini tercih ederken (n=107); güçlük yaşamayan bireyler ise ilk olarak aile hekimliğine başvuru yaparak hizmet almaktadır (n=51) (Tablo 12). Tabloda görülebileceği gibi, sağlık hizmeti almak için tercih edilen ilk sağlık kuruluşunun güçlük yaşama değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek

amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=,098$; $p<.05$).

9.5. SERVQUAL İfadelerine Yönelik Bulgular

Beş farklı alt ölçeğin bir araya getirilmesiyle oluşturulan hizmet kalitesi ölçeği olan SERVQUAL ile ilgili bulgulara bu bölümde yer verilmektedir. Buna göre tüm katılımcılar SERVQUAL ifadelerine öncelikle sağlık hizmetleri açısından beklenen sonrasında ise algılanan düzeyler esas alınarak yanıt vermişlerdir.

Tablo 13: Beklenen ve Algılanan SERVQUAL Skorlarına Yönelik Bulgular

	SERVQUAL İfadeleri	Beklenen		Algılanan	
		Ortalama	Standart Sapma (ss)	Ortalama	Standart Sapma (ss)
Fiziksel Olanaklar	Hastane güncel ekipmana sahip olmalıdır.	4,62	,65	3,93	,94
	Görsel olarak çekici ortam olmalıdır.	4,39	,85	3,70	1,00
	Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmelidir.	4,72	,57	4,29	,84
Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmelidir.	4,71	,57	4,07	1,00
	Hastanın bir ihtiyacı olduğunda hastane çalışanları cana yakın olmalıdır.	4,67	,66	4,20	,90
	Hastane faturalandırma işlemleri doğru gerçekleşmelidir.	4,46	,77	3,79	,85
Heveslilik	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.	4,68	,64	4,04	,98
	Hastane çalışanları hastalara hizmeti mümkün olan en hızlı şekilde vermelidir.	4,68	,56	4,07	,96
	Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır.	4,66	,65	4,09	,99
Güven	Hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4,75	,50	4,27	,84
	Hastane çalışanları bilgili olmalıdır (sorulara net cevap	4,74	,58	4,1796	,87

	vermelidir).				
	Çalışanlar kibar olmalıdır.	4,72	,53	4,2485	,84
	Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmelidir.	4,53	,70	3,7006	,88
Empati	Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmelidir.	4,23	,94	3,5449	1,07
	Özel hissettirmelidir.	4,32	,89	3,7126	1,07

SERVQUAL ile ilişkili ilk alt boyut fiziksel olanaklardır. Buna göre “Hastane güncel ekipmana sahip olmalıdır” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında beklenen 4,62 (ss:,65), algılanan ise 3,93 (ss:,94) olarak belirlenmiştir. İkinci olarak görsel açıdan çekici bir ortamın varlığı bağlamında bakıldığında beklenen 4,39 (ss:,85), algılanan ise 3,70 (ss:1,00) olarak belirlenmiştir. “Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmelidir” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında beklenen 4,72 (ss:,57), algılanan ise 4,29 (ss:,84) olarak belirlenmiştir (Tablo 13).

SERVQUAL ile ilişkili ikinci alt boyut güvenilirliktir. Buna göre “Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında beklenen 4,71 (ss:,57), algılanan ise 4,07 (ss:1,00) olarak belirlenmiştir. “Hastanın bir ihtiyacı olduğunda hastane çalışanları cana yakın olmalıdır.” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında beklenen 4,67 (ss:,66), algılanan ise 4,20 (ss:,90) olarak belirlenmiştir. Son olarak ise “Hastane faturalandırma işlemleri doğru gerçekleşmelidir.” ifadesine yanıtların ortalamasında beklenen 4,46 (ss:,77), algılanan ise 3,79 (ss:,85) olarak belirlenmiştir (Tablo 13).

Heveslilik SERVQUAL ile ilişkili üçüncü alt boyuttur. Buna göre “Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında beklenen 4,68 (ss:,64), algılanan ise 4,04 (ss:,98) olarak belirlenmiştir. “Hastane çalışanları hastalara hizmeti mümkün olan en hızlı şekilde vermelidir.” ifadesinde beklenen 4,68 (ss:,56), algılanan ise 4,07 (ss:,96)’dır. Son olarak ise “Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır.” ifadesinde beklenen 4,66 (ss:,65), algılanan ise 4,09 (ss:,99)’dur (Tablo 13).

SERVQUAL ile ilişkili dördüncü alt boyut olan Güven ile ilişkili ifadeler verilen cevaplara bakıldığında ise “Hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.” ifadesinde beklenen 4,75 (ss:,50), algılanan ise 4,27 (ss:,84)’dür. “Hastane çalışanları bilgili olmalıdır (sorulara net cevap vermelidir).” ifadesinde beklenen 4,74 (ss:,58), algılanan ise 4,17 (ss:,87)’dir. “Çalışanlar kibar olmalıdır.” ifadesinde beklenen 4,72 (ss:,53), algılanan ise 4,24 (ss:,84)’dür. Son olarak ise “Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmelidir.” ifadesinde beklenen 4,53 (ss:,70), algılanan ise 3,70 (ss:,88)’dir (Tablo 13).

SERVQUAL ile ilişkili son alt boyut empatidir. Buna göre “Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmelidir.” ifadesinde beklenen 4,23 (ss:,94), algılanan ise 3,54 (ss:1,07)’dir. Son olarak ise “Özel hissettirmelidir.” ifadesinde beklenen 4,32 (ss:,94), algılanan ise 3,71 (ss:1,07) olarak belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13'de verilen beklenen ve algılanan Servqual ifadeleri için aşağıdaki tablo 14' de beklenti ve algılar arasındaki farkın istatistikleri de değerlendirilmiştir:

Tablo14: Beklenti ve Algılar Arasındaki Farkın İstatistikleri

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig. (p)	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BeklenenSERVQUAL Skorlarına Yönelik Bulgular	Equal variances assumed	1,336	,249	1,496	332	,135	1,08169	,72285	-,34027	2,50364
	Equal variances not assumed			1,5	290,	,11	1,0816	,69153	-,279	2,44

	nces not assu med			64	312	9	9		35	273
AlgılananSERV QUAL Skorlarına Yönelik Bulgular	Equal varia nces assu med	,04 2	,8 37	,39 8	332	,69 1	,41987	1,0540 8	- 1,65 364	2,49 339
	Equal varia nces not assu med			,39 9	255, 744	,69 1	,41987	1,0534 8	- 1,65 472	2,49 447

Yukarıdaki tablo 14'de verilen analize göre hastaneden hizmet alan katılımcıların uygulanan ankete verdikleri cevaplarına göre beklenti ve algılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 15: Günlük Hayatta Zorluk Yaşama Durumuna Göre Beklenen SERVQUAL Skorları Ortalamaları

	SERVQUAL İfadeleri	Günlük hayatta zorluk yaşamayan bireyler		Günlük hayatta zorluk yaşayan bireyler		t testi sonuçları		
		Ortalam a	Standar t Sapma (ss)	Ortalam a	Standar t Sapma (ss)	p	t	f
Fiziksel Olanaklar	Hastane güncel ekipmana sahip olmalıdır.	4,67	0,48	4,59	,73	0,2	1,1 1	7, 3
	Görsel olarak çekici ortam olmalıdır.	4,49	,70564	4,33	,92	,08	1,7 0	5, 9 5
	Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmelidir.	4,81	,41190	4,67	,64	,03*	2,1 0	1 5, 6 7
Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmelidir.	4,79	,44	4,67	,64	,05*	1,8 9	1 3, 3 9

	Hastanın bir ihtiyacı olduğunda hastane çalışanları cana yakın olmalıdır.	4,67	,69	4,67	,64	,969	0,03	0,25
	Hastane faturalandırma işlemleri doğru gerçekleşmelidir.	4,53	0,73	4,42	,79	,191	1,31	2,21
Hesşeslilk	Hastane alışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.	4,74	,60	4,64	,66	,177	1,35	4,37
	Hastane alışanları hastalara hizmeti mümkün olan en hızlı şekilde vermelidir.	4,75	0,44	4,63	,61	,04*	1,82	13,18
	Hastane alışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır.	4,68	0,65	4,65	,65	,747	0,32	0,07
Güven	Hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4,76	0,46	4,74	,52	,787	0,27	0,37
	Hastane alışanları bilgili olmalıdır (sorulara net cevap vermelidir).	4,78	4,78	4,72	,65	,308	1,02	4,27
	çalışanlar kibar olmalıdır.	4,72	4,72	4,72	,55	,917	0,10	0,04
	Hastane alışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmelidir.	4,55	0,69	4,52	,71	,739	0,33	0,27
Empati	Hastane alışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmelidir.	4,29	0,92	4,20	,95	,433	0,78	0,00
	özel hissettirmelidir.	4,34	0,83	4,31	,93	,719	0,36	1,32

Çalışmada günlük hayatta güçlük yaşama durumuna göre beklenen SERVQUAL skorları ortalamaları incelenmiştir. Buna göre SERVQUAL'in alt boyutlarına göre inceleme yapılması olanaklıdır.

Fiziksel Olanaklar

“Hastane güncel ekipmana sahip olmalıdır” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,67 (ss:,48), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,59 (ss:,2) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, fiziksel olanaklar alt boyutunun ilk sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre istatistiksel bir farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,2$; $p<.05$).

İkinci olarak görsel açıdan çekici bir ortamın varlığı bağlamında konuya bakıldığında günlük hayatını devam ettirirken zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,49 (ss:,70), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,33 (ss:,92) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, fiziksel olanaklar alt boyutunun ikinci sorusundaki puanlarının sağlık hizmeti alırken güçlük yaşama durumuna göre anlamlı fark gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,8$; $p<.05$).

Üçüncü olarak “Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmelidir” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,81 (ss:,41), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,67 (ss:,64) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, fiziksel olanaklar alt boyutunun üçüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediğini belirlemek maksadıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,03$; $p<.05$). Bu bulgu neticesinde beklentiler açısından günlük hayatta zorluk yaşayan (çalışma da engelli olarak kabul edilen) bireylerin sağlık hizmeti alırken sağlam bireylere göre çalışanların temiz ve düzenli giyimli görülmesi beklentisinin daha düşük olduğu karşımıza çıkmaktadır . Engelli bireyin önceliği hizmete erişebilir olmak olup sağlam bireyler gibi otelcilik hizmetleri konusunda beklentisinin yüksek olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Güvenilirlik

“Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,79 (ss:;44), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,67 (ss:;64) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılığa sebep olup olmadığı amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,05$; $p<.05$). Burada da çalışmada engelli olarak ifade edilen bireylerin sağlam kişilere göre beklentisinin düşük olduğu bulgusu elde edilmiştir.

İkinci olarak “Hastanın bir ihtiyacı olduğunda hastane çalışanları cana yakın olmalıdır.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,67 (ss:;69), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,67 (ss:;64) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi analizi ile grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,969$; $p<.05$).

Son olarak “Hastane faturalandırma işlemleri doğru gerçekleşmelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,53 (ss:;73), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,42 (ss:;79) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,191$; $p<.05$).

Heveslilik

“Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,74 (ss:,60), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,64 (ss:,66) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,177$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları hastalara hizmeti mümkün olan en hızlı şekilde vermelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,75 (ss:,44), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,63 (ss:,61) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumunu değerlendirmek için yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,04$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,68 (ss:,65), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,65 (ss:,65) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,747$; $p<.05$).

Güven

“Hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,76 (ss:,46), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların

ortalaması ise 4,74 (ss:52) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının günlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,787$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları bilgili olmalıdır (sorulara net cevap vermelidir).” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,78 (ss:4,78), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,72 (ss:65) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının günlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,308$; $p<.05$).

“Çalışanlar kibar olmalıdır.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,72 (ss:4,72), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,72 (ss:55) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının günlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,917$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,55 (ss: 69), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,52 (ss:71) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının günlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,739$; $p<.05$).

Empati

“Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,29 (ss:, 92), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,20 (ss:,95) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,433$; $p<.05$).

Son olarak “Özel hissettirmelidir.” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,34 (ss:, 83), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,31 (ss:,93) olarak belirlenmiştir (Tablo 15). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre istatistiksel olarak farklılığın olup olmadığını değerlendirmek için gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,719$; $p<.05$).

Tablo 16: Günlük Hayatta Zorluk Yaşama Durumuna Göre Algılanan SERVQUAL Skorları Ortalamaları

	SERVQUAL İfadeleri	Günlük hayatta zorluk yaşamayan bireyler		Günlük hayatta zorluk yaşayan bireyler		t testi sonuçları		
		Ortalama	Standart Sapma (ss)	Ortalama	Standart Sapma (ss)	Sig değeri	t değeri	f değeri
Fiziksel Olanaklar	Hastane güncel ekipmana sahiptir.	4,00	,85	3,89	,99	,310	1,0	5,36
	Görsel olarak çekici ortama sahiptir.	3,67	,98	3,71	1,02	,72	-0,35	,091
	Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli	4,40	,66	4,23	,93	0,77	1,77	4,92

	giyimlidir.							
Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirilmektedir.	4,17	,87	4,01	1,07	,14	1,44	4,48
	Hastanın bir ihtiyacı olduğunda hastane çalışanları cana yakındır.	4,12	,89	4,25	,90	,20	-1,26	0,14
	Hastane faturalandırma işlemleri doğru gerçekleşmektedir.	3,82	,84	3,78	,86	,72	0,35	0,01
Heslilik	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmaktadır.	4,07	,94	4,03	1,00	,72	0,35	1,19
	Hastane çalışanları hastalara hizmeti mümkün olan en hızlı şekilde vermektedir.	4,13	,95	4,03	,97	,33	0,95	0,18
	Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima isteklidir.	4,01	,98	4,14	,99	,26	-1,12	0,25
Güven	Hastalar kendilerini güvende hissetmektedir.	4,25	,88	4,29	,82	,66	-0,43	0,09
	Hastane çalışanları bilgilidir (sorulara net cevap verir).	4,19	,83	4,17	,89	,80	0,24	0,07
	Çalışanlar	4,21	,83	4,27	,85	,54	-0,61	0,62

	kibardır.							
	Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerin den yeterli desteği görmektedir.	3,75	,89	3,66	,88	,38	0,87	0,20
Empati	Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmektedir.	3,60	1,06	3,50	1,08	,40	0,83	0,00
	Bu hastanede kendimi özel hissettim.	3,69	1,03	3,72	1,10	,86	-0,17	0,33

Çalışmada günlük hayatta güçlük yaşama durumuna göre algılanan SERVQUAL skorları ortalamaları incelenmiştir. Buna göre SERVQUAL'in alt boyutlarına göre inceleme yapılması olanaklıdır.

Fiziksel Olanaklar

“Hastane güncel ekipmana sahiptir” sorusuna verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,00 (ss:,85), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 3,89 (ss:,99) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, fiziksel olanaklar alt boyutunun ilk sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,310$; $p<.05$). Ancak zorluk yaşana bireylerin algılarının ortalaması sağlam bireylere göre daha düşük olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

İkinci olarak görsel açıdan çekici bir ortamın varlığı bağlamında konuya bakıldığında zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,67 (ss:,98), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 3,71 (ss:1,02) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, fiziksel olanaklar alt boyutunun ikinci sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi

sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,72$; $p<.05$).

Üçüncü olarak “Hastane çalışanları temiz ve düzenli giyimlidir ” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,40 (ss:,66), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,23 (ss:,93) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, fiziksel olanaklar alt boyutunun üçüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,77$; $p<.05$).

Güvenilirlik

“Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirir.” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,17 (ss:,87), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,01 (ss:1,07) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,14$; $p<.05$).

İkinci olarak “Hastanın bir ihtiyacı olduğunda hastane çalışanları cana yakındır.” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,12 (ss:,89), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,25 (ss:,90) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,20$; $p<.05$).

Son olarak “Hastane faturalandırma işlemlerini doğru gerçekleştirir” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan

bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,82 (ss:,84), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 3,78 (ss:,86) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,72$; $p<.05$).

Heveslilik

“Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatır” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,07 (ss:,94), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,03 (ss:1,00) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,72$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları hastalara hizmeti mümkün olan en hızlı şekilde vermektedir.” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,13 (ss:,95), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,03 (ss:,97) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p=0,33$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima isteklidir ” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,01 (ss:,98), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,14 (ss:,99) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük

yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,26$; $p<.05$).

Güven

“Hastalar kendilerini güvende hisseder.” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,25 (ss:,88), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,29 (ss:,82) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,66$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları bilgilidir (sorulara net cevap verir).” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,19 (ss:,83), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,17 (ss:,89) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,80$; $p<.05$).

“Bu Hastane Çalışanları kibardır.” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 4,21 (ss:,83), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 4,27 (ss:,85) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,54$; $p<.05$).

“Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görür.” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,75 (ss:, 89), zorluk yaşayan

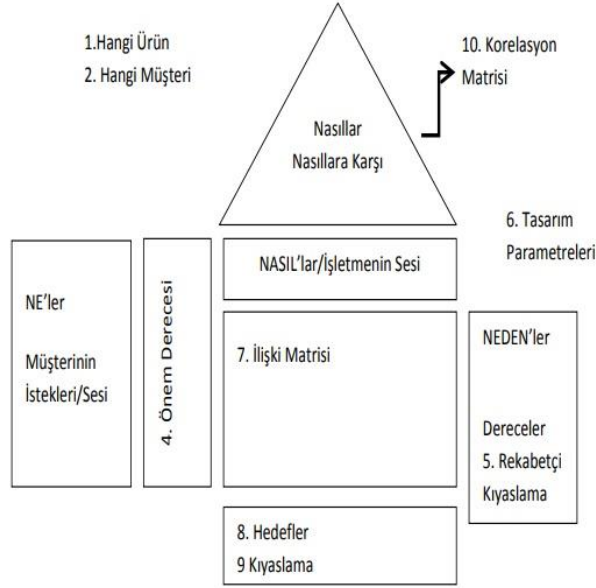
bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 3,66 (ss:,88) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,38$; $p<.05$).

Empati

“Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmektedir” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,60 (ss:1,06), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 3,50 (ss:1,08) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,40$; $p<.05$).

Son olarak “Bu Hastane Çalışanları Özel hissettirir” ifadesine verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında günlük hayatta zorluk yaşamayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,69 (ss:1,03), zorluk yaşayan bireylerin verdikleri yanıtların ortalaması ise 3,72 (ss:1,10) olarak belirlenmiştir (Tablo 16). Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirlik alt boyutunun dördüncü sorusundaki puanlarının güçlük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,86$; $p<.05$).

9.6. KFG Matrisi ile Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerinden Beklentilerinin Değerlendirilmesi



Şekil 4: Kalite Evi Modeli (Govers, 1996).

Araştırma kapsamında müşteri istekleri bölümünün oluşturulması için Babakuş ve Mangold(1992) tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş olan Servqual modelinde yer alan 5 boyut ve 15 ifade kullanılmıştır.

Öncelikle Hastaneden hizmet almaya gelen engelli bireylere beklentilerin 1-9 aralığında önem derecesi sorularak kişilerin atfettiği değer elde edilecektir. Ayrıca kişilere hizmet aldığı kamu sağlık tesisinin performansı ve daha önce hizmet aldıysa özel sağlık tesisi performansı için 1-5 arası bir değerlendirme yapması istenmiştir. Alınan cevaplara göre engelli bireylerin beklentileri belirlendikten sonra bu beklenti ve taleplerin nasıl uygulanabileceğine(nelerin nasıl yapılacağı) karşın hastanede görev yapan yönetici, birim sorumlusu ve sağlık profesyonellerinin görüşleri alınacaktır. Bu görüşler mülakat tekniği ile derinlemesine görüşme yapılarak alınmış ve elde edilen veriler içerik analizi ile kalite evinin teknik karakteristikleri(Nasıl'lar) olarak belirlenmiştir. Engelli bireylerin talep ve beklentileri ile teknik karakteristikler arası ilişki matrisi kurularak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda engelli bireylerin hizmet kalitesi algısını yükseltmek için sağlık tesisinin öncelikli amaç ve hedefleri tespit edilmiştir.

Anketlere verilen cevaplara göre daha önce en az bir özel sağlık kuruluşundan hizmet aldığını ifade eden ve anketin engelliliği 6 temel işlevde ölçen bölümüne en az bir alanda zorlanıyorum ve daha fazla şeklinde cevap veren 108 kişiye uygulanmıştır. Elde edilen veriler ile kalite evi oluşturularak sonuçları değerlendirilmiştir.

9.6.1. Müşteri isteklerinin belirlenmesi

Yapılan çalışmada kalite evinin oluşturulabilmesi için ilk adım olan müşteri isteklerinin(sesinin) belirlenmesidir.

KFG tekniği uygulamanın birinci adımı olarak kalite evinde müşteri sesi bölümünün oluşturulabilmesi için literatürde yer bulan hizmet kalitesi Servqual ve KFG çalışmaları incelenmiş Parasuraman ve ark. (1985) tarafından hizmet kalite ölçümü için önerilen Servqual modelinin, Babakuş ve Mangold(1992) tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş olan modeli kullanılmıştır. Ölçekte yer alan hasta istek ve beklentileri doğrultusunda anket oluşturularak hastane de hizmet alan ve aynı zamanda 6 temel işlevde engellilik durumunun belirlenmesi için sorulan ankete "en az bir alanda biraz zorlanıyorum" cevabının veren 108 kişiye uygulanmıştır. Uygulanan anket' de müşterinin sesi bölümü için kalite; fiziki imkanlar, heveslilik, güvenilirlik, güven ve empati olmak üzere 5 boyutta değerlendirilmiştir.

Müşterinin istekleri(sesi) bölümü için kullanılan ifadeler aşağıdaki tablo 14 'de gösterilmiştir.

Tablo17: Kalite Evi Matrisinde Müşteri İstekleri Kısmı

Müşteri İstekleri (Ne'ler)	
Fiziksel Olanaklar	Hastane güncel ekipmana sahip olmalı
	Görsel olarak çekici ortam
	Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmeli
Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleşmeli
	Hastaların bir ihtiyacı olduğunda, sağlık çalışanları cana yakın olmalı
	Evrak işleri hızlı gerçekleşmeli
Heveslilik	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.
	Hızlı hizmet

	Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır
Güven	Hastalar kendini güvende hissetmeli
	Hastane çalışanları bilgili olmalı(sorulara net cevap verebilme)
	Çalışlar kibar olmalı
	Hastane çalışanları görevini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmeli
Empati	Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli
	Özel hissettirmeli

9.6.2. Müşteri isteklerinin önceliklendirilmesi

Belirlenen müşteri(Hasta) isteklerinin her bir önermesi için hastaların atfettiği önem derecesi belirlenmektedir. Çalışma kapsamında anket yapılan hastalardan Washington Engellilik İstatistikleri Grubu soru setine göre "en az bir alanda biraz zorlanan" ve üzeri cevap veren hastalar engelli olarak kabul edilmiş ve bu kişilere Önem derecesi 1-10 aralığında bir değerlendirme için tekrardan iletişim kurularak sorulmuştur. 1 en düşük önem, 10 en yüksek önemi ifade etmek için kullanılmıştır. Hastaneden hizmet alan ve engelli olarak kabul edilen hastalara uygulanan ankete göre engelli hastaların sağlık tesisinden beklentileri açısından belirlenen önem dereceleri aşağıda ifade edilmiştir.

Tablo 18: Müşteri İsteklerinin Önem Derecesi

Önceliklendirilen Müşteri İstekleri (Hasta Açısından 1-10 Aralığında Önem Derecesi)		Önem Derecesi
Fiziksel Olanaklar	Hastane güncel ekipmana sahip olmalı	8,9
	Görsel olarak çekici ortam	8,5
	Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmeli	8,4
Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmeli	9,5
	Hastaların ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanları cana yakın olmalı	9,7
	Evrak işleri hızlı gerçekleşmeli	7,5
Heveslilik	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.	8,7
	Hızlı hizmet	8,9

	Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır	9,8
Güven	Hastalar kendini güvende hissetmeli	9,8
	Çalışanlar bilgili olmalı	8,3
	Çalışanlar kibar olmalı	9
	Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmeli	7,8
Empati	Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli	8,8
	Özel hissettirmeli	8,5

Yukarıdaki Tablo 18'de gösterilen engelli olarak kabul edilen sağlık tesisinden hizmet almaya gelen kişilerin sağlık tesisinden beklentilere verdiği önem derecelerine bakıldığında en yüksek önem derecesinin 9.8 skorla heveslilik boyutundaki " Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalı " ifadesi ve Güven boyutundaki " Hastalar kendini güvende hissetmeli" ifadesi olduğu görülmüştür. Beklentilerini önem olarak derecelendiren kişilerin engelli olması sağlık tesisinden hizmet alma esnasında daha hassas olması bakımından çalışanların kibar ve istekli davranışını daha fazla önemsemesi açısından beklenen bir sonuçtur. Ayrıca hastalar kendini güvende hissetmeli ifadesini de yüksek skor olarak belirtmeleri genel olarak tüm hizmet alan hastalar için beklentinin yüksek olması konusunda beklenen bir sonuçtur.

9.6.3. Müşteri isteklerinin (beklentilerinin) her bir önermesi için müşterinin hastane ve rakip işletmeye ilişkin değerlendirmesi

Çalışma yapılan eğitim Araştırma hastanesinden hizmet alan hastalara anket uygulanırken daha önce özel bir sağlık tesisinde hizmet alıp almadığına ilişkin soru sorulmuş, görüşülen kişiler içerisinde aynı zamanda en az bir özel sağlık tesisinden hizmet aldığını beyan eden kişilere rekabetçi kıyaslama için anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılan kişilere uygulanan anket ile sorulara 1'den 5' e kadar bir değer vererek müşteri istekleri kısmında belirlenen hizmet kalitesini değerlendirme yapmaları istenmiştir.

"1" değeri çok kötü, "2" kötü, "3" normal, 4 "iyi" ve 5 "çok iyi" olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 19: Rekabetçi Kıyaslama

Müşteri İstekleri Rekabetçi Kıyaslama		Mevcut Sağlık Tesisleri Performansı Puanı	Özel Sağlık Tesisleri Performans Puanı
Fiziksel Olanaklar	Hastane güncel ekipmana sahip olmalı	3,86	4,12
	Görsel olarak çekici ortam	3,55	3,78
	Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmeli	3,96	4,28
Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmeli	3,95	3,80
	Hastaların ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanları cana yakın olmalı	3,75	3,97
	Evrak işleri hızlı gerçekleşmeli	3,20	4,10
Heveslilik	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.	3,85	4,18
	Hızlı hizmet	3,96	4,05
	Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır	3,31	4,22
Güven	Hastalar kendini güvende hissetmeli	3,96	3,85
	Çalışanlar bilgili olmalı	3,86	4,17
	Çalışanlar kibar olmalı	3,48	4,26
	Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmeli	3,46	3,89
Empati	Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli	3,28	4,24
	Özel hissettirmeli	3,32	3,98
Ortalama		3,65	4,05

Tablo 19 'da görüldüğü gibi yapılan rekabetçi kıyaslamada genel olarak kamu hastanesinin hizmet kalitesi aritmetik ortalaması 3,65 özel sağlık tesisinin ise 4,05 olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla özel hastanenin hizmet kalitesinin engelli hastalar algısında daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. İfadelere verilen ortalamalara

bakıldığında ise en çok farkın olduğu alanların; "evrak işlerinin hızlı gerçekleşmesi " mevcut sağlık tesisi 3,20, özel sağlık tesisinin 4,20 olarak ifade edilmesi genel olarak kamu bürokrasisinden kaynaklanan daha uzun zaman süren işler şeklinde ifade edilebilir ve beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. ayrıca "hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır" ifadesine verilen yanıtlara göre mevcut sağlık tesisi 3,31 ortalama , özel sağlık tesisi 4,22 ortalama olarak belirlenmiştir. Burada hizmet almaya gelen engelli kişilerin hastane çalışanlarından daha istekli bir hizmet beklendiği düşüncesinden hareketle sonuç yorumlanmış olup özel sağlık tesislerinde hastaya karşı müşteri algısının daha yüksek olmasından ötürü çalışanların daha istekli olarak ifade edilmiş olması beklenen bir sonuç olarak ifade edilebilir. Güven boyutu içinde yer alan "çalışanlar kibar olmalı" ifadesine bakıldığında yine özel sağlık tesisinin performans puanının, hizmet alınan kamu sağlık tesisine göre yüksek olduğu görülmektedir. Mevcut sağlık tesisi performans puanı (3,65) ve özel sağlık tesisi performans puanı(4,05) ortalamalarına göre hastaneden hizmet almaya gelen engelli bireylerin algılarında performans açısından özel sağlık tesisinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak 2 ifade de mevcut sağlık tesisi performans puanının özel sağlık tesisine göre daha yüksek olarak ifade edildiği görülmüştür. bunlar ; Güvenilirlik boyutunda yer alan " Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirir" (3,95 - 3,80) ve güven boyutunda yer alan "hastalar kendini güvende hisseder" (3,96 - 3,85) ifadeleridir. Özel sağlık kuruluşlarının daha iyi fiziki şartlar ve görsel ortama sahip olmasına karşın engelli hastaların kendilerini mevcut hizmet aldığı sağlık kuruluşunda daha güvende hissetmeleri önemli bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

9.6.4. Hizmet tanımlarının teknik karakteristikleri (nasıl'lar)

Kalite evi modelinde müşteri istekleri(sesi) belirlendikten sonra uygun teknik karakteristikleri belirlenmelidir. Yani neler'in yapılacağı belirlendikten sonra bunların nasıl yapılabileceği de belirlenmelidir. Nasıllar belirlenen müşteri istekleri(sesi) ile doğrudan ilişkili olmalı ve ölçülebilir olmalıdır (Güllü ve Ulcay, 2002).

Yapılan çalışmada teknik karakteristiklerin oluşturulabilmesi için hastane de görev yapan ve daha önce kalite konusunda eğitim almış idareciler (başhekim yardımcıları,

sağlık bakım hizmetleri müdürü ve müdür yardımcıları, idari ve mali işler müdürü ve yardımcısı, kalite ve destek hizmetleri müdürlüğü) sağlık profesyonelleri (hekim,hemşire) ve ilgili birimlerde çalışan sorumluların (37 kişi) görüşleri mülakat tekniği derinlemesine görüşme ile alınmıştır. Belirlenen müşteri isteklerinin karşılanabilmesi için hangi teknik gereksinimlerin yararlanılması gerektiğine ilişkin sorulara alınan cevaplar doğrultusunda kalite evi için mülakat sonucu içerik analizine göre belirlenen teknik karakteristikler aşağıdaki tablo 20'de ifade edilen başlıklarda toplanmıştır:

Tablo 20 : Teknik Karakteristikler

Müşteri İsteklerinin Nasıl Karşılanacağına İlişkin Teknik Karakteristikler				
Teknoloji	Eğitim	Temizlik	Personel	İletişim

9.6.5. Müşteri istekleri ile teknik karakteristikler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi

Babakuş ve Mangold (1992) tarafından geliştirilen ve hastanelerde hizmet kalitesi ölçmek için kullanılan servqual ölçeğinin müşteri istekleri olarak kullanılması ve bu istekleri karşılamak için gereken nasıl'larım (teknik karakteristikleri) belirlemek için hastane çalışanları ve uzmanlar ile yapılan görüşmeler sonrasında Kalite Evi modelinin ne'leri ve nasıl'ları oluşmuştur. Ne ve nasılların arasında bir ilişki olup olmadığı var ise ilişki derecesini saptamak için yine teknik karakteristikleri belirleyen sağlık profesyonelleri ve hastane ilgili birim sorumlularına, müşteri istekleri ve teknik karakteristikler arasında ilişki olup olmadığı ve varsa ilişkinin derecesi sorulmuştur. Buradaki amaç müşteri isteklerini karşılayacak olan önem arz eden hizmet gereksinimlerinin belirlenmesi ve devamında yüksek öneme sahip olarak belirlenen müşteri taleplerinin hizmet sunumuna taşınması için ilişki düzeyi

güçlü olan hizmet gereksinimlerinden faydalanmaktadır. Aşağıdaki Tablo 21'de müşteri istekleri ile teknik karakteristikler arası ilişki matrisi gösterilmektedir.

Tablo 21: Müşteri İstekleri ile Teknik Karakteristikler Arası İlişkiyi Gösteren Matris

9: Çok Kuvvetli İlişki 3: Orta Düzeyde İlişki 1: Zayıf İlişki 0: İlişki Yok			Teknik Karakteristikler (Nasıl'lar)				
Hasta İstekleri (Ne'ler)	MÜŞTERİ SESİ		Temizlik	Teknoloji	Eğitim	Personel	İletişim
	Fiziksel Özellikler	Hastane güncel ekipmana sahip olmalı	0	9	0	0	0
		Görsel olarak çekici ortam	9	3	0	3	0
		Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmeli	3	0	3	9	0
	Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleşmeli	0	9	0	3	3
		Hastaların bir ihtiyacı olduğunda, sağlık çalışanları cana yakın olmalı	0	0	3	9	9
		Evrak işleri hızlı gerçekleşmeli	0	6	3	9	0
	Heveslilik	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.	0	1	3	9	9
		Hızlı hizmet	0	9	3	9	0
		Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır	0	0	3	9	9
	Güven	Hastalar kendini güvende hissetmeli	0	6	0	9	9
		Hastane çalışanları bilgili olmalı(sorulara net cevap verebilme)	0	0	9	9	0
		Çalışanlar kibar olmalı	0	0	1	9	9
		Hastane çalışanları bilgili olmalı(sorulara net cevap verebilme)	0	0	9	3	0
	Empati	Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli	0	0	0	9	6
		Özel hissettirmeli	0	0	0	9	6

Tablo 21' e bakıldığında müşterinin isteklerinden hastanenin güncel ekipmana sahip olması ile teknoloji arasında güçlü bir ilişki belirlendiği gösterilmiştir. Çünkü her geçen gün sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji sayesinde hastanelerde kullanılan ekipmanlar da modernize olmaktadır. Ayrıca hastanenin hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmesi ve hizmeti hızlı sunması ile teknoloji arasında güçlü ilişki gösterildiği görülmektedir. Aynı şekilde teknolojinin gelişmesiyle hastane bilgi yönetim sistemleri (HBYS) gelişmiş, yapılan tetkiklerin sonuçları beklenmeden ve herhangi bir fiziki döküman gerekmeden sağlık profesyonelleri otomasyon sistemi üzerinden bulunduğu herhangi bir yerden izlem yapabilmektedir. Hatta hastanın daha önce başka bir hastanede yaptırdığı tahlil ve tetkik'inde sistemden görülebilmesine olanak tanımaktadır. Müşteri isteklerinden olan görsel çekici ortamla , temizlik arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiş burada da hastanede çekici bir ortam sağlamanın ilk koşulu temiz bir ortam sağlamak olarak ifade edilebilir. Yine tablo 18 'de görüldüğü gibi hastane çalışanlarının temiz giyinmesi ile teknoloji arasında bir ilişki olmadığından iki önerme arasındaki ilişki derecesi yok yani 0 olarak ifade edilmiştir.

Hastane çalışanlarının hastaların istek ve ihtiyaçlarını önceden sezmeleri(empati) personelin durumu(deneyimli, yeniliklere açık, ilgili) ve iletişim arasında ilişki olduğu görülmektedir

9.6.6. Teknik karakteristikler arası ilişkilere bakılması

Belirlenen müşteri isteklerinin(sesinin) birinin gerçekleştirilmesi için yapılan çalışma bir başka teknik karakteristiği pozitif etkileyebileceği gibi negatif yönde de etkileyebilir. Bu aşama için teknik karakteristiklerin birbirleriyle olan ilişkileri sağlık profesyonelleri ve hastane birim sorumlularının görüşleri alınarak tespit edilmiştir. KFG sürecinde kalite evi çatısı (teknik karakteristiklerin birbirini nasıl etkilediği-korelasyon matrisi) erken oluşturulmuşsa, kalite evi oluşum sürecinde ilgili birimler arası bütünleşme daha yoğun olabilir. Sona bırakılması halinde ise ortaya çıkan ilişkilere bakılarak müşteri isteğini karşılama için hangi birimin hangisiyle daha

yakın bir işbirliği yapacağı belirlenebilir(Öter ve Tütüncü, 2001 akt. Kılıç ve Babat, 2011). Belirlenen görüşler doğrultusunda ifade edilen görüşler şunlardır;

Eğitim ve iletişim ölçütleri arasında pozitif bir ilişkiden bahsedilebilir, çünkü eğitilmiş çalışan hastalarla nasıl iletişim kurmak gerektiği konusunda bilgi sahibidir. Eğitim ve teknoloji ölçütleri arasında da pozitif ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Eğitilmiş kimse teknoloji kullanımı konusunda daha istekli ve daha yatkındır. Ayrıca birçok hastanede sağlık çalışanlarına uygulanan eğitimlerin uzaktan eğitime geçtiği bilinmektedir. Yani teknoloji sayesinde çalışanlar istediği her an eğitim döküman ve videolarına erişme imkanına sahiptir.

9.6.7. Sağlık tesisi öncelikli amaç ve hedeflerine bakılması (teknik karakteristiklerin önceliklendirilmesi)

Oluşturulan kalite evindeki ilişki matrisine yerleştirilen puanlar ve müşteri(hasta) isteklerinin göreceli ağırlıklarının kullanılması yoluyla teknik karakteristiklerin ham ve göreceli önem derecesi hesaplanmaktadır. Burada en mühim kısım ilişki matrisinin başarılı ve güvenilir oluşturulmuş olmasıdır. Matris başarılı ise sonuçlarda güvenilir ve başarılı olacaktır. Her bir teknik karakteristiğin(nasıl'ın) önem ağırlığının hesabı için formül; Müşteri istekleri(ne) ve teknik karakteristik (Nasıl) hücre puanı * müşteri isteği göreceli önem ağırlık değeri. Bu çarpım sonucunda her bir satır için oluşan sonuçların toplamı ile teknik karakteristiğin (nasıl'n) ham önem puanı da bulunmuş olur.Göreceli önem puanının hesaplanması için de satır üstündeki nasılların ham önem puanları toplanır. Her bir ham puanı genel toplama bölerek göreceli önem ağırlığını elde etmiş oluruz. Elde edilen göreceli ağırlık puanları müşteri isteklerinin karşılanmasını, beklentilerinin tatmin edilmesini karşılayacak öneme sahip hizmet tasarım (üretim) ölçütlerini belirlemeye yaramaktadır.

Tablo 22: Kalite Evi

			Temizlik	Teknoloji	Eğitim	Personel	İletişim	Önem Derecesi	Mevcut Hizmet Performansı	Kekabetçi Kıyaslama	Hedefleri	İlerleme Rasyonu	Satış Noktası	Ham Önem Ağır	Göreceli Yüzde Ağırlık(%)
Müşterilerin Sesi	Fiziksel Olanaklar	Hastane güncel ekipmana sahip olmalı		9				8,9	3,86	4,12	5	1,29	1,5	17,2	7
		Görsel olarak çekici ortam	9	3		3		8,5	3,55	3,78	5	1,40	1,2	14,2	5,8
		Çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmeli	3		3	9		8,4	3,96	4,28	5	1,26	1,2	12,7	5,2
	Güvenilirlik	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmeli		9		3	3	9,5	3,95	3,80	5	1,26	1,5	17,9	7,3
		Hastaların bir ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanların cana yakın olmalı			3	9	9	9,7	3,75	3,97	5	1,33	1,5	19,3	7,9
		Evrak işleri hızlı gerçekleşmeli		6	3	9		7,5	3,20	4,10	5	1,56	1,2	14	5,7
	Heveslilik	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalıdır.		1	3	9	9	8,7	3,85	4,18	5	1,29	1,5	16,8	6,9
		Hızlı Hizmet		9	3	9		8,9	3,96	4,05	5	1,26	1,2	13,4	5,5
		Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır			3	9	9	9,8	3,31	4,22	5	1,51	1,5	18,5	7,6
	Güven	Hastalar kendini güvende hissetmeli		6		9	9	9,8	3,96	3,85	5	1,26	1,5	17,6	7,2
		Hastane çalışanları bilgili olmalı(sorulara net cevap verebilme			9	9		8,3	3,86	4,17	5	1,29	1,5	16	6,5

		Çalışanlar kibar olmalı			1	9	9	9	3,48	4,26	5	1,43	1,2	15,4	6,3	
		Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmeli			9	3		7,8	3,46	3,89	5	1,44	1	11,2	4,6	
	Empati	Çalışanlar hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli				9	6	8,8	3,28	4,24	5	1,52	1,5	20	8,2	
		Özel hissettirmeli				9	6	8,5	3,32	3,98	5	1,50	1,5	19,1	7,8	
			Nasılların Ham Önem Ağırlıkları	67,8	279,9	222,6	728,3	441	1739,6						243	100
			Nasılların Göreceli Ağırlıkları	3,8	16	12,7	41,8	25,3	100							

Tablo 22'de gösterilen kalite evinde oluşturulan matrislerin sonuçlarına bakıldığında şu değerlendirmeler yapılmaktadır; Hastaneden hizmet almaya gelen engelli bireyler için Müşteri istekleri (ne'ler) kısmının birbirlerine göre önem derecesine bakıldığında güven boyutunun 24.6 göreceli önem derecesi ile birinci sırada olduğunu görmekteyiz. 20.9 ile Güvenilirlik boyutu ikinci, 20 ile heveslilik boyutu üçüncü, 18 ile Fiziksel Özellikler dördüncü ve 16 ile Empati boyutu 5. sırada yer almıştır. 5 boyut içindeki ifadelerin göreceli önem ağırlıklarına bakıldığında ise empati boyutu içerisinde yer alan "çalışanlar hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli" ifadesi %8.2 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Çalışmanın engelli bireylere yönelik yapılması bakımından bu ifadeye yüksek önem derecesi sonucu beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer ifadelere baktığımızda "hastaların ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanları cana yakın olmalıdır" ifadesi %7,9 ile ikinci sırada yer almaktadır. Arkasından %7.8 ile "özel hissettirmeli" ve %7.6 ile "Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır" ifadesi görülmektedir. Bu sonuçlara göre sağlık tesisinden hizmet almaya gelen engelli bireyler için daha yüksek memnuniyet düzeyi sağlamak için sağlık tesisi bu öğeleri öncelikli olarak ele almalı ve geliştirmelidir şeklinde değerlendirme yapılabilir.

Oluşturulan matriste nasıllara(teknik karakteristiklere) bakıldığında ise %41.8 ortalama ile "personel" unsurunun hizmet tasarım ölçütlerinde birinci sırada olduğunu görmekteyiz. personel ölçütünü, %25.3 ile "iletişim" takip etmektedir. Bu sonuç bize sağlık tesislerinde her ne kadar yoğun teknoloji kullanılırsa kullansın, engelli bireylerin hizmet memnuniyeti için insan faktörünün ve iletişim faktörünün ne kadar önemli olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir.

10. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüz rekabet ortamının gereği olarak fark yaratacak en önemli etkenin kaliteli hizmet üretmek ve sonucunda müşteri memnuniyeti oluşturmak olduğu söylenebilir. Bu da öncelikle ürün ve hizmetin tasarım aşamasında müşteri istek ve beklentilerini karşılayacak düzeyde tasarlanmasıyla yapılabilir. KFG tekniği müşteri isteklerini işletmeye tasarım aşamasında değerlendirme fırsatı veren önemli bir kalite artırma tekniği olarak kullanılmaktadır. WHO verilerine göre gelişen teknoloji ve yeni tedavi olanakları yanında yaşanan bir dünya nüfusuna paralel olarak artan kronik hastalıklar engellilik olgusunun her geçen gün önem kazanan bir kavram olarak karşımıza çıkmasına neden olmaktadır. Tüm hizmetlere eşit derecede erişebilme ve yararlanabilme günümüzde engelli kişiler için benimsenmiştir. Engelli Hakları Sözleşmesinde "Hizmet Kalitesi" başlığı altında ifade edildiği gibi sağlık hizmet sunucuları, hizmet kalitesini ve müşteri memnuniyetini arttırmaya çalışırken engelli bireyler içinde eşit şekilde kaliteli hizmet sunumunu sağlamalıdır. Bunun için önce engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden kalite algılarının için beklentileri belirlenmeli ve bu beklentiler doğru anlaşılacak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu yönüyle bu çalışmada engelli bireylere yönelik olarak hastane hizmetlerinde memnuniyet ve kalite artırıcı hizmet tasarımı geliştirilmesi amaçlanarak öncelik verilmesi gereken alanlar ortaya konulmuştur.

Araştırmamız kapsamında engelli bireylerden "günlük hayatta zorluk yaşayan bireyler" olarak bahsedilmiş olup, engelliliğin ölçümü için kullanılan Washington engellilik istatistikleri grubunun geliştirdiği soru seti kullanılmıştır. Engelli bireylerin tespit edilmesi akabinde elde edilen servqual skorları incelendiğinde genel olarak sağlam bireylerin engelli bireylere göre beklentilerinin daha yüksek olduğu ve algılanan servqual skorları açısından da genel olarak engelli bireylerin algısının daha düşük olduğu görülmüştür. En temel insan haklarından biri olan sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim engelli kişiler içinde sağlam bireyler kadar erişebilir olmalıdır. Ancak yapılan çalışmada görülmüştür ki sağlık hizmet kalite beklentileri içinde özellikle sağlık tesisinin otelcilik hizmetleri konusunda engelli kişilerin beklentileri sağlam bireylere göre daha düşük olarak karşımıza gelmiştir. Servqual ifadelerinin

bazılarında engelliler ve sağlam bireyler açısından istatistiksel olarak anlamlı bulgular bulunmuştur.

Türkiye’de engelliler politikasındaki en somut yasal adım 2005 senesinde çıkarılan“5378 sayı numaralı Engelliler Hakkında Kanun”dur. Bu kanun, engelli bireylere yönelik olumsuz ayrımcılıkların yapılmaması ve ayrımcılıkla mücadelenin engellilere yönelik olarak belirlenecek politikanın temel esası olması gerekliliği hususunda belirlenmiştir. Ayrıca, aynı kanunda engellilere yönelik verilecek hizmetlerde ve alınacak kararlarda engelli, ailelerinin ve sivil toplum kuruluşlarının katılımının sağlanması genel esaslar arasında yer almıştır. İnsanları sahip olduğu özelliklerden dolayı eğitim, sağlık ve iş hayatında kesin sınırlarla ayırmaştıran uygulamalar, belli bir çevreye hapsedilen kişilerin toplumsal paylaşımını kısıtlamaktadır. Engelli bireyler için sağlık tesisinden beklentilerinin nasıl ve hangi teknik karakteristiklerle karşılanacağı hizmet sunucuların engelliler perspektifinden kaliteli hizmet sunmak için nelere ağırlık vermesi gerektiğinin tespiti için yapılan kalite fonksiyon göçerimi analizinin "Kalite evi" matrisinde; Güvenilirlik ve Güven boyutları göreceli önem ağırlıkları ile ilk sırada yer almıştır. Ayrıca kalite evinde kullanılan 5 boyut içerisindeki ifadelerden özellikle "çalışanlar hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli" ve "'Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalıdır" ifadelerinin önem skorlarının yüksek puanlanması engelliler açısından beklediğimiz bir sonuç olara karşımıza çıkmaktadır. Oluşturulan matriste hizmet tasarım ölçütleri açısından personel unsuru ve iletişim unsurlarının ön plana çıkmış olması, sağlık tesislerinde her ne kadar yoğun teknoloji kullanılırsa kullanılsın başvuran vatandaşlar açısından insan kaynağının davranışlarının ne kadar önemli olduğu ve kalite algısına önemli derecede etki ettiğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olması veya eşit tedavi olanaklarının bulunmaması engelli bireylerin sağlığının daha çok olumsuz şekilde etkilenmesine yol açacaktır. Diğer insanlara göre sağlık tesislerinden daha çok yararlanan, engelli bireylerin de aynı kalitede hizmet almalarının sağlanması gerekmektedir. Buradan hareketle, Sağlık ve diğer tüm kurumların kişiler için ortak alanda ayrıştırılmadan birlikte kaliteli hizmet alabildikleri işlevsel bir sistem kurması gerekliliği önem arz etmekte ve önerilmektedir.

11. KAYNAKLAR

- Akao, Y. (1990) Quality Function Deployment Integrating Customer Requirements Into Product Design. Productivity Press, Massachusetts:5
- Aksoy, R. (2005). Zonguldakta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 1(1)
- Aslantekin, F., Gökteş, B., Uluşen, M., Erdem R. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2(6).
- Babakus, E. ve Mangold, G.W. (1992), "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", Health Services Research , 26(6):767-786.
- Carman, J. M. (2000). Patient perceptions of service quality: combining the dimensions. The Journal of Services Marketing, 14 (4), 337-352. ss.
- Choi Kui-Son, Woo-Hyun Cho, Sunhee Lee, Hanjoon Lee and Chankon Kim (2004). The Relationships among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study. Journal of Business Research, 57, 913-921.
- Çatı, K. ve Yılmaz, A. (2002). Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik bir Araştırma. Pazarlama Dünyası, 16 (4), 46-53.
- Coşkun, R., Altunışık, R., Yıldırım, E., Bayraktaroğlu, S. (2015). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı 8. Baskı, Sakarya Kitapevi.
- Dalkılıç, A. (2013). Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler, Antalya'da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Aydın, Türkiye.
- Dejong G, Palsbo SE, Beatty PW, Jones G.C, Knoll T, Neri M.T (2002). The Organization And Financing Of Health Services For Persons With Disabilities. The Milbank Quarterly. 80(2) 261-301.

Devebakan, N. (2001), Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Türkiye

Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 5(1).

Duygun, A. (2007). Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü Bir Pilot Araştırma. Yüksek Lisans Tezi . İstanbul Üniversitesi.

Doğan İ, Ö. ve Tütüncü, Ö. (2003). Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Kapsamında ISO9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Uygulama. D.E.Ü. Rektörlük Matbaası. İzmir, Türkiye.

Australian Institute of Health and Welfare. (2000). Disability and Ageing: Australian Population Patterns and Implications. Canberra.

Eide, A.H, Loeb M.E ve ark. (2006). Living Conditions Among People With Activity Limitations In Zambia: A National Representative Study. Oslo.

Ekenci, T., M. (2015). 2012 Türkiye Sağlık Araştırması'nın Engelliliğe İlişkin Yaygınlık Ölçümü Açısından İncelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 35, 55-95.

Ersöz, S., Pınarbaşı, M., Kürşat Türker, A.K. ve Yüzükırmızı, M. (2009). Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması. International Journal of Engineering Research and Development, 1(1):19-27.

Emerson, E. ve ark. (2009). Intellectual and Physical Disability, Social Mobility, Social Inclusion and Health. Lancaster. Centre for Disability Research, Lancaster University.

Engin, O. ve Seviç, A. (2005). Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Konya'da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama. Verimlilik Dergisi, 3, 145-159.

Erdugan, F., E. (2010). Türkiye de Özürlü Yoksulluğu ve Mücadele Politikalarının Değerlendirilmesi: Ankara Keçiören Örneği. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayın No:50. Ankara Türkiye.

Feigenbaum, A. V. (1983). Total Quality Control. McGraw-Hill. New York, ABD.

Govers, C.M.P. (1996). What and How About Quality Function Deployment (QFD) Proceedings of the 8th International Working Seminar on Production Economics.

Gronross, C. (1984). A Service Quality Model and It's Marketing Implications . European Journal of Marketing. 18(4).

Gronross, C. (1990). Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition. Lexington Books, Lexington.

<http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/uluslararasi-mevzuat/14-avrupa-birligi-ve-engellilik>

İnan, S., Peker, G. C., Tekiner, S., Ak, F., ve Dağlı, Z. (2013). Engellilik, Türkiye'de Engellilerin Durumu ve Sağlık Hizmet Sunumuna Bir Bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(6).

Jenkins, S.P, Rigg, J.A. (2003). Disability And Disadvantage: Selection, Onset and Duration Effects. London, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics.

Juran, J.M. ve Gryna, F.M. (1988). Juran's Quality Control Handbook. McGraw Hill. New York, ABD.

Kara, A., Tarım, M. ve Zaim, S. (2003). A Low Performance–low Quality Trap In the Non-profit Healthcare Sector In Turkey and a Solution. Total Quality Management and Business Excellence, 14(10), 1131–1141.

Karahan, K. (2000). Hizmet Pazarlaması. Beta Yayınevi Birinci Baskı. İstanbul Türkiye.

Khan M.A. (2010). An Empirical Assessment of Service Quality of Cellular Mobile Telephone Operators in Pakista. Asian Social Science. 6(10) 164-177.

Küçükaksu, C., Ünlü, S., Yarıcı, T., Mahmutoğlu, L. (2004). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi. Hastane Yaşam Dergisi 1(1).

Kotler, P. ve Armstrong, G. (2011). Principles of Marketing. Pearson Prentice Hall, International Edition, 14th Edition, New Jersey.

Lafortune G, Balestat G. (2007). Trends In Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence In 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers No. 26. Paris.

Levêque A, Coppieters Y, Lagasse R. (2002). Disabilities Secondary To Traffic Accidents: What Information is Available In Belgium? Injury Control and Safety Promotion. 113-120. doi:10.1076/ icsp.9.2.113.8698 PMID:12461838

Leonardi, M., Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji (2006). The definition of disability: what is in a name? The Lancet 368: 1219–21

London Disability Rights Commission (2006). Equality Treatment: Closing the Gap: A Formal Investigation Into the Physical Health Inequalities Experiences by People With Learning Disabilities and/or Mental Health Problems.

Mangold, W.G. ve Babakus, E (1991). Service Quality: the Front Stage vs The Marketing, (49), 41-50 .

Mathers, C.D, Loncar, D. (2002). Projections of Global Mortality And Burden of Disease From 2002 to 2030. PLoS Medicine. doi:10.1371/journal.pmed.0030442 PMID:17132052

Mujic, N. ve Legcevic J. (2006). Applying a Multiple-item Scale for Measuring the Quality of the Medical Services of Primary Care Doctors: An Exploratory Study, SEE Journal.

McGlavnn, E. (1997). A Six Challenges in Measuring the Quality of Healthcare. Heath Affairs.

National Disability Survey (2006). First Results. Stationery Office, Dublin.,

Nosek, M.A. ve Simmons D.K. (2007). People With Disabilities as a Health Disparities Population: The Case of Sexual and Reproductive Health Disparities. Californian Journal of Health Promotion, 5:68-81.

OECD (2009). Sickness, Disability and Work: Keeping on Track in the Economic Downturn. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Ohayon, M.M, ve Schatzberg, A.F. (2009). Chronic Pain and Major Depressive Disorder in the General Population. Journal of Psychiatric Research, (44), 454-461. doi:10.1016/j.jpsychires. 10.013 PMID:20149391

Oswald, T., Sharon L., Douglas E., Snipes, R. L. and Butler, D. (1998). Quality Determinants And Hospital Satisfaction. Marketing Health Services, March 1, Vol:18, Issue:1 .1094-1304.

Özida. (2008). ICF Sınıflandırma Sisteminin Uyarlanması Eğitimcilerin Eğitimi, Ankara.

Öztürk, M. (2011). Türkiye de Engelli Gerçeği. MÜSİAD cep kitaplar. İstanbul Türkiye.

Öztürk, S, A.(1998). Hizmet Pazarlaması, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları. No: 1028

Papatya, Gürcan – Papatya, Nurhan – Hamşioğlu, A. Buğra, (2012), “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt.2, Sayı.1, Ocak, (87-108)

Parasuraman A., Zeithaml V. A., ve Berry L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. Journal of Marketing, 49, 41-50.

Parasuraman, A, Zeithaml, V.A, ve Berry, L.L (1988). SERVQUAL: A Quality, Journal of Retailing, 64(1), 12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., ve Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multi-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality . Journal of Retailing. 64(1). 12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., ve Berry, L. L. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. Journal of Retailing . 67(4). 420-450.

WHO Global Report (2005). Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva.

World Health Organization (WHO) (2011) World Report on Disability, Geneva

Rimmer, J.H,ve Rowland, J.L. (2008). Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments. Journal of Lifestyle Medicine, 2:409-420. doi:10.1177/1559827608317397

Sasser, W., Earl J.R., Olsen, P. ve Daryl, D. (1978). Wyckoff, *Management of Service Operations*. Boston. 8-21.

Savaş, A. ve Kesmez G.A. (2014) Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 17(1-13)

Savigny D, ve Adam T, (2009). Systems Thinking For Health Systems Strengthening. Geneva

Sayım, F. ve Aydın, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistemik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. Dumlupınar Üniversitesi 29. Kütahya Türkiye.

Shemwll, D. J. ve Yavaş, U. (1999). Measuring Service Quality In Hospitals: Scale Development and Managerial Applications. Journal of Marketing Theory and Practice, 7 (3), 65-75.

T.C. Sağlık Bakanlığı Hastane Hizmet Kalite Standartları (2011). Ankara Türkiye

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2012). Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi. Ankara. Türkiye

Tarım M. (2000) Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını No:38, Ankara, 1025-1040.

Taner, B., Kaya, İ. (2004). Toplam Kalite Yönetimi'nin Başarıyla Uygulanma Esasları – Bir Hizmet İşletmesi Örneği.

World Health Organization (2008). The Global Burden of Disease. Geneva.

United Nations, (2006). United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva.

Uyguç, N. (1998). Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım . Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları 1. baskı İzmir, Türkiye.

Vaughan, E. ve Burton, W. H. (2015). The Disabled Student Experience: Does the SERVQUAL Scale Measure Up?. Quality Assurance in Education. 19(1) 28-49.

WHO (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health. Geneva.

Woodside, A. G, Frey L.L, Daly R.T (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention. Journal of Health Care Marketing, 9, 5-17.

World Health Organization/ World Bank. (2011). World Report On Disability. Malta.

World Health Organization (2004). World Health Survey 2002–2004. Geneva.

Yatkın, A. (2003). Toplam Kalite Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık. Ankara, Türkiye.

Zaim, H. ve Tarım, M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları. 59. 1-24.

Zeithaml , A., Parasuraman, A. Berry, L. (1990). Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation. Free Press. ABD.

Zeithaml, V.A. ve Bitner, M. J.(2000). Service Marketing. New York McGraw Hill. İkinci Baskı.



12. EKLER

EK 1. Hastanelerden Hizmet Alan Engelli Bireyler İçin Anket Formu

Değerli Katılımcı,

“Engelli Bireylerin Algıladıkları Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Kalite Fonksiyon Göçerimi Matrisi ile Hastaneler için Hizmet Tasarımı Geliştirilmesi” başlıklı çalışmamızda Engelli bireylerin sağlık hizmetleri konusunda kalite algısı ortaya konularak beklentilerine yönelik olarak hastaneler için bir hizmet tasarımı yapılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları sağlık ve sosyal hizmetlerde politika ve strateji üreten karar vericilere katkı sağlayan bir referans kaynak olarak kullanılabilir.

Ülkemizde sağlık sisteminin geliştirilmesine katkı sağlamak adına, anketi doldurmak için 10 dakikanızı ayırmanızı rica ederiz.

Teşekkür ederiz.

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanını işaretleyiniz.

1- Yaşınız.

a) 18- 25

b) 26-35

c) 36-45

d) 46-55

e) 56-65

f) 66 ve üzeri

2- Cinsiyetiniz

a) Kadın

b) Erkek

3- Medeni durumunuz

- a) Bekar b) Evli

4- En son mezun olduğunuz eğitim seviyesi

- a) İlkokul b) ortaokul c) lise d)önlisans e)Lisans f)Lisansütü

5- Aylık gelirinizi en iyi ifade eden aralığı işaretleyiniz.

- a) 1300-2000 b) 2001-3000 c) 3001-4000 d) 4001-5000
e) 5001 ve üstü

6- Sağlık hizmeti almaya refakatçi ile mi yalnız mı gidersiniz?

- a) Yalnız giderim b) Refakatçi ile giderim

7- Sağlık Hizmeti almak için tercih ettiğiniz ilk sağlık kuruluğu hangisidir?

- a) Aile Hekimim b)Devlet Hastanesi c)Eğitim Araştırma Hastanesi
d)Özel Hastane e)Diğer

8- Engellilik durum tespiti ifadeler ile ilgili olarak 1-4 sıralamanızı yapınız(Her soru için yalnızca bir seçenek işaretlen

Engellilik Durum Tespiti İfadeleri	Hayır hiç zorlanmıyorum	Evet biraz zorlanıyorum	Evet çok zorlanıyorum	Hiç yapamıyorum
Gözlük kullansanız bile görmede zorlanıyormusunuz?				
İşitme cihazı kullansanız bile işitmede zorlanıyormusunuz?				
Yürürken veya merdiven çıkarken zorlanıyormusunuz?				
Hatırlama veya konsantre olmada zorlanıyormusunuz?				
Yıkanmak veya giyinmek gibi kişisel bakımınızda zorlanıyormusunuz?				
Her zamanki günlük lisanınızı kullanırken iletişim kurmada(örneğin başkalarını anlamada yada başkaları tarafından anlaşılma) zorlanıyormusunuz?				

9- Sağlık tesisinden beklediğiniz hizmete yönelik olarak ifadelere 1-5 arası cevap veriniz

Hizmet İfadeleri	Kalite	Beklentisi	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Fiziksel Olanaklar	1	Hastane güncel ekipmana sahip olmalı					
	2	Görsel olarak çekici ortam olmalı					
	3	Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmeli					
Güvenilirlik	4	Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmeli					
	5	Hastaların bir ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanları cana yakın olmalı					
	6	Evrak işleri hızlı gerçekleşmeli					
Heveslilik	7	Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmalı					
	8	Hızlı hizmet					
	9	Hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmalı					
Güven	10	Hastalar kendilerini güvende hissetmeli					
	11	Hastane çalışanları bilgili olmalı(sorulara net cevap vermeli)					
	12	Çalışanlar kibar olmalı					
	13	Hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmeli					

Empati	14	Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini sezmeli					
	15	Özel hissettirmeli					

10- Sağlık tesisinden aldığınız hizmet sonrası değerlendirmenizi aşağıdaki ifadelere göre 1-5 arası cevaplayınız

Hizmet Kalite Algısı İfadeleri			Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Fiziksel Olanaklar	1	Bu Hastane güncel ekipmana sahiptir					
	2	Bu Hastane görsel olarak çekici ortama sahiptir					
	3	Bu Hastanede çalışanlar temiz ve düzenli giyimli görünmektedir					
Güvenilirlik	4	Bu Hastane hizmeti vaat ettiği sürede gerçekleştirmektedir.					
	5	Bu Hastanede hastaların bir ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanları cana yakın olmaktadır					
	6	Bu Hastanede evrak işleri hızlı gerçekleşmektedir.					
Heveslilik	7	Bu Hastane çalışanları hastalara hizmetin tam olarak ne şekilde ve ne zaman verileceğini kapsamlı olarak anlatmaktadır					
	8	Bu Hastanede hizmet hızlıdır					
	9	Bu hastane çalışanları hastalara yardım etmek için daima istekli olmaktadır					
Güven	10	Bu Hastanede hastalar kendini güvende hissederek					

	11	Bu Hastane çalışanları bilgilidir (sorulara net cevap vermektedir)					
	12	Bu Hastanede çalışanlar kibar davranmaktadır					
	13	Bu hastane çalışanları işini iyi yapabilmek için yöneticilerinden yeterli desteği görmektedir.					
Empati	14	Bu Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaç ve isteklerini önceden sezmektedir.					
	15	Bu Hastanede kendimi özel hissettim					

13. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Cenk Hilmi	Soyadı	Kılıç
Doğum Yeri	Kadıköy	Doğum Tarihi	19.02.1990
Uyruğu	T.C.	Tel	5354896482
E-mail	cenkhilmikilic@hotmail.com		
	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi		
Yüksek Lisans	Fatih Üniversitesi	2016	
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2013	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1 Kalite ve Destek Hizmetleri Müdürü	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018=>
2 İdari ve Mali İşler Müdür Yrd	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2018
3		

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi