

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE, HİZMET  
KALİTESİNİN SAĞLIK HİZMETİ SUNAN VE  
SAĞLIK HİZMETİ ALAN TARAFLARCA  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

MURAT YAZGAN

SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2009

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE, HİZMET  
KALİTESİNİN SAĞLIK HİZMETİ SUNAN VE  
SAĞLIK HİZMETİ ALAN TARAFLARCA  
DEĞERLENDİRİLMESİ

SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

MURAT YAZGAN

Danışman Öğretim Görevlisi: Yrd.Doç.Dr.Bahattin TAYLAN

II.Danışman Öğretim Görevlisi : Doç.Dr.Özkan TÜTÜNCÜ

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER LİSTESİ.....	I
TABLO LİSTESİ.....	V
ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
KISALTMALAR .....	VIII
ÖZET .....	1
ABSTRACT.....	2

### 1. BÖLÜM

GİRİŞ ve AMAÇ .....	3
---------------------	---

### 2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER .....	6
2.1 HİZMET KAVRAMI, KALİTE, HİZMET KALİTESİ ve DAVRANIŞSAL NİYETLER	6
2.1.1 Hizmet Kavramı.....	6
2.1.2 Hizmetin Sınıflandırılması .....	7
2.1.3 Hizmetin Özellikleri .....	10
2.1.3.1 Dokunulmazlık (Soyut Olma) .....	10
2.1.3.2 Ayrılmazlık (Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim) .....	10
2.1.3.3 Değişkenliği (Heterojen Olması) .....	11
2.1.3.4 Dayanıksızlığı (Depolanamaz Oluşu) .....	11
2.1.3.5 Sahip Olunamamak .....	12
2.1.4 Kalitenin Tanımı .....	12
2.1.4.1 Üretim Açısından Kalite .....	13
2.1.4.2 Hizmet Açısından Kalite.....	14
2.1.5 Hizmet Kalitesi Kavramı .....	15
2.1.6 Hizmet Kalitesinin Boyutları .....	19
2.1.6.1 Güvenilirlik .....	20

2.1.6.2	Heveslilik .....	20
2.1.6.3	Yetenek .....	20
2.1.6.4	Ulaşılabilirlik .....	20
2.1.6.5	Nezaket .....	21
2.1.6.6	İletişim .....	21
2.1.6.7	İnanılrlık .....	21
2.1.6.8	Güvenlik .....	21
2.1.6.9	Müşteriyi Tanıma / Anlama .....	22
2.1.6.10	Somut Özellikler .....	22
2.1.7	Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi .....	24
2.1.8	Davranışsal Niyetler .....	25
2.2	<b>SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE ÖLÇÜMÜ</b> .....	27
2.2.1	Sağlık İşletmesi Kavramı .....	27
2.2.2	Sağlık İşletmesinin Özellikleri .....	28
2.2.2.1	Sağlık İşletmelerinin Yapısal Özellikleri .....	28
2.2.2.2	Sağlık İşletmelerinde Süreç .....	30
2.2.2.3	Sağlık İşletmelerinde Çıktı (Sonuç) Değeri .....	31
2.2.3	Sağlık Hizmeti Kavramı .....	31
2.2.4	Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	33
2.2.4.1	Kolay Kullanılabilirlik .....	33
2.2.4.2	Kalite .....	34
2.2.4.3	Süreklilik .....	34
2.2.4.4	Verimlilik .....	34
2.2.5	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	34
2.2.5.1	Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	37
2.2.5.2	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	37
2.2.5.3	Rehabilitasyon Hizmetleri .....	38
2.2.5.4	Sağlığın Geliştirilmesi .....	38
2.2.6	Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler .....	38
2.2.6.1	Hastanelerin Tanımı .....	39
2.2.6.2	Hastanelerin Görevleri .....	39
2.2.6.3	Hastanelerin Özellikleri .....	40

2.2.6.4 Hastanelerin Sınıflandırılması.....	42
2.2.7 Sağlık Hizmetlerinde Kalite .....	43
2.2.7.1 Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı .....	44
2.2.7.2 Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tatmini .....	46
2.2.7.3 Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Fonksiyonel Kalite .....	47
2.2.7.4 Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon ve Kalite Standartları .....	49
2.2.7.4.1 JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) .....	50
2.2.7.4.2 JCI (Jonit Commission International) – Uluslar arası Birleşik Komisyon .....	51
2.2.8 Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi .....	52
2.2.8.1 Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalitesi Standartları .....	55
2.2.9 Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Yöntemleri .....	56
2.2.9.1 Servqual Analizi .....	56
2.2.9.1.1 Servqual’a Yapılan Eleştiriler .....	57
2.2.9.2 Diğer Ölçüm Yöntemleri .....	59

### 3. BÖLÜM

<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>62</b>
3.1 Araştırmanın Amacı .....	62
3.2 Araştırmanın Önemi .....	62
3.3 Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlar .....	63
3.4 Araştırmanın Yöntemi .....	63
3.5 Araştırmanın Veri Toplama ve Ölçme Yöntemi .....	64
3.6 Araştırmanın Hipotezleri .....	64

### 4. BÖLÜM

<b>ARAŞTIRMA BULGULARI .....</b>	<b>66</b>
4.1 Frekans Analizleri .....	66
4.2 Tanımlayıcı İstatistikler .....	68
4.3 Güvenilirlik .....	68
4.4 Geçerlilik (Faktör Analizi) .....	69

4.5	T- Testi .....	71
4.6	ANOVA Testi .....	75
4.7	Korelasyon Analizi .....	82
4.8	Regresyon Analizi .....	83

## 5. BÖLÜM

<b>TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>85</b>
5.1 TARTIŞMA .....	85
5.2 SONUÇ ve ÖNERİLER .....	90
5.3 KAYNAKÇA .....	93
5.4 EKLER .....	99

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: Hizmetin Tarihsel Tanımları .....	s.7
Tablo 2	: Hizmetin Yapısına Göre Sınıflandırma .....	s.8
Tablo 3	: Hizmet İşletmesinin Müşterisiyle İlişki Türüne Göre Sınıflandırma.....	s.9
Tablo 4	: Hizmet Kalitesi İle İlgili Geçmiş Araştırmalar ve Model Önerileri.....	s.16
Tablo 5	: SERVQUAL Boyutları ve Hizmet Kalitesini ölçmek için olan orijinal 10 boyut arasındaki uygunluk .....	s.19
Tablo 6	: Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları	s.24
Tablo 7	: SERVQUAL Boyutları ve Hizmet Kalitesini ölçmek için olan orijinal 10 boyut arasındaki uygunluk	s.57
Tablo 8	: Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesele Dağılımı	s.66
Tablo 9	: Tanımlayıcı İstatistikler	s.68
Tablo 10	: Faktör Analizi	s.69
Tablo 11	: Medeni Durum değişkenine göre Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi	s.72
Tablo 12	: Medeni Durum değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri	s.73
Tablo 13	: Anketi yanıtlayanların hasta veya çalışan olmalarına göre Hizmet Kalitesi değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi	s.74
Tablo 14	: Anketi yanıtlayanların hasta veya çalışan olmalarına göre T-testine ilişkin grup istatistikleri	s.74
Tablo 15	: Hastanelere göre Hizmet Kalitesi değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi	s.75
Tablo 16	: Hastanelere göre T-testine ilişkin grup istatistikleri	s.75
Tablo 17	: Yaş Grupları değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi	s.76
Tablo 18	: Hizmet Kalitesi Bağımsız Değişkenlerin Yaş Grubu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	s.77
Tablo 19	: Eğitim Durumu değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi	s.78
Tablo 20	: Hizmet Kalitesi Bağımsız Değişkenlerin Eğitim Durumu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	s.79

Tablo 21	: Gelir Düzeyi değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi	s.80
Tablo 22	: Hizmet Kalitesi Bağımsız Değişkenlerin Gelir Düzeyi değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	s.81
Tablo 23	: Korelasyon Analizi	s.82
Tablo 24	: Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişken gruplarının regresyon analizi	s.83
Tablo 25	: Hastaların aldıkları sağlık hizmetini başkalarına tavsiyelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişken gruplarının regresyon analizi	s.84



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1	: Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni .....	s.14
Şekil 2	: Müşteri Tarafından Algılanan Kalite ve Müşteri Tatmini .....	s.23
Şekil 3	: Müşterilerin Algılaması ile Oluşan Tatmin Düzeyi	s.25
Şekil 4	: Sağlık Sistemi .....	s.32
Şekil 5	: Sağlık Hizmetleri .....	s.36
Şekil 6	: Bir Sağlık İşletmesinin İç ve Dış Müşterileri .....	s.45
Şekil 7	: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri .....	s.54

## **KISALTMALAR**

SPSS	:	Statistical Programme for Social Sciences
TKY	:	Toplam Kalite Yönetim
JCAHO	:	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
ISO	:	International Organization for Standardization
JCI	:	Joint Commission International
MDH	:	Manisa Devlet Hastanesi
MMEDH	:	Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi

## ÖZET

### SAĞLIK İŞLETMELERİNDE, HİZMET KALİTESİNİN SAĞLIK HİZMETİ SUNAN VE SAĞLIK HİZMETİ ALAN TARAFLARCA DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat YAZGAN

Sağlık ve sağlık hizmeti sunumu, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Bu bakımdan, sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerin kalitesinin ölçülebilmesi; elde edilen veriler doğrultusunda hizmet kalitesini arttırması yönünde önemli bilgiler sağlayarak sağlık işletmelerinin gelecekle ilgili planlar hazırlamasına, politika ve stratejilerini belirlemesine önemli katkısı olacaktır.

**Amaç:** Çalışmanın temel amacı, II. Basamak Devlet Hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin sağlık hizmetini sunan ve alan taraflarca değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Çalışmanın evrenini, Manisa İl merkezinde bulunan II. Basamak Devlet Hastanelerinden sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınları ile bu hizmetini sunan sağlık çalışanlarında oluşan 648 kişi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, Parasuraman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen Servqual Analizi kullanılmış ve ikinci kısmı ile uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 13.00 programından faydalanılarak, öncelikle geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Daha sonra tanımlayıcı istatistikler, T testi, ANOVA testi, Korelasyon ve Regresyon analizleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Toplanan verilere yapılan Faktör Analizi sonucunda Hizmet Kalitesinin beş boyut'u üç boyut altında sırasıyla; "Güvenilirlik-Heveslilik", "Güven-Empati" ve "Somut Özellikler" şeklinde toplanmıştır. Bundan sonraki tüm analizler üç boyut üzerinden yapılmıştır. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre de hizmet kalitesi algılarında farklılıklar olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca Hizmet Kalitesinin değişkenlerinin başında "Güvenilirlik-Heveslilik" gelmektedir. Diğer değişkenler; "Güven-Empati" ve "Somut Özellikler" olarak sıralanmıştır. Sağlık hizmeti sunan hastanelerin özellikle bu boyutlara odaklanması gerekmektedir. Araştırma sonucunda da teyit edildiği gibi hizmet kalitesinin yüksek oluşu, hastaların hastaneyi tekrar tercih etmeleri ve başkalarına tavsiye etmelerini sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık işletmesi, Hizmet, Hizmet Kalitesi, Servqual

## ABSTRACT

### HEALTH ENTERPRISES, SERVICE QUALITY HEALTH SERVICES, AND EVALUATION BY THE FIELD OF HEALTH SERVICES

MURAT YAZGAN

Health and health care report, carried in people's lives, to create quality of life and has special importance in the protection. in this regard, the delivery of health institutions that can measure the quality of service, according to the data obtained in the direction to increase the quality of service by providing important information on the health of future business plans to prepare, to identify policies and strategies will be important contributions.

**Aim:** The main goal of the study, 2 the quality of health services in public hospitals, the step of offering health services and areas is assessed by the parties.

**Method:** Work in the universe, manisa provincial centers in the 2nd the field of public hospitals, patients and health care segments of patients with relatives who provide this service of 648 people formed health. As data collection tool, Parasuraman, Zeithaml and developed SERVQUAL Analysis by Bery used and applied only in the form of the second part is applied with. benefit from analysis of data in the SPSS program by 13:00, first the validity and reliability analysis has been done. then the descriptive statistics, t test, ANOVA test, correlation and regression analysis were made.

**Findings:** Factor Analysis of data collected as a result of the five dimensions of service quality in three dimensions, respectively: 'reliability-responsiveness', 'trust-empathy 'and' tangible property 'in the form was collected. over the next three dimensions are all the analysis has been done. patients and health workers with close patient according to the demographic characteristics of service quality was found to be differences in perception.

**Conclusion:** According to the results of studies, the field of health services and health services by offering quality services at the beginning of the variable 'trust-responsiveness' to come. other variables' trust-empathy 'and' tangible property 'as is limited. health services, especially in the hospitals must focus on these dimensions. As the research results confirm the high quality of service, patients prefer the hospital again and encourage others to give.

**Keywords:** Health Business, Service, Service Quality, SERVQUAL

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ ve AMAC

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerinin, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler artan hasta şikayetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine neden olmuştur.

Sağlık sektöründe 1980'li yıllarda başlayan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarında, “hasta tatmini”, sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak ele almış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır. Hastaların, hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin salt kendi tercihlerine değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı, hastane seçiminde, arkadaş ve yakınlarının tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı araştırmalarda saptanmıştır (Pres, 2002:88).

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme entegre etmenin en önemli aracı ise, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve sağlık hizmeti sunanların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir nitelikte bir sistem tasarlanmalıdır.

Hizmet Kalitesi, somut unsurları pek fazla içermemesinden dolayı, kavranması, uygulanması ve denetimi açısından daha belirsiz ve karmaşık bir kavramdır. Ayrıca, hizmetlerin fiziksel bir unsur olmaması, üretildiği yerde tüketilmesi, heterojen bir yapıya sahip olması, hizmetin kalitesi ve içeriğinin sunan ve alan kişiye göre değişebilmesi, üretim-tüketiminin aynı anda yapılması gibi hizmetin özeline bağlı nedenlerden dolayı kusursuz bir tanıma ulaşmak oldukça zordur. Genel olarak sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi “sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi” olarak tanımlanmaktadır.

Son yıllarda ülkemizde özel hastanelerin sayısı giderek artmaktadır. Bu gelişmenin sonucunda sektörde yoğun bir rekabetin yaşandığı dikkati çekmektedir. Kamu hastaneleri, kalite belgeleri alarak kaliteli sağlık hizmetleri verdiklerini ispat etmeye çalışırken, özel hastanelerin de bu konuda yoğunlaştıkları dikkati çekmektedir (VARİNLİ, 2004, s.32-52). Son 15 yıllık dönem içinde hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik çok sayıda çalışma mevcuttur.

Kalite, esas itibariyle tüketici tatmininin temel belirleyicisidir. Kalitenin ölçümü tüketicinin beklentileri ile algılamalarının karşılaştırılmasından oluşur. Bununla birlikte, kalitenin ölçümü oldukça zordur. Kalitesi ölçülecek olan hizmet olduğunda güçlük daha da artmaktadır(AKSOY,2005).

Hizmet kalitesi ISO tarafından 1986 yılında yapılan tanıma göre, kalite “bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama becerisine dayanan özelliklerin tamamı” olarak ifade etmektedir(BOZKURT, 1995; 173). Hizmet kalitesi ise, insanların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmesi, tüketicilere, yerinde, zamanında, doğru şekilde ürün sunulmasına denilmektedir(BOZKURT, 1995; 175).

Hizmet kalitesinin hem üretim hem de hizmet sektörü için bu kadar önemli olmasının sonucu olarak, hizmet kalitesinin ölçümü araştırmacıların ilgisini çekmiştir ve incelemeler sonucunda hizmet kalitesine ilişkin şu ortak bulgular ortaya çıkmıştır (PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY, 1985;53):

- Tüketiciler için hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ürün kalitesinin değerlendirilmesinden daha zordur.
- Tüketici beklentileriyle gerçekleşen hizmetin performansı arasındaki ilişki sonucunda hizmet kalitesi algısı oluşur.
- Kalite değerlendirilirken sadece hizmet performansı değil, hizmet sunum sürecini de değerlendirmek gerekir.

Hizmetler üretildikleri anda tüketildiklerinden, üretim süreci sonunda ortaya çıkan bir ürün gibi somut ve sayısal verilerle değil, bir bütün süreç olarak değerlendirilir.

Hizmet paketi, müşteri tarafından üretildiği sırada tüketildiğinden, diğer bir deyişle müşteri bütün üretim sürecinde işletme ile etkileşim içerisinde olduğu ve üretime katıldığından, müşteri sadece ürün kalitesinde olduğu gibi üretim sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesi ile değil, bütün üretim süreci boyunca etkileşim içerisinde olduğu hizmet paketinin diğer öğelerinin kalitesi ile de ilgilenir. Hizmetin bu özelliği, hizmet kalitesinin boyutlarını kavramını ortaya çıkarmıştır.

Birçok akademisyen ve araştırmacı, hizmet kalitesinin boyutları ile ilgili çeşitli yaklaşımlar geliştirmişlerdir. Bu yaklaşımlardan en geniş kapsamlısı Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen on kalite boyutudur; Güvenilirlik, Heveslilik, Yetenek,

Ulaşılabilirlik, Nezaket, İletişim, İnanlırlık, Güvenlik, Müşteriyi Tanıma/Anlama, ve Somut Özelliklerdir(UYGUÇ; 1998, 36-37).

Bu çalışmamızda Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen hizmet kalitesi boyutlarından; Somut Özellikler, Güvenilirlik, Güven, Empati, Heveslilik(isteklilik) boyutları dikkate alınarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş olan SERVQUAL ölçeğine paralel ayrı bir ölçek geliştirilerek davranışsal niyetler arasındaki bağlantı araştırılacaktır.

Bu tez konusunun temel amacı II. Basamak Sağlık Kurumlarında sunulan hizmet kalitesinin, sağlık hizmeti alanlar ve sağlık hizmeti sunanlar tarafından değerlendirilmesidir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmeti sunum standartları sürekli değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, hizmet kalitesine verdiği önemi daha da artırmış, uluslararası standardizasyona son zamanlarda daha fazla önem vermeye başlamış ve buna bağlı olarak uluslararası akreditasyon için ilgili firmalara ciddi kaynak aktarımlarında bulunulmuştur. Tüm bu çabalar devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasını sağlamak içindir. Ancak hizmet kalitesinin yükseltilebilmesi için sağlık hizmetini alanların ve sunanların sağlık hizmetini değerlendirmeleri gerekmektedir.

Bu çalışmanın sonucunda II. Basamak sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetinin kalite düzeyi belirlenecektir. Bunun yanında aşağıdaki konular hakkında bulgular saptanarak çeşitli öneriler getirilecektir.

- Hastalar ve çalışanlar için en önemli hizmet kalitesi boyutları saptanabilecektir.
- Çalışmanın bağımsız değişkenleri göz önüne alınarak hizmet kalitesi boyutlarının değerlendirilmesi yapılacaktır.
- Hastalar ve çalışanlar açısından hizmet kalitesi boyutları karşılaştırılacaktır.
- Davranışsal niyetleri etkileyen en önemli hizmet kalitesi boyutları belirlenecektir.

## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1 HİZMET KAVRAMI, KALİTE VE HİZMET KALİTESİ

Toplumsal yaşamın yaygınlaşması, teknolojik gelişmeler ve insanların refah düzeyinin artmasına paralel olarak tüketici bilincinde meydana gelen değişimler doğal olarak hizmet sektörünün önemini her geçen gün daha çok ön plana çıkartmaktadır. Müşteriler bir bedel ödedikleri mal veya hizmetin sadece satın alma maliyetini değil, işletme maliyetini de düşünmekte, dolayısı ile o mal veya hizmetten elde edeceği toplam faydayı hesap etmektedirler. Kalite işletmelerin ayakta kalabilmeleri için en önemli etkidir. Bu nedenle öncelikle hizmet ve kalite kavramını tanımlamak gerekir.

##### **2.1.1 Hizmetin Tanımı**

Son yıllarda hizmet sektörünün öneminin tüm ekonomilerde giderek arttığını görmekteyiz. Bugün artık hizmetler, güzellik salonlarında verilen hizmet etkinliklerinden, sigorta işletmelerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş alana yayılmış, çok çeşitli heterojen etkinlikleri kapsamaktadır. Bu bakımdan, hizmet olgusu oldukça karmaşık ve tanımlanması güç bir kavramdır.

Hizmetler, soyut olma özelliğine sahip ve alındığında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, satış için sunulan faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşidi (Kotler, 2001:291), ya da zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından yarar sağlayan ekonomik faaliyetler olarak tanımlanabilir(Parasuraman, Zeithaml ,Berry, 1985; 41).

Soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda ya da tatmin olarak algılanan hizmetin en bilinen tanımı bir gruptan diğerine sunulan herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan, bir faaliyet ya da faydadır. Hizmet üretimi fiziksel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir (Rust, ahorik, Keiningham, 1996; 7). Bir diğer tanım da, doğrudan satışa sunulan ya da ürünlerin (mal/hizmet) satışıyla birlikte sağlanan yararlar ve doyunluklar olarak yapılmaktadır (Tenekecioğlu, 1992; 159).

Bu kadar çok ve değişik tanımlarla karşılaşılmasının nedeni, her araştırmacının bağlı bulunduğu bilim dalı ve etkisi altında kaldığı yaklaşıma göre tanım geliştirmesidir. Örneğin,



ekonomistler, hizmeti sınıflandırarak ya da listeleyerek tanımlamaya çalışmışlardır. Pazarlamacılar ise hizmeti, karakteristik özellikleri ile tanımlamışlardır (Uyguç, 1998).

**Tablo 1. Hizmetin Tarihsel Tanımları**

Fizyokratlar (-1750)	Tarımsal Üretim dışındaki tüm faaliyetler.
Adam Smith (1723-90)	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler.
J.B.Say (1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler.
Alfred Marshall (1842-1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar.
Batı Ülkeleri (1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler.
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet.

(Kaynak: ÖZTÜRK, 1998, 2)

Sonuç olarak hizmet, insanların ya da insan gruplarının, ihtiyaçlarını gidermek amacıyla belirli bir fiyattan satışa sunulan, elle tutulamayan, koklanamayan, hemen tüketilen, standartlaştırılmayan, yarar ve doyum sağlayan soyut faaliyetler olarak tanımlanabilir.

### 2.1.2 Hizmetin Sınıflandırılması

Hizmetleri sınıflandırmada değişik yaklaşımlar geliştirilmiştir. Örneğin hizmetler üretici ve tüketici hizmetleri olarak sınıflandırılabilirken, pazarlanabilir ve pazarlanamayan hizmetler olarak da ayrı bir sınıflama yapılabilir. Karahan (2000) tarafından yapılan bir sınıflandırmaya göre hizmetler aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:

- İnsan gücüne dayalı olan hizmetler,
- İnsan gücüne değil, makineye, araç ve gerece bağlı hizmetler,
- Müşterinin hazır bulunmasını gerektiren hizmetler,
- Müşterinin bulunmasını gerektirmeyen hizmetler,
- Kişisel ihtiyaçları karşılayan hizmetler,
- İşletme ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler,
- Kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler,

Bu sınıflandırmanın dışında Amerikan pazarlama birliği hizmeti 10 kategoride sınıflandırmıştır (Öztürk, 1998). Bunlar:

- Sağlık hizmetleri,
- Finansal hizmetler,
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- Spor, sanat, ve eğlendirme hizmetleri,
- Kamusal, yarı kamusal, kar amacı gütmeyen hizmetler,
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- Telekomünikasyon hizmetleri,
- Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

Bu sınıflandırmalar dışında, hizmetin yapısına, hizmet işletmesinin müşteri ile kurduğu ilişki türüne, hizmet işletmesinin esnekliğine göre çeşitli sınıflandırmalar da yapılabilir.

**Tablo 2. Hizmetin Yapısına Göre Sınıflandırma**

Hizmetin Yapısı	Hizmeti doğrudan elde eden Kim ya da Ne ?	
	İnsan	Nesne (Eşya)
<b>Dokunulabilir Hareketler</b>	İnsanların vücuduna yöneltilen hizmetler <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sağlık</li> <li>➤ Güzellik salonları</li> <li>➤ Restoran</li> <li>➤ Yolcu taşıma</li> <li>➤ Saç kesimi</li> </ul>	Mal veya diğer fiziksel nesnelere yöneltilen hizmetler <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mal taşıma</li> <li>➤ Kuru temizleme</li> <li>➤ Bahçe bakımı</li> <li>➤ Veterinerlik</li> <li>➤ Endüstriyel makine bakımı, tamiri</li> </ul>
<b>Dokunulamaz Hareketler</b>	İnsanların zihinlerine yöneltilen hizmetler <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eğitim</li> <li>➤ Tiyatro</li> <li>➤ Müze</li> <li>➤ Yayımcılık</li> <li>➤ Enformasyon Hizmetleri</li> </ul>	Dokunulamayan aktiflere yöneltilen hizmetler <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bankacılık</li> <li>➤ Sigortacılık</li> <li>➤ Muhasebecilik</li> <li>➤ Hukuki hizmetler</li> </ul>

(Kaynak: Öztürk, 2003)

Lovelock (1984) tarafından hizmetlerin yapısına göre yapılan sınıflandırmaya göre, hizmet özellikleri somut ve soyut olarak tanımlanmıştır. Hizmet kullanıcıları ise hizmeti elde eden insan ya da mallardır.

Hizmet işletmesinin müşterisiyle ilişki türüne göre yapılan bir başka Lovelock (1984) sınıflandırması, hizmeti sunanlar ile müşteriler arasındaki uzun süreli ilişkilerin hangi temele dayandığı üzerine kurulmuştur. Müşteri ile satıcı arasındaki ilişki üyelik ilişkisi ya da informal bir ilişki olabilir.

**Tablo 3. Hizmet İşletmesinin Müşterisiyle İlişki Türüne Göre Sınıflandırma**

<b>Hizmetin Sunum Niteliği</b>	<b>Üyelik İlişkisi Var</b>	<b>Formal Bir İlişki Yok</b>
<b>Hizmetin Sürekli Oluşu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sigorta</li><li>• Telefon Aboneliği</li><li>• Bankacılık</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Karayolu</li><li>• Radyo İstasyonu</li></ul>
<b>Hizmetin Aralık Oluşu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bir Tiyatroya Abone Olma</li><li>• Aylık Otobüs Kartları</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Araba Kiralama</li><li>• Restoran</li><li>• Posta Hizmetleri</li><li>• Tiyatro, Sinema</li></ul>

(Kaynak: Öztürk, 2003)

Üyelik ilişkisinin hizmet işletmesi için birçok faydası mevcuttur. Eğer hizmet kuruluşları, müşterileri ile üyelik ilişkisi içinde olurlarsa; işletme, müşterilerinin kimler olduğunu ve bu müşterilerin hizmetten nasıl yaralandıklarını bilebilmektedir (Lovelock, 1984).

Hizmet işletmesinin esnekliğine ve insiyatifine göre yapılan sınıflandırma ise, hizmeti sunanların ne kadar insiyatife sahip olduğunu ve sunulan hizmetin ne kadar esnek olduğu üzerine kurulmuştur (Lovelock, 1984).

Bazı hizmetler müşteriye birçok seçenek sunarak onun seçim yapabilmesine olanak sağlayacak kadar esnekken, bazı hizmetler de hizmeti sunanın insiyatifinin az olduğu ve hizmetin esnekliğe izin vermediği durumlar olabilmektedir.

Bazı hizmetlerde hizmeti sunan kişinin insiyatifinin yüksek olmasına rağmen hizmetin kendisi esnekliğe izin vermezken, bazı hizmetlerde ise hem hizmeti sunan kişinin insiyatifi fazla olup, hem de hizmet esnek özellikte olabilmektedir.

### 2.1.3 Hizmetin Özellikleri

İşletmeler, pazarlama stratejilerini planlarken hizmetlerin beş önemli karakteristik özelliğini göz önünde bulundurmak zorundadırlar. Bunlar, hizmetin dokunulmazlığı (soyutluk), ayrılmazlığı, değişkenliği, dayanıksızlığı ve sahip olunamama özelliğidir (Mucuk, 2001, 287).

#### 2.1.3.1 Dokunulmazlık (Soyut Olma)

Mallar ve hizmetleri arasındaki en temel evrensel olarak kabul edilen farklılık hizmetlerin dokunulmazlığıdır. Hizmetin soyut olması demek, hizmetin elle tutulamaz, görülemez, duyulamaz, bir ölçü birimiyle ifade edilemez, sergilenemez, paketlenemez, ve taşınamaz olması anlamına gelir. Bu nedenle hizmetler dayanıksız olarak nitelendirilirler. Hizmetler önceden çok sayıda üretilemez ve saklanamazlar. Bir konserde ya da bir uçakta boş kalan koltukların saklanıp da ertesi gün satılması mümkün değildir.

Hizmetten sağlanan yarar deneyime dayalıdır. Müşteri hizmetin değerini ve niteliğini ancak satın aldıktan sonra ya da hizmeti tüketilmesi veya satın alınması sürecinde değerlendirebilir.

Hizmetin fiziksel bir varlığa sahip olmaması aşağıdaki sorunlara yol açmaktadır.

- Hizmetleri depolama olanağı yoktur.
- Hizmetler “patent” aracılığı ile korunamaz.
- Hizmetler mallar gibi teşhir edilemez, tanıtılamaz.
- Hizmetlerin fiyatlandırılması oldukça zordur.

#### 2.1.3.2 Ayrılmazlık (Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim)

Malların üretiminde, üretim ve tüketim sürecinin birbirinden ayrı olması nedeniyle işletme ile müşteri ancak malın satın alınması sırasında karşı karşıya gelirler. Üretim çoğunlukla müşteri tarafından görülmez.

Hizmet işlemlerinde ise hizmetin üretimi, satın alınması ve tüketimi eş zamanlı olarak gerçekleşir. Bu nedenle işletme ile müşteri üretim ve sunum süreci boyunca etkileşim halindedir ve müşteri üretim sürecine katılır. Örneğin, bir kişinin bir yere seyahat etmesi o kişinin bizzat katılımını gerektirmektedir. Bu özellik de aşağıdaki durumlara neden olmaktadır.

- Hizmetler dağıtım kanalları ile müşterilere ulaştırılamaz. Bu durumda ya müşterilerin hizmet veren kişi veya kuruluşa gitmeleri ya da hizmet veren kişinin müşterinin ayağına gitmesi gerekir.
- Hizmetin müşteriye doyum sağlaması ya da diğer bir deyişle hizmet kalitesi sunan kişinin etkinliği kadar müşterinin etkinliğine bağlıdır.
- Hizmet verilen müşteri yanında bu hizmetten yararlanacak diğer müşteriler de hizmet üretim sürecine tanık olurlar.
- Hizmetlerin bir merkezden kitlesel olarak üretimi oldukça zordur. Hatta azı durumlarda olanaksızdır.

### **2.1.3.3 Değişkenliği (Heterojen Olması)**

Hizmetin içeriği sunan kişiye, müşteriye, zamana göre değişebilir. Bu açıdan standartlaştırılmaları büyük güçlük gösterir. Örnek olarak bir saç kesimi hizmeti kuaförden kuaföre olduğu gibi müşteriden müşteriye de farklılık gösterir. Hizmetlerin temel üretim şekli insan davranışlarıyla gerçekleşir. Bu nedenle aynı kişinin ürettiği hizmetler bile birbirinden farklı olabilirler. Bu farklılık zamandan zamana, alıcıdan alıcıya, üreticiden tüketiciye, üretici ile tüketici arasındaki ilişkiye ve içinde bulunulan duruma göre oluşabilir. Bu da işletmelerde kalite kontrol sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynar.

### **2.1.3.4 Dayanıksızlığı (Depolanamaz Oluşu)**

Dayanıksızlık, hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması, iade edilememesi ve yeniden satılamaması anlamına gelir. Bir oteldaki koltuklar, bir oteldeki boş odalar kaybedilmiş kapasite anlamına gelir. Belirli bir zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak veya satılmak için tutulamaz (Öztürk, 2003).

Hizmetlerin dayanıksızlığını arttıran bir neden de, bazı hizmetlerdeki talebin düzensiz oluşudur. Hizmetlerin dayanıksızlığı ve talebin değişken olması hizmet işletmesi yöneticisinin arz ve talebi eşleştirmek için hizmet planlaması, fiyatlandırma ve satış çabalarına ilişkin önlemler almasını gerektirmektedir (Öztürk, 2003).

### **2.1.3.5 Sahip Olunamamak**

Hizmet ürünlerinde sahipliğin olmaması, hizmetlerin en önemli özelliklerinde biridir. Mülkiyetin değil, belirli bir süre için kullanım hakkının satın alınması söz konusudur. Sahip olunan hizmetin kendisi değil, hizmetten elde edilen faydadır. Burada kullanıcılar hizmeti alırken ve kullanırken hizmet üreticisine bağımlıdır (Mucuk, 2001).

Hizmetlerin diğer bir özelliği de üretim sürecinin emek yoğun olmasıdır. Emek-yoğun işletmelerde, görel olarak, daha az teknik araç, gereç, teçhizattan yararlanır. Buna karşılık insan gücünün harcadığı zaman, çaba maliyeti daha yüksektir.

Hizmet işletmeleri ürettikleri hizmetlerle ilgili tüm boyutların yanında, hizmeti sunarken, verimlilik, değişkenlik, tüketim, devamlılık, güven vb. unsurları da düşünmelidirler.

Son yıllardaki gelişmelere bakıldığında sektörler arasında, yapısal değişiklikler açısından çok hızlı bir değişimin olduğu görülmektedir. Hizmet sınıfındaki uygulamalar sadece hizmet işletmeleri tarafından verilen hizmetler olmaktan çıkmış, ürün temelli işletmelerde de önem kazanmıştır. Çünkü kaliteli mal ve hizmet üretimi son yıllarda işletmelerin en önemli ve güncel sorunları arasında yer almaktadır. Kaliteyi insan performansı ile belirlemek ve ilişkilendirmek çıkış noktasını oluşturmaktadır. Kalite üretim sürecinde, alınan kararlarda, ürünlerde ve hizmetlerde uygulanabilmektedir. Kalite daha çok ihtiyaç duyulan mal ya da hizmetin beklentileri karşılayabilme yeteneğidir.

### **2.1.4 Kalitenin Tanımı**

Son yıllardaki gelişmelere bakıldığında sektörler arasında, yapısal değişiklikler açısından çok hızlı bir değişimin olduğu görülmektedir. Hizmet sınıfındaki uygulamalar sadece hizmet işletmeleri tarafından verilen hizmetler olmaktan çıkmış, ürün temelli işletmelerde de önem kazanmıştır. Çünkü kaliteli mal ve hizmet üretimi son yıllarda işletmelerin en önemli ve güncel sorunları arasında yer almaktadır. Kaliteyi insan performansı ile belirlemek ve ilişkilendirmek çıkış noktasını oluşturmaktadır. Kalite üretim sürecinde, alınan kararlarda, ürünlerde ve hizmetlerde uygulanabilmektedir. Kalite daha çok ihtiyaç duyulan mal ya da hizmetin beklentileri karşılayabilme yeteneğidir.

Herkesin genel olarak ulaşabileceği bir kalite tanımı yapılması neredeyse olanaksızdır. Değişik kalite tanımlarının yapılması kalitenin çok boyutlu olmasından

kaynaklanmaktadır. Aşağıda dünya çapındaki kuruluş ve uzmanlar tarafından yapılmış olan kalite tanımları verilmiştir (Bozkurt ve Odaman, 1995).

- Kalite bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama yeterliğine dayanan özelliklerinin toplamıdır(ISO 8402).
- Kalite bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür (Amerikan Kalite Derneği - ASO).
- Kalite bir mal ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir (Avrupa Kalite Organizasyonu – EQO).
- Kalite bir ürününü gerekliliklere uygunluk derecesidir (P.Crosby).
- Kalite kullanım uygunluktur (J. M. Juran).
- Kalite, ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır (G. Taguchi).

Kalite, bir ürün ya da hizmet hakkında müşteri ya da kullanıcıların yargısı olup, beklentiler ve gereksinimlerin karşılanmasına olan inançların ölçüsüdür. Örneğin, bir otomobil satın alan müşterinin kontak anahtarını bir kez çevirmesi ile çalışacak motara sahip olması gibi beklentisi vardır. Motor ilk kez çalışmadığında müşterinin beklentisi karşılanmamış olacaktır ve müşteri aracın kalitesini yetersiz olarak algılayacaktır (Bozkurt, 2003).

#### **2.1.4.1 Üretim Açısından Kalite**

Üretim açısında kalite şu şekillerde ele alınabilmektedir:

1. *Ürüne dayanan tanımlama:* Ürünün neleri, ne kadar içerdiği ile ilgilidir.
2. *Üretime dayanan tanımlama:* Üretilen ürün için belirlenmiş standartların ne ölçüde gerçekleştiği ile ilgilidir. Bu görüşü benimseyenlere göre “kalite, ihtiyaçlara uygunluktur.”
3. *Kullanıcı-müşteriye dayanan tanımlama:* Kullanıcı ya da müşteri açısından ürünün “amaca uygunluğu”dur.
4. *Değere dayanan tanımlama:* Üretime ve müşteriye dayanan tanımlamanın karışımıdır. Müşterinin, arzu ettiği standartlara sahip olan bir ürüne, kabul edilebilir bir fiyat ve maliyet ile sahip olabilmesi mantığına dayanır.

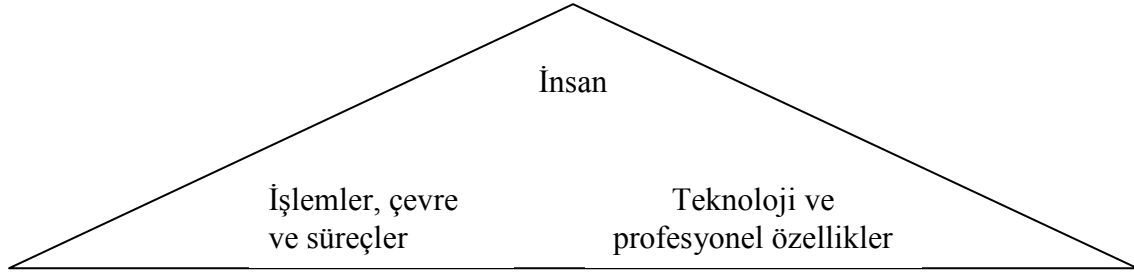
Üretim ve hizmet sektöründe, kalite kavramını farklı biçimlerde ele almak gerekmektedir. Çünkü, üretim sektöründe önce ürünler, mallar yapılmakta, müşteri son aşamada önem kazanmaktadır.

Oysa, hizmet sektöründe önce müşteri ile anlaşma yapılmakta, yani hizmet satılmakta, daha sonra ise üretim ve tüketim birlikte ve hemen hemen aynı anda gerçekleşmektedir.

#### 2.1.4.2 Hizmetler Açısından Kalite

Hizmet emek yoğun olduğundan hizmeti verenden bir diğerine değişiklik göstermektedir. Hizmetin kalite ve içeriğinde, kişilere zamana ve ortama göre büyük dalgalanmalar ve değişiklikler görülmesi olanaklıdır. Hizmetleri standartlaştırmak olanaksızdır (Malhan, Özgülbaş, 1999).

Hizmetlerdeki kalite için “Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni”nin göz önünde tutulması gerekir.



**Şekil 1. Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni (Hayran, Uz, 2009).**

Bu üçgen eşkenar bir üçgen olup kenarlar üç bileşeni ifade etmektedir.

- İnsan,
- İşlemler, çevre ve süreç,
- Teknoloji ve profesyonel özellikler,

Bunların herhangi birine ağırlık veya öncelik vermek kaliteyi etkileyecektir.

Örneğin, işlem ya da süreçlere ağırlık vermek, müşteriye şu mesajı verecektir: “Sen bizim için bir sayısın ve biz burada senin gibiler için uğraşyoruz.”

İnsan bileşenine ağırlık vermenin anlamı ise: “Biz seni seviyoruz ve senin için çalışıyoruz. Ancak, ne yaptığımızı tam olarak bilemiyoruz.” olabilecektir.



Teknik ve profesyonel konulara ağırlık vermenin vereceği mesaj da: “Biz ne yaptığımızı ve nasıl yapacağımızı çok iyi biliyoruz. Ancak, senin bir birey olarak bizim açımızdan fazlaca önemin yok.” şeklinde olacaktır.

Bu denge üçgeninin sağlık hizmetleri için de yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Sağlıkta kalite konusunda uzman olan ABD’li Donabedian’a göre “sağlık hizmetlerinde kalite, teknik, kişiler ve çevresel etkenlerin bir ürünüdür.” Bu yaklaşım İngiltere’deki Ulusal Sağlık Hizmetleri sisteminin düzeltilmesi için de resmen kabul gören bir yaklaşımdır (Hayran, Uz, 2009).

### **2.1.5 Hizmet Kalitesi Kavramı**

Son yıllarda hizmet sektörünün hızlı bir şekilde gelişmesi, hizmet işletmelerinin daha geniş pazarlarda rekabet etmeleri, insanların kalite konusunda duyarlı ve bilinçli olmaları hizmet işletmelerinde kalitenin önemini arttırmıştır. Tüketiciler de hizmetleri ve ürünleri satın alırken hizmet kalitesine büyük önem vermeye başlamışlardır. Bir hizmet işletmesini diğer bir işletmeden farklı kılan en önemli faktörlerden birisi, rakiplerden daha yüksek kalitede hizmet üretmesi ve sunmasıdır.

Literatürde birçok hizmet kalitesi tanımı bulunmaktadır. Bu tanımlar sıralandığında, aslında hizmet kalitesinin tam olarak tarifinin ne kadar zor olduğu ve bu konuda ortak bir paydada buluşulsa da farklı tanımlamaların yapılabilmesinin mümkün olduğu açıktır. Aşağıda hizmet kalitesi ile ilgili birkaç tarif bulunmaktadır (Serbest, 2006).

- Hizmet Kalitesi, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün mükemmel hizmetin verilmesidir (Bulgan ve Gürdal, 2005).
- Hizmet kalitesi, bir davranış biçimi olarak tanımlanır. Hizmet kalitesi, tatmin ile ilişkili fakat tatmine eşdeğer değildir (Lai, 2004).
- Hizmet kalitesi en geniş anlamıyla, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir (Odabaşı, 2003).
- Hizmet kalitesi, hizmet organizasyonunun başarı anahtarıdır (Lau vd., 2005).
- Hizmet kalitesi, organizasyonun ve organizasyonun hizmetlerinin müşteri üzerinde bıraktığı toplam etkidir (Park vd., 2004).
- Hizmet Kalitesi, bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme geçebilme yeteneğidir (Bulgan ve Gürdal, 2005).

- Hizmet kalitesi, başarıyı etkileyen en önemli faktördür (Landrum ve Prybutok, 2004).
- Hizmet kalitesi, geleneksel olarak müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki farktır (Wang vd., 2004).
- Hizmet kalitesi, hizmetin üstünlüğüne bağlı olarak yapılan küresel bir yargılama ile beklenen hizmet arasındaki farktır (Kouthouris, 2005).

Tablo 4.'de, Hizmet Kalitesi ile ilgili yapılmış olan geçmiş araştırmalar ve hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik model önerileri verilmiştir.

**Tablo 4. Hizmet Kalitesi ile İlgili Geçmiş Araştırmalar ve Model Önerileri**

No	Yazar	Çalışmanın Adı	Modelin Temel Özelliği
1	Lin,H.-H. Wang,Y.-S. (2005)	An examination of the determinants of customer loyalty in mobile commerce contexts	Müşteri sadakatinin, değer, güven, alışkanlık ve müşteri tatmininden etkilendiği ve müşteri tatmininin de algılanan değer ve güvenden etkilendiği vurgulanmış ve hareketli ticaret yapısı içinde çalışma araştırılmıştır.
2	Wang, Y. Lo, H.-P. Yang, Y (2004)	An integrated framework for service quality, customer value, satisfaction: evidence from China's telecommunication	Hizmet kalitesinin 5 boyutu, müşteri tarafından algılanan hizmet kalitesi, kayıp, müşteri tatmini, müşteri değeri, davranışsal amaç arasında kurulan hipotezler Çin'deki telekomünikasyon endüstrisi için test edilmiştir.
3	Park, J.W. Robertson,R. Wu, C.-L. (2004)	The effect of airline service quality on passengers' behavioural intentions: a Korean case study	Yolcuların karar verme prosesi, beklenen hizmet, algılanan hizmet, yolcu tatmini, havayolu imajı ve davranışsal amaçlar açısından incelenmiştir.
4	Cronin Jr., J.J. Brady, M.K. Tomas, G.	Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer	Hizmet kalitesi, kayıp, değer ve müşteri tatmininin birbirleri üzerindeki etkilerine yönelik bir model önerilmiş ve bu model 6

	Hult, M. (2000)	behavioral intentions in service environments	ayrı sektöre uygulanmıştır.
5	Lai, T.L. (2004)	Service quality and perceived value's impact on satisfaction, intention and usage of short message service (SMS)	5 hizmet kalitesi boyutunun ve algılanan hizmet değerinin müşteri tatmini, müşteri tatmininin davranışsal amaç ve davranışsal amacın da kullanım uzunluğu üzerine etkileri incelenmiş. Araştırma kısa mesaj hizmeti (SMS) alan kullanıcılar üzerinde test edilmiştir.
6	Landrum, H. Prybutok, V.R. (2004)	A service quality and success model for the information service industry	Hizmet kalitesinin sistem kalitesi ve bilgi kalitesi ile beraber kullanıcı tatmini ve yararlılık üzerine etkisi incelenmiş ve kütüphanecilik sektörü için bir model önerilmiştir.
7	Choi, K.S. Cho, W-H. Lee, S. Lee, H. Kim, C (2004)	The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study	Güney Kore'de yapılan çalışmada sağlık sektöründe hizmet sağlayıcı seçenekleri için hizmet kalitesi, değer, tatmin ve davranışsal amaç arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik bir model önerilmiştir.
8	Brady, M.K. Knight, G.A. Gronin Jr.,J.J. Tomas, G. Hult, M. Keillor, B.D. (2005)	Removing the contextual lens: A multinational, multi-setting comparison of service evaluation models	Çalışmada değer temelli, hizmet kalitesi temelli ve tatmin temelli modeller karşılaştırılarak, kaybın değeri, tatmini ve davranışsal amacı; değer tatmini ve davranışsal amacı; tatminde davranışsal amacı etkilediğini öne süren bir model önerilmiştir.
9	Wildes, V.J. (2005)	Attracting and retaining food servers: how internal service	Hizmet kalitesi boyutlarının ve mesleki klişeleşmiş örneğin davranışsal amaçlar üzerine etkisini incelemek üzere bir model

		quality moderates occupational stigma	önerilmiştir.
10	Brady, M.K. Robertson, C.J. Cronin, J.J. (2001)	Managing behavioral intentions in diverse cultural environments: an investigation of service quality, service value and satisfaction for American and Ecuadorian fast-food customers	Hizmet kalitesi, kayıp, hizmet değeri, müşteri tatmini ve davranışsal amaç arasındaki ilişkileri test eden bir model önerilmiş ve çalışma Amerikan ve Ekvatorlu fast-food müşterileri üzerinde uygulanarak iki halk arasındaki davranışsal farklılıklar ortaya konmuştur
11	Yu, C.-M.J. Wu, L.-Y. Chiao, Y.-C. Tai, H.-S. (2005)	Perceived quality, customer satisfaction and customer loyalty: the case of lexus in Taiwan	Çalışmada müşteri tatmin endeks modeli (CSI) değiştirilmiş ve müşteri beklentilerinin algılanan kalite ve müşteri tatmini; müşteri tatminin de müşteri şikayetleri ve müşteri sadakati üzerine etkisini inceleyen bir model önerilmiştir.

(Kaynak: Serbest, 2006)

Ülkemizdeki sağlık bakanlığı bilgilerine bakıldığında, hizmet kalitesinin, hizmet alanların gereksinimlerinin karşılanması ve hizmetlerin kabul edilen standart ve rehberlerle uyum içinde sunulması olduğu görülmektedir. Hizmet kalitesinin temel yaklaşımı, hizmeti alan kişinin gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanmadır. Hizmet alan kişinin gereksinim, hak ve memnuniyeti ile hizmet sunanın gereksinim, hak ve memnuniyeti, kalitenin birbirinden ayrılamaz iki yönüdür. Bu nedenle temel kalite stratejisi, gereksinimler temelinde hizmet alan kişiye odaklı ve hizmet sunan kişinin verimli çalışacağı koşulları oluşturmaktır. Bu gereksinimler karşılanıp hizmet alıcısının ve sunucusunun memnuniyeti sağlandıkça hizmet kalitesi yükseltilmiş olacaktır.

## 2.1.6 Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet paketi, müşteri tarafından Hizmet paketi, müşteri tarafından üretildiği sırada tüketildiğinden, diğer bir deyişle müşteri bütün üretim sürecinde işletme ile etkileşim içerisinde olduğu ve üretime katıldığından, müşteri sadece ürün kalitesinde olduğu gibi üretim sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesi ile değil, bütün üretim süreci boyunca etkileşim içerisinde olduğu hizmet paketinin diğer öğelerinin kalitesi ile de ilgilenir. Hizmetin bu özelliği, hizmet kalitesinin boyutları kavramını ortaya çıkarmıştır (Sevimli, 2006).

Birçok akademisyen ve araştırmacı, hizmet kalitesinin boyutları ile ilgili çeşitli yaklaşımlar geliştirmişlerdir. Tablo 5.'de bu yaklaşımlar özetlenmektedir.

**Tablo 5. Hizmet Kalitesinin Boyutları**

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

NORMANN (1988)	Hizmet paketinin özellikleri: a. Değişir (soft) özellikler b. Değişmez (hard) özellikler
-------------------	--

(Kaynak: Uyguç, 1998; 36-37)

Bu yaklaşımların en geniş kapsamlısı Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen on kalite boyutudur (Sevimli, 2006):

#### **2.1.6.1 Güvenilirlik**

Performansta tutarlılık, firmanın hizmeti bir kerede ve doğru yapması, diğer bir deyişle firmanın sözünü tutması anlamına gelir. Hizmetin zamanında, her zaman aynı şekilde ve hatasız olarak verilmesini içerir. Hizmetin önceden belirtilen zamanda yerine getirilmesi, faturalamanın doğru yapılması, yönetmeliklere uygunluk gibi konuları kapsar.

#### **2.1.6.2 Heveslilik**

Çalışanların hizmet verme konusunda hazır ve istekli olmasını açıklar. Satıcının müşteriye zamanında ve uygun karşılık verme derecesini belirler. Anında hizmet verme, müşteriye yardımcı olma ve zamanında geri dönme, bir belgeyi hemen postalama gibi faaliyetleri kapsar.

#### **2.1.6.3 Yetenek**

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

#### **2.1.6.4 Ulaşılabilirlik**

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

#### **2.1.6.5 Nezaket**

Müşterilerle ilişkide bulunan çalışanların kibarlığını, saygısını, dostluğunu içerir. Çalışanların temiz ve düzenli görünüşü, güler yüzlü olması, müşterinin orada bulunmasından duydukları memnuniyeti ifade etmeleri, müşteriye ilgi gösterme dereceleri örnek olarak gösterilebilir.

#### **2.1.6.6 İletişim**

Çalışanların müşteriye hizmet hakkında onların anlayabileceği şekilde ve düzeyde bilgi vermesidir. Bu boyut, müşterileri, anlayacakları bir dilden konuşarak bilgilendirmek ve onları dinlemek, hatta kullanılan dilin değişik müşterilere göre ayarlanması anlamına gelmektedir. Karmaşıklık ve içerik derecesini iyi eğitilmiş bir müşteriye karşı arttırmak veya yeni ve deneyimsiz bir müşteri için daha basit ifadeler kullanmak bu boyut kapsamında değerlendirilir. Hizmetin içeriğini, maliyetini, karşılaşılabilecek problemleri ve problemler karşısında neler yapılabileceğini açıklamak, müşterinin sorularını eksiksiz bir şekilde cevaplamak gibi konuları kapsar.

#### **2.1.6.7 İnanılrlık**

Çalışanların hizmet verdikleri müşteriye samimi bir ilgi göstermesi ve müşteriye kendisine inandırmasıdır. Dürüstlikle oluşturulan işletme imajı ve çalışanların kişisel özellikleri işletme itibarını ve inanılrlığını artıran etkenlerdir.

#### **2.1.6.8 Güvenlik**

Verilen hizmetin tehlike, risk ve şüpheden uzak olması anlamına gelir. Bu boyut ayrıca müşteri bilgilerinin gizliliğini de içerir. Müşterilerin fiziksel, parasal güvenliğinin ve mahremiyetinin korunmasını kapsar. Otobüs işletmelerinde tecrübeli ve yetenekli şoförlerin, finans hizmetlerinde güvenilir ve dürüst uzmanların çalıştırılması, bir doktorun hastasının bilgilerini gizli tutması bu boyuta örnek gösterilebilir.

### **2.1.6.9 Müşteriye Tanıma/Anlama**

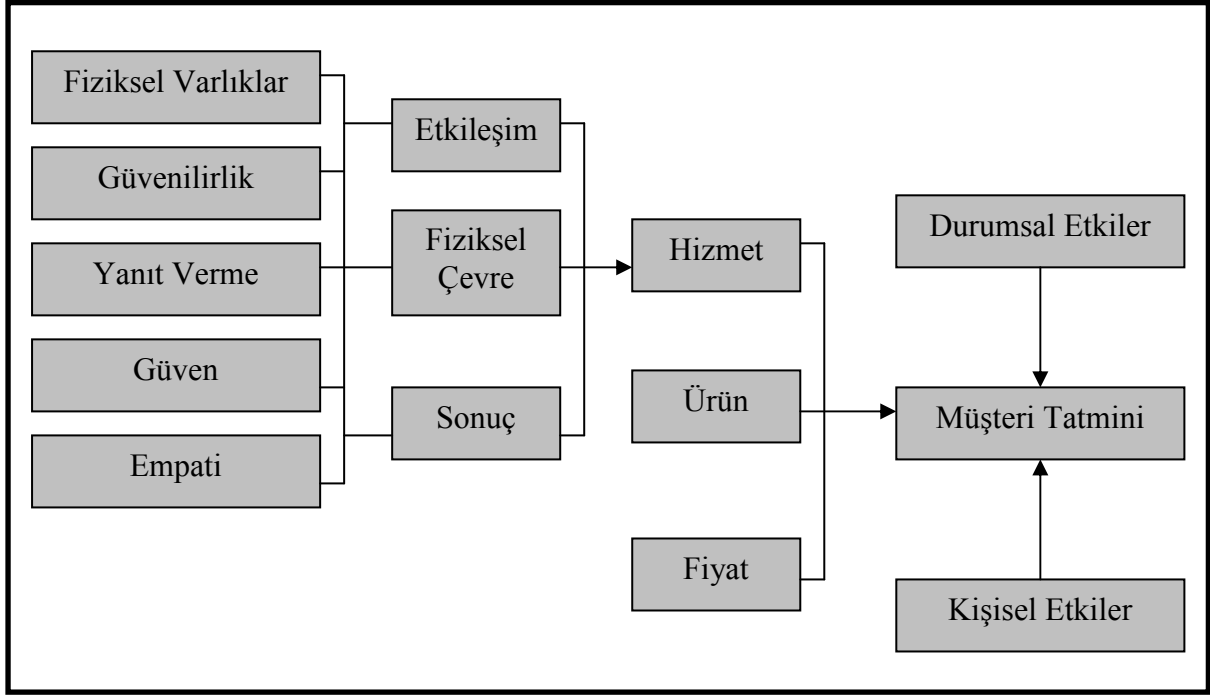
Müşteriye özel ilgi gösterilmesi, ismi ile çağırılması, tanınması müşteriye gururlandırıcı davranışlardır. Müşteriler, kendilerini yakından tanıyan çalışanlara daha fazla güvenmekte ve kalite algıları bu duruma göre değişmektedir.

### **2.1.6.10 Somut Özellikler**

Hizmetin verildiği ortamın fiziksel özelliklerini, personelin dış görünüşünü, kullanılan araç, gereç ve bunların teknolojik gelişmelere uygunluğunu ifade etmektedir. Hizmet ortamı boyutu ayrıca, hizmetin oluşturduğu ortamın psikolojik ve sosyal durumunu da açıklamaktadır. Çalışanların birbirleri ile olan ilişkilerinin niteliği ve düzeyi, birbirlerine gösterdikleri davranışın özellikleri ve bunun sonucunda oluşan örgütsel kimlik bu boyut çerçevesinde değerlendirilmektedir (Sevimli, 2006).

Hizmet kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda, hizmet kalitesini oluşturan unsurlar, yani hizmet kalitesinin boyutları değişik pazarlar için genelleştirilebilecek beş temel boyuta indirilmiştir. Bunlar; fiziksel varlıklar, güvenilirlik, yanıt (tepki, karşılık) verme, güven ve empati (örgütün kendini müşterinin yerine koyabilmesi)'dir. Bu beş faktör, dört farklı hizmet grubunu içine alan kapsamlı bir araştırmanın sonucunda çıkan yukarıda tanımlanan on hizmet bileşeninden türetilmiştir. Şekil 2.'de bu beş boyut ile müşteri tarafından algılanan kalite ve müşteri tatmini ilişkisi gösterilmiştir.





**Şekil 2. Müşteri Tarafından Algılanan Kalite ve Müşteri Tatmini ( Zeithaml ve Bitner, 2003)**

- *Fiziksel Varlıklar:* Fiziksel ortamın görünüşünü, ekipmanı, çalışanları ve basılı malzemeleri kapsar (Odabaşı, 2003). Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşüdür (Bulgan ve Gürdal, 2005).
- *Güvenilirlik:* Söz verilen hizmetin doğruluğu, tutarlılığı, o hizmeti gerçekleştirebilme yeteneğidir (Odabaşı, 2003; Bulgan ve Gürdal, 2005).
- *Yanıt verme:* Zamanında doğru ve açık biçimde müşteri taleplerine yanıt verebilme becerisidir (Odabaşı, 2003). Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesidir (Bulgan ve Gürdal, 2005).
- *Güven:* Çalışanların bilgi ve nezaket ile güven yaratmasıdır (Odabaşı, 2003; Bulgan ve Gürdal, 2005).
- *Empati:* Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesidir (Bulgan ve Gürdal, 2005; Odabaşı, 2003).

Tablo 6.'da hizmet kalitesinin birleştirilmiş boyutları gösterilmiştir.

**Tablo 6. Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları**

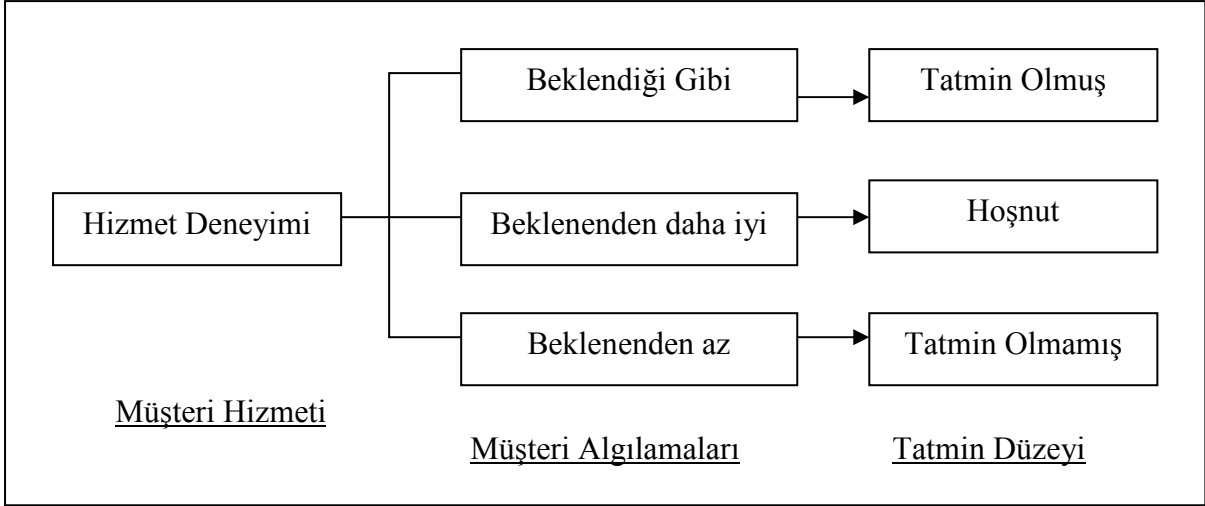
	<b>Fiziksel Varlıklar</b>	<b>Güvenilirlik</b>	<b>Yanıt Verme</b>	<b>Güven</b>	<b>Empati</b>
Fiziksel Varlıklar					
Güvenilirlik					
Yanıt Verme					
Yeterlilik Nezaket İnanılrlık Emniyet					
Erişilebilirlik İletişim Müşteriyi Anlamak					

(Kaynak: Bulgan ve Gürdal, 2005)

### **2.1.7 Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi**

Müşteri kavramı genel olarak “bir mal veya hizmeti satın alan kişi” olarak tanımlanmaktadır. Gerek imalat işletmelerinde, gerekse de hizmet işletmelerinde, iç müşteriler ve dış müşteriler olmak üzere iki farklı grubu bulunmaktadır (Devebakan, 2005)

Müşteri hizmet kalitesi kavramına baktığımızda da Odabaşı'na (2003) göre, müşteri birçok faktörü birlikte algılayarak kaliteye bir anlam vererek ve bunun sonucunda üç önemli tatmin düzeyi ortaya çıkacaktır. Bu tatmin düzeyi şekil 3.'de gösterilmiştir.



**Şekil 3. Müşterilerin Algılaması ile Oluşan Tatmin Düzeyi (Odabaşı, 2003)**

Odabaşı'na (2003) göre, hizmet kalitesi, hizmet unsurları üzerine odaklanmaktadır. Sonuç olarak, bu anlamda algılanan hizmet kalitesinin müşteri tatmininin bir boyutu olduğu rahatlıkla öne sürülebilmektedir.

### 2.1.8 Davranışsal Niyetler

Davranışsal niyetler, tatmin sürecinin bir sonucudur. Smith ve diğerleri (1999) davranışsal niyetleri; ekonomik ve sosyal davranışlar olarak iki grupta incelemiştir. İlk gruptaki ekonomik davranışsal niyetler, tekrar satın alma, daha fazla ödemeye istekli olma ve firma bağımlılığı gibi işletmeleri finansal yönden etkileyen tüketici davranışlarıdır. Sosyal davranışsal niyetler, şikayet ve sözel iletişim gibi mevcut ve potansiyel tüketicilerin davranışlarını etkileyen olumlu veya olumsuz tutumlardır (Varinli ve Çakır, 2004).

Literatürde davranışsal niyetler ile ilgili olan bilgilere baktığımızda davranışsal niyet çalışmalarının bazı araştırmacılar tarafından sıklıkla yapıldığı görülmüştür. Sezgisel olarak, müşteriler iyi hizmet kalitesi aldıkları şirkete sadık kalacak ve müşterilerin aynı şirketten ürün veya hizmet satın almaya devam etmesi olası olacaktır (Boyer ve Hult, 2005; Brady vd., 2005).

Liu ve diğerleri (2005), kişisel değerlerin ve sosyal baskıların davranışsal amacı etkilediğini, aynı zamanda kişilerin de negatif veya pozitif değerlendirme ile davranışsal amacı belirlediğini savunmuştur. Yazarlara göre, davranışsal amacın boyutları şöyle sıralanabilir:

- Tekrar satın alma,
- Yeniden ziyaret etme,
- Başkalarına tavsiye etme,
- Pozitif gözlemler.

Benzer şekilde, Zeithaml ve Bitner'e (2003) göre de, davranışsal amaçta hizmet sağlayıcısının yetenekleri ile müşterilerin aşağıdaki davranışları sağlanabilir:

- Müşteriler, şirket hakkında pozitif düşünceler besler,
- Müşteriler, şirketi diğer müşterilere tavsiye eder,
- Müşteriler, şirkete bağlı kalır,
- Müşteriler, şirket için daha çok harcama yapar.

Literatürdeki çoğu çalışma müşteri davranışlarının tahmini için hizmet kalitesi, müşteri tatmini ve hizmet değeri gibi faktörlerin etkilerini incelemiştir. Bu çalışmalarda araştırmacılar özellikle, hizmet değeri ve müşteri tatmini aracılığıyla hizmet kalitesinin davranışsal amaç üzerinde dolaylı ve önemli bir etkisi olup olmadığı sorusunun cevabını aramıştır. Çalışmalarda genellikle, davranışsal amaç, analizin son setini oluşturmuştur.

Yukarıdaki literatür bilgileri ışığında çalışmada davranışsal niyet olarak nitelenen müşteri davranışları, hastaların hastaneyi tekrar ziyaret etmeleri, hizmet alınan hastaneyi arkadaşlarına tavsiye etmeleri, yine aynı rahatsızlığı geçirdikleri taktirde hizmet almak için aynı hastaneyi tercih edip etmemeleridir.

## **2.2 SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMET KALİTESİ VE ÖLÇÜMÜ**

Hem imalat hem de hizmet işletmeleri için kalite sağlamaya zorlayan güçlü rekabet ve maliyetlere verilen önem, sağlık işletmelerinde de kalite sağlamanın önemini arttırmıştır. Bu nedenle son yıllarda sağlık hizmeti kalitesi, sağlık hizmeti sunucuları, pazarlamacılar ve araştırmacılar tarafından önemli bir konu olarak ele alınmaktadır.

### **2.2.1 Sağlık İşletmesi Kavramı**

Bireyler yaşamlarını devam ettirebilmek için çeşitli mal ve hizmetlere gereksinim duymuşlardır. Bu gereksinimlerin her geçen gün arttığı ve daha karmaşık hal aldığı görülmektedir. İnsan ihtiyaçlarının sınırsızlığı, buna karşın kaynakların kıtlığı göz önüne alındığında, toplumda bireylerin mutluluğunun ancak ihtiyaçlarının karşılanması ile mümkün olabileceğini söyleyebiliriz. İnsanların gereksinimlerinin karşılanması ve tatmin olmaları ise büyük ölçüde ekonomik mal ve hizmetlerin üretilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu mal ve hizmetlerin karşılanması için üretime ihtiyaç vardır. Üretimi ise ekonomik mal ve hizmetlerin yaratılması ve bir fayda sağlama süreci olarak değerlendirebiliriz. Bu nedenle üretimi, doğal kaynaklara sermaye ve insan emeği uygulanması işleri olarak tanımlamak mümkündür (Doğan, 1998;3).

Bu bilgiler ışığında işletmeyi; insanların ihtiyaç duydukları ekonomik mal ve hizmetlerin üretimini üstlenen birimler olarak tanımlayabiliriz (Doğan, 1998,6). Bir başka tanımda işletme kavramı; ihtiyaç duyulan ekonomik mal ve hizmetleri üretmek, ve/veya pazarlamak, böylece var olan talebi tatmin ederek fayda yaratmak, dolayısıyla kâr elde etmek için faaliyette bulunan ekonomik kuruluş olarak tanımlanmaktadır (Can vd., 1995).

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

İşletmelerin toplumun ihtiyaç duyduğu mal ve hizmeti üretmesi amacıyla kuruldukları düşünüldüğünde, birey için yaşamsal öneme sahip olan ve aynı zamanda anayasal bir hak olan sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi için, sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirecek işletmelerinde kurulması kaçınılmaz olmuştur.

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

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

Bireyin üretime katılması ve ölke ekonomisine katkı sağlaması büyük ölçüde sağlıklı olması ile mümkün olacaktır. Sağlıksız bir bireyin üretken olmadığı ve ölke ekonomisine katkı sağlayamadığı düşünöldüğünde, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyi olmasını sağlayan sağlık işletmelerinin varlığı yaşamsal bir önem kazanacaktır.

Sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ayıran belirleyici özellikleri bulunmaktadır. Sağlık işletmelerinin söz konusu özellikleri aşağıda belirtilmiştir.

## **2.2.2 Sağlık İşletmesinin Özellikleri**

Sağlık işletmeleri hizmet üretmekte ve dolayısıyla bir hizmet işletmesi olarak diğer hizmet işletmelerinden ayrılmaktadırlar. Sağlık işletmelerinin yapı, süreç ve çıktı (sonuç) ile ilgili belirleyici özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Devebakan, 2001).

### **2.2.2.1 Sağlık İşletmelerinin Yapısal Özellikleri**

Sağlık işletmeleri karmaşık yapıda organizasyonlardır. Benzer büyüklükteki diğer hizmet işletmelerinden en karmaşık olanıdır. Sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda bulunmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, sağlık işletmesinin çevresinin karmaşık olması, değişen teknoloji, farklı hastalıkların gelişindeki düzensizlik, aşırı iş bölümü gibi ve daha farklı faktörler bulunmaktadır. Bu etmenlerden bazıları aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

#### *1. Sağlık İşletmelerinde Uzmanlaşma Düzeyi ok Yüktür.*

Tıp biliminin hızla gelişmesi, teknolojik gelişmeler, hastalıkların oluşmasında ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması, sağlık işletmelerinde

uzmanlaşma düzeyini arttıran nedenlerin başında gelmektedir. Özellikle 20. yüzyılda tıpta ve teknolojide meydana gelen gelişmeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta uzmanlaşmaya yol açmış, bu durum sağlık işletmelerinde aşırı işbölümüne ve yapısal karmaşıklığa yol açmıştır.

### *2. Sağlık İşletmelerinde İşlevsel Bağımlılık Çok Yükdir.*

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

### *3. Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynakları, Kurumsal Hedeflerden Çok Mesleki Hedeflere Önem Veren Profesyonellerden Oluşur.*

Sağlık işletmelerinde çalışanların çoğu eğitim düzeyi yüksek profesyonellerden oluşur. Bir uzman hekimin yetişmesi için minimum sekiz yıllık bir zamana ihtiyaç vardır. Ayrıca sağlık işletmelerinde hekimlik faaliyetleri dışında tıbbi hizmetleri gerçekleştiren eczacı, fizyoterapist, psikolog, hemşire vs. sağlık profesyonelleri de üniversite mezunudur. Sağlık profesyonelleri öncelikle mesleki hedeflerinin üzerinde yoğunlaşmakta ve görevini mesleğin etik kuralları içinde icra etmektedir. Bu nedenle söz konusu profesyoneller için mesleki amaçlar, kurumsal amaçlardan önce gelmektedir. Bir hekim maliyeti ne olursa olsun hastasını en iyi şekilde tedavi etmek isterken, sağlık kurumları yöneticisi aynı zaman kalite ve verimlilik hedefleri doğrultusunda örgütsel performansı sağlamaya çalışır. Sağlık kurumları yönetiminin kalite ve verimliliğin artırılması için aldığı kurallar ve aldığı önlemler, sağlık çalışanları ile yönetim arasında çatışmaya neden olmuştur.

### *4. Sağlık İşletmelerin Hizmetin ve Dolayısıyla Gelirin Önemli Bir Bölümünü Oluşturan Hekimlik Fonksiyonları, Tümüyle Denetlenebilir Özellikte Değildir.*

Sağlık işletmelerinde hizmet birimlerinin çoğu hekimden gelen talebe göre hizmet sunmaktadır. Bu nedenle sağlık işletmelerinde hizmet miktarını büyük ölçüde hekimlerin belirlediğini söyleyebiliriz. Bir sağlık işletmesinde hekimin isteği olmadan röntgen teknisyeninin film çekmesi ya da bir laboratuvar teknisyeninin kan analizi yapması mümkün değildir. Yapılan araştırmalar sağlık harcamalarının %75'inin hekimlerin kararı ve istekleri doğrultusunda gerçekleştiğini göstermektedir. Ancak mevcut kaynakların etkili ve verimli

kullanımını sağlamak için hekimlerin karar ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kuramsal mekanizmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

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

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

### **2.2.2.2 Sağlık İşletmelerinde Süreç**

Sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda oluşları hizmet sunum süreçlerini de etkilemektedir. Bu etkileşimler aşağıdaki şekillerde olmaktadır.

*1. Sağlık İşletmelerinde Yapılan İşler Oldukça Karmaşık ve Değişkendir.*

Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin çok karmaşık olması ve sağlık işletmelerinin çok sayıda amacının bulunması yapısal karmaşıklığa neden olmaktadır. Sunulan hizmetlerin çeşitliliği, sağlık işletmelerinde bölüm, makam ve yönetsel kademe sayısını arttırmaktadır. Sağlık işletmelerinde temel işlev olan tanı ve tedavi hizmeti dışında eğitim hizmeti de verilebilmektedir. Dolayısıyla verilen hizmetin çeşidi arttıkça karmaşıklık derecesi ve buna bağlı olarak da sorunlar artmaktadır.

*2. Sağlık İşletmelerinde Gerçekleştirilen Hizmetlerin Büyük Bir Bölümü Acil ve Ertelenemeyecek Özelliktir.*

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

*3. Sağlık İşletmelerinde Verilen Hizmetlerin Yanlılık ve Belirsizliklere Karşı Toleransı Dardır.*

Sağlık işletmelerinde yürütülen faaliyetler doğrudan insan yaşamı ile ilgilidir. Tanı ve tedavi sürecince yapılan hatalar ve gecikmeler insan yaşamına mal olabilmekte ya da geri



dönüşü olmayan sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. İnsan yaşamı ile doğrudan ilgili olan faaliyetlere deneme ve sonradan düzeltme şansı olmadığından, yapılan işlerin ilk seferinde ve her zaman doğru olarak yapılması kalite ilkesi olarak benimsenmiştir.

### **2.2.2.3. Sağlık İşletmelerinde Çıktı (Sonuç) Değeri**

#### *1. Sağlık İşletmelerinde Çıktının Tanımlanması ve Ölçümü Zordur.*

Sağlık işletmelerinde temel girdi ve çıktı insandır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin çıktılarını diğer endüstri işletmelerinde olduğu gibi kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün değildir. Sağlık işletmelerinde yapılan bir ameliyatın sonuçlarını değerlendirmek için bazen uzun bir zamana ihtiyaç duyulmakta, bu nedenle hastaların sonuçları anında ve kolayca değerlendirmeleri mümkün olmamaktadır.

### **2.2.3 Sağlık Hizmeti Kavramı**

İnsan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin düzeyi ülkelerin gelişmişlik düzeyinin güçlü bir göstergesidir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı hizmetlerdir (Asunakutlu, 2005);3).

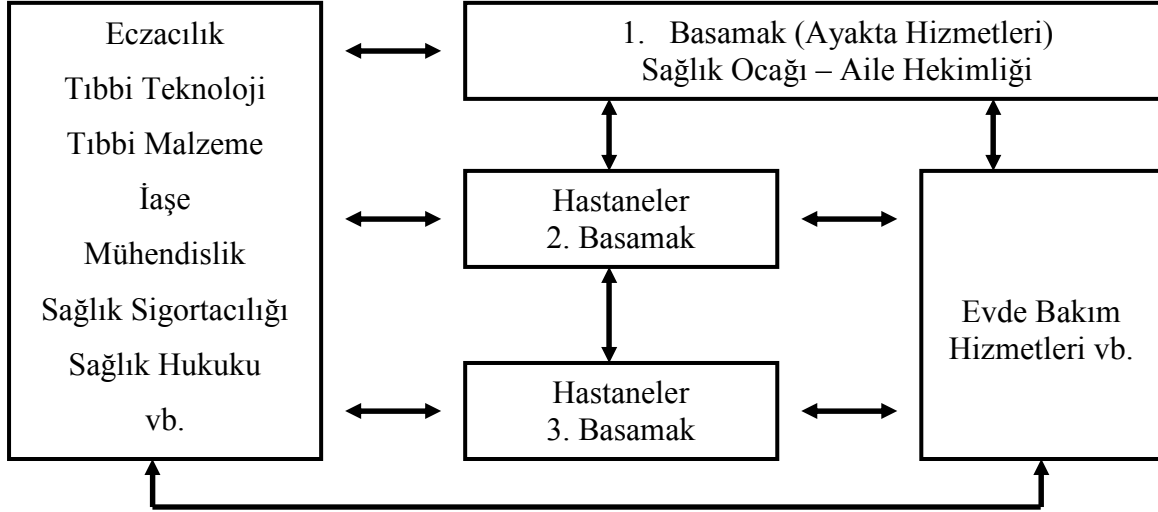
Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır. Kısaca sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarının korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlayabiliriz(Akar ve Özalp, 2002;190).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000;34).

Toplumdaki bireylerin hastalanmadan önceki durumlarını korumayı amaçlayan koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak

sağlık hizmetleri olarak sıralanabilen bu öğelerin amacı, toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşamalarını sürdürebilmelerini sağlamak, hastalık durumlarında ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaktır.

#### SİTEMİ OLUŞTURAN SEKTÖRLER



#### Şekil 4. Sağlık Sistemi (Şahin, 2002;2)

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet türlerinden ayıran birçok farkı bulunmaktadır. Bu farklar şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfidir. Bunun sonucunda sağlık hizmeti talebi önceden tahmin edilemez. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerinde dengeli bir arz ve talep ilişkisi bulunmamaktadır.
- Sağlık sektöründe tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin niteliği ve niceliğini tayin edemezler.
- Sağlık hizmetleri standart değildir ve tüketiciler satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı bilgiye sahiptirler.
- Hastanın hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir.
- Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak çok güçtür.
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemezler.

## **2.2.4 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Günümüzde gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak devlet ve özel kesimin yer aldığı karma bir sistem içinde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet daha ağırlıklı bir konumdadır. Gelişmekte olan ülkelerin dünya coğrafyası içinde daha çok yer aldığı göz önüne alınarak devletin sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünde sunum anlamında doğrudan ve dolaylı olarak önemli bir rol aldığı görülebilir.

Sağlık mal veya hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır. Sağlık hizmetinin bir takım özellikleri, taşıdığı dışsallık, belirsizlik altında tercih, asimetric bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi gibi bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı doğurmaktadır (Aktan ve Işık, 2009)

Etkili bir sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler; sağlık hizmetleri bütünlük göstermeli ve eşgüdümlü biçimde sunulmalıdır. Etkili bir sağlık hizmetinin üretim ve sunumunda dikkat edilmesi gereken bu koşulları, etkili sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler olarak kabul etmiştir. Sunulan ve üretilen sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini taşınamaması durumunda, toplum ve birey sağlığı üzerinde istenilen değişikliği yapamayacağı söylenebilir.

Etkili bir sağlık hizmeti; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşımalıdır ( Kavuncubaşı, 2000;64-67)

### **2.2.4.1. Kolay Kullanılabilirlik**

Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten yararlananlar, hem de hizmet sunular açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay kullanılabilirlik, “bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi olarak tanımlanabilir”. Hizmeti sunanlar (sağlık çalışanları) açısından kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan kişilerin, ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık çalışanlarına kolay ulaşabilmesi” anlamına gelir.

#### **2.2.4.2. Kalite**

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için mesleki yeterlilik, kişisel kabul edilebilirlik ve kalitenin uygunluğu önem taşımaktadır.

#### **2.2.4.3. Süreklilik**

Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olmasıyla başarılabilir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için aşağıda verilen konular önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlamak kişiye odaklanmış bakım, eşgüdümleyici birimler (Aile Hekimleri) ve eşgüdümlenmiş hizmetlerle sağlayarak kaliteli bir hizmet sunumuna yardımcı olur.

#### **2.2.4.4. Verimlilik**

Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yerinde kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır.

Yeterli finansman, yeterli ücret politikası, etkili yönetim ve kaynakları etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmayı sağlar.

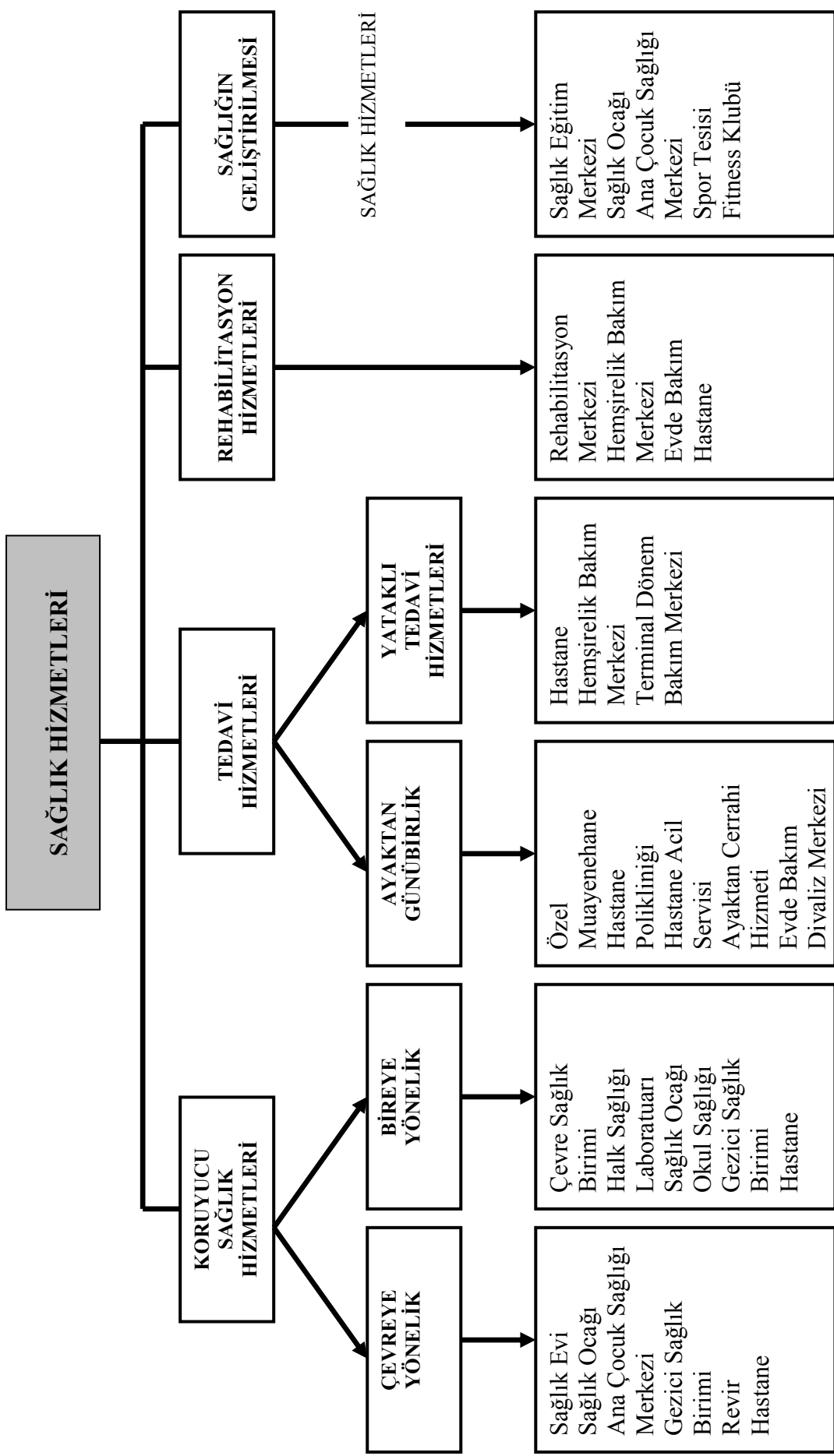
#### **2.2.5 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık kuruluşları çok çeşitli hizmet veren işletmelerdir. Sağlık hizmetleri amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmeti arz eden servislere göre değişik kriterlere bağlı olarak sınıflandırılabilir(Hayran ve Sur, 1998).

Sağlık hizmetleri, sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşlarında, 1. kişileri hastalıklardan korumak, 2. hasta olduklarında tedavi etmek, 3. hastalık veya sakatlık

nedeniyle sağlığını kaybedenlerin rehabilitasyonlarını yapmak üzere üç grup halinde sunulur (Sözen, 2002).

Sağlık hizmetleri bugünkü anlayışa göre; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler ise çeşitli sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık işletmeleri ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre sınıflanmakla beraber, sözü edilen dört sağlık hizmeti çeşitidini değişik düzeylerde ürettikleri görölmektedir (Kavuncubaşı, 2000;24-57).



Şekil 5. Sağlık Hizmetleri (Kavuncubaşı, 2000; 35)

### 2.2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasında yüksek bir sağlık hizmetidir.

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerde hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Ancak aşı hariç kişilerin fiziki varlıkları ile ilgili olmakla birlikte kişilerin çevresine yönelik hizmetler sunarak fertlerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesine dolaylı olarak etki eder.

Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılınması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü vb. gibi hizmetlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içersinde iki şekilde sınıflandırabiliriz.

- *Çevresel Sağlık Hizmetleri:* Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir.
- *Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri:* Bağışıklama (aşılama gibi), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır.

### 2.2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir sağlık hizmeti türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini arttırarak milli gelir artışına katkıda bulunur.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ilk basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak sıralanabilir. Bunun dışında ayrıca bireylerin kişisel bakım çabaları da bu kapsamda ele alınmaktadır.

### 2.2.5.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması vs. kapsamaktadır. Bu hizmetlerin amacı söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaları ve kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacı taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, özürülülerin topluma uyum sağlaması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetlerin kapsamında tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995).

- *Tıbbi Rehabilitasyon:* Bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir.
- *Sosyal (mesleki) Rehabilitasyon:* Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar.

### 2.2.5.4. Sağlık Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık kurumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireye aittir(Kavuncubaşı, 2000). Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır.

### 2.2.6. Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler

Sağlık sisteminin alt sistemlerinden olan hastane işletmeleri bütün toplumlarda rastlanan en kompleks organizasyonlardan birisidir (Menderes ve Ersoy,1993;36-40). Hastane işletmeleri konusunda dünyada en fazla bilginin yer aldığı ABD’de 400 yataklı bir sağlık işletmesinde yaklaşık 700-800 civarında meslek olduğu düşünüldüğünde sağlık işletmelerinde ne kadar değişik bir arada ve aynı zamanda yürütüldüğünü anlamak kolaylaşacaktır (Yerebakan, 2000;41).



### 2.2.6.1. Hastanelerin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, “ hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları” olarak tanımlanan hastaneler, sağlık sisteminin en önemli kuruluşlarıdır.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde hastaneler, “ hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edilenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlamaktadır (Özgülbaş, 1995;20).

Hastaneler, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getirmektedirler. Bu nedenle hastaneleri tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüt olarak tanımlamak mümkündür (Cihangir, 1997;10).

### 2.6.2. Hastanelerin Görevleri

Hastanelerin başlıca dört görevi bulunmaktadır, bunlar:

#### 1. *Hasta Bakımı Görevi*

Hasta bakımını kuramsal olarak ikiye bölebiliriz:

- Tıbbi Bakım: Hekimin hastayı muayene etmesi, Tanı ve tedavi hizmetlerini kapsar.
- Hastane Bakımı: Başta hemşirelik hizmetleri olmak üzere, hastanenin genel ve özel tüm hizmetlerini kapsamaktadır.

Bu açıklamalara göre, hastanede çalışan herkesin doğrudan ya da dolaylı, az ya da çok hasta bakımı ile ilgisi vardır.

#### 2. *Hastanelerin Eğitim Görevi*

Bu görevlerde üç bölüme ayrılarak incelenebilir.

- Tıbbi personelin eğitimi
- Hemşirelerin eğitimi
- Diğer personelin eğitimi

### **3. Hastanelerin Araştırma Görevleri**

Her kurumda olduğu gibi hastanelerin bütün bölümlerinin eğitim çabalarına koşut olarak araştırma yapmak görevleri de vardır.

### **4. Hastanelerin Koruyucu Hekimlik Hizmetleri**

Hastanelerde yatan hastalarda tanı konan tüm enfeksiyonlar bulunabilir. Gerek hastaları ve personeli için, gerekse hasta sahipleri için gereken koruyucu önlemlerin hastane yönetimlerince alınması gereklidir(Eren, 1989).

## **2.2.6.3 Hastanelerin Özellikleri**

### **1. Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonlarıdır.**

Hastaneler öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır. Çünkü hastanelerin varoluşundan yararlananların başında hastanenin müşterileri yani hastalar gelmektedir. Diğer bir deyişle hastaneler hastaların tedavi görmeleri amacıyla dayalı olarak mevcudiyetlerini sürdürmektedirler. Çünkü gerek hastanelerde, gerekse diğer organizasyonlarda, organizasyonun hayatını sürdürebilmesi birinci derecede çıkarlarına hizmet ettiği kimselere yararlı olmaya devam etmesine bağlıdır.

Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için, hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır (Seçim, 1995).

### **2. Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir.**

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşık olanıdır. Hastanenin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık oluşudur. Bu hususu özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde geçerlidir. Çünkü bu ülkelerde mesleki örgütlerin, kamu kuruluşlarının ve sigorta şirketlerinin hastaneler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Ayrıca yine bu ülkelerdeki hastanelerde gönüllülerin ve rahibelerin faaliyetleri önemli yer tutmaktadır.

Hastane çevresini karmaşık oluşunun diğer bir nedeni de, çok sayıda farklı hastalıklardan şikayetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu yüzden herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir.

Hastanedeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, yapısal, karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır.

Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır(Seçim, 2009).

### ***3. Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır.***

Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardan biridir. Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir.

Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir.

### ***4. Hastaneler 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır.***

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü çalıştırılmaktadır.

### ***5. Hastane Personelinin Önemli Bir Kısmı Bayanlardan Oluşan Organizasyonlardır.***

Hastanedeki insan gücünün önemli bir bölümünü, yaklaşık üçte birini bayanlar oluşturmaktadır. Bayan personelin bir özellik olarak ele alınmasının sebebi, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. Akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışıyor olunması, özellikle bayan personel için bazı problemlere sebep olmaktadır. Bu yüzden evlendikten sonra görevden ayrılmaları sık olmaktadır ve buna bağlı olarak personel devir hızı yükselmektedir. Hizmetlerin aksamadan yürütülebilmesi için hastanelerde bu hususun dikkate alınması gerekmektedir (Seçim, 2009).

#### 2.2.6.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kadrolarına, finansal kaynaklarının türüne(mülkiyet türüne), büyüklüklerine( yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle, “verilen tedavi hizmetinin türü”, “hastaların hastanede kalış süreleri”, “finansal kaynakların türü yani mülkiyet türü” ve büyüklükleri” esas alınmaktadır.

Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler iki grupta toplanmaktadır: Genel ve özel dal hastaneleri. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Sözcüğü, çocuk hastaneleri ve doğumevleri bu gruba girmektedir. Bu ayırımı bağı, olarak yapılan başka bir ayırım da, eğitim hastaneleri ile eğitim vermeyen hastaneler seklindedir.

Diğer bir sınıflandırmada ise "hastaların hastanede kalış süreleri" esas alınmaktadır. Buna göre hastaneler kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa, süreli hastaneler hastalarının %50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı, hastanelerdir. Türkiye'deki Devlet Hastaneleri bir gruba örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli hastaneler ise, hastalarının yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Sözcüğü, psikiyatri hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba girmektedir.

Finansal kaynakların türüne diğer bir deyişle mülkiyet esasına göre sınıflandırma başka bir sınıflandırma türüdür. Burada hastanelerin, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğunu veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırma yapılmaktadır.

Organizasyon açısından diğer bir önemli sınıflandırma da; hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılmasıdır. Çünkü hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

## 2.2.7 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık Hizmetlerinde kalite sağlamanın temeli Hammurabi Kanunlarına kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle hekim-hasta ilişkileri içersinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içerdiği görülmektedir.

Hammurabi kanunlarının 215.-220. maddeleri arasında yer alan bir maddesinde, “eğer cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır, ya da apsesini açıp iyileştirirse bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse 10 gümüş şikel (16.37 gramlık gümüş para) verilecektir denilmekte, diğer bir maddesinde ise, “eğer cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapıp ölümüne neden olursa, ya da gözünü kör ederse, cerrahın sağ eli kesilecektir” denilmektedir(Devebakan, 2001).

Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD’de her yıl yaklaşık seksen bin kişinin tıbbi özensizlik/dikkatsizlik sonucu öldüğü tespit edilmiştir. Öte yandan sağlık işletmelerinde kötü bakımın parasal maliyeti de çok yüksektir (Brashier vd., 1996;36).

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olabileceği düşüncesi, sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır(Devebakan, 2001).

Sağlık hizmetlerinde kalite; kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir(Hayran ve Sur, 1997).

Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Mevcut bilimsel bilgi düzeyi temel alınarak, tasarlanan hizmet sunum sürecinin, müşterinin talep nedeni olan hastalığı ve/veya sağlığı ile ilgili istenmeyen sonuçların azalmasına ne ölçüde katkı sağladığıdır.

Kalite Öğeleri: Sağlık hizmetlerinde genel anlamda kalitenin üç ögesinden bahsedilmektedir. Bu öğeler:

-Teknik Boyut: Tıp bilim ve teknolojisi ile diğer sağlık bilimlerinin ortaya koyduğu mevcut bilgi birikiminin uygulanma sonuçları

-Kişilerarası ilişkiler(İletişim): Hizmeti üreten ve/veya sunanlar ile müşteri ve yakınlarının sosyopsikolojik etkileşim(iletişim) sonuçları,

-Fiziksel Ortamlar: Müşterinin hizmeti alırken bulunduğu ortama yönelik yargı sonuçları (Şahin ve Bekem, 2000).

Kalite sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hakim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır.

### **2.2.7.1 Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı**

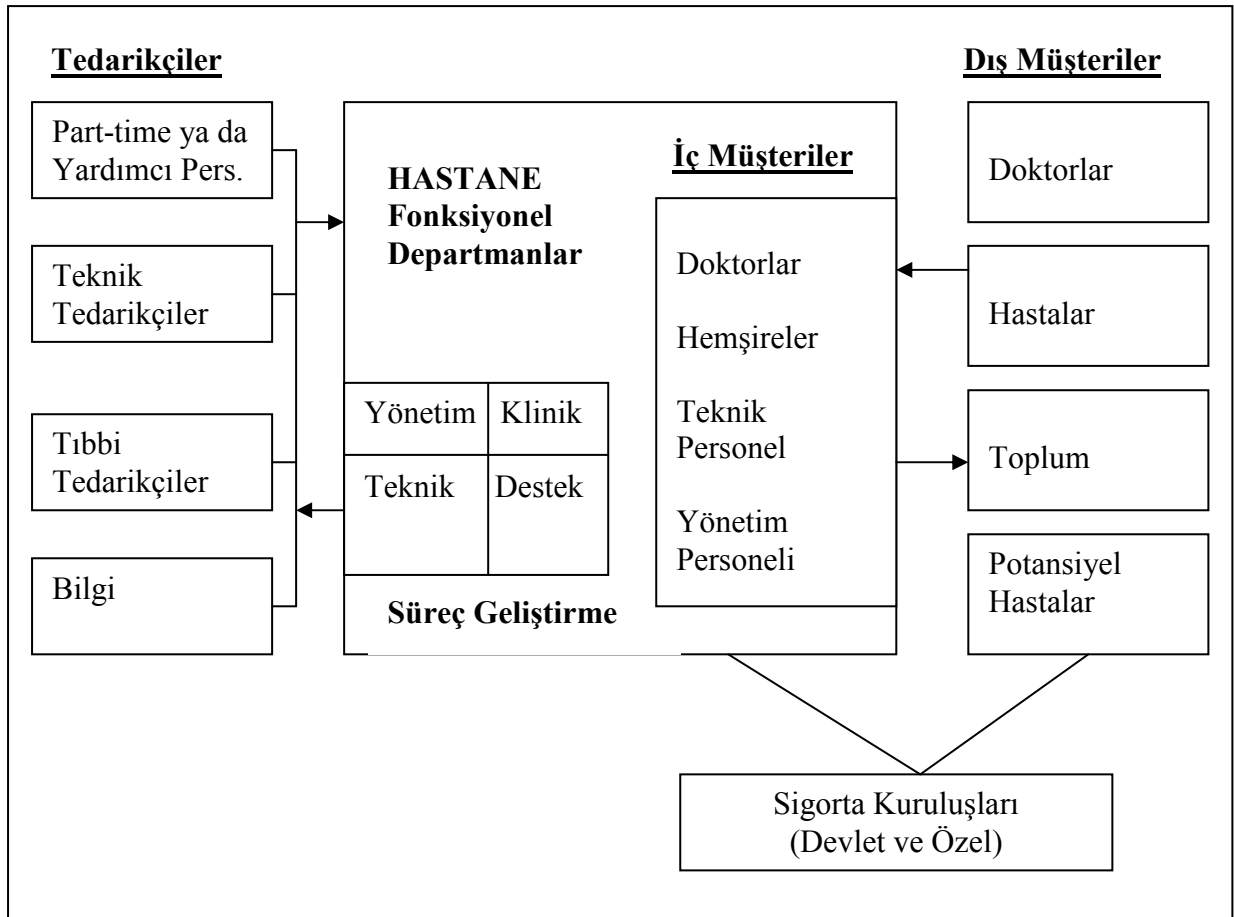
Müşteri kavramı, tüm pazarlama faaliyetlerinin merkezine gelip yerleştiğinden beri, bütün üretici ve hizmet sağlayıcı işletmelerinin huzuru kaçmıştır. Oysa endüstri devriminin başladığı ilk yıllarda her şey bugünden farklıydı. Henry Ford bile bir keresinde “Siyah olduğu sürece, herkes istediği renk otomobil satın alabilir!” demiş. Yani bütün piyasalarda “Ben ne üretirsem, herkes onu almaya mecburdur” anlayışı hakimdi. Oysa sadece bir yüzyıl sonra bugün, borsa değeri milyonlarca dolara ulaşan dev şirketlerin kaderi, sadece birkaç müşterinin dudakları arasında kalmıştır (Tuzcuoğlu, 2003).

Müşteri kavramı genel olarak “bir mal veya hizmeti satın alan kişi”dir. Sağlık işletmelerinin yapısal açıdan çok karmaşık olması, müşterilerinin de karmaşık olmasını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık işletmeleri müşterilerinin oldukça heterojen bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Sağlık işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık işletmelerinin müşterisi denildiği zaman yalnızca hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir (Devebakan, 2005).

Devebakan’a (2005) göre, sağlık işletmelerinin müşterilerini de, diğer bir organizasyonda olduğu gibi, iç ve dış müşteriler olmak üzere iki grupta toplamak mümkündür. Sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan kişi veya gruplar iç müşterileri oluşturmaktadır. Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar ise sağlık işletmesinin dış müşterileridir. Sağlık işletmelerinde hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanmakta ve aynı zamanda büyük bir dış müşteri grubunu oluşturmaktadır. Hasta yakınları ve çevresi, refakatçiler,

ziyaretçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, çamaşırhane işletmeleri, çiçek satıcıları, müteahhitler, devlet ve toplum sağlık işletmelerinin diğer dış müşterilerine örnek olarak verilebilmektedir. Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuar teknisyeni, ev idarecisi... vb.), sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar...vb.), üst ve orta kademe yöneticileri, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık işletmelerinin iç müşterilerini oluşturmaktadır. Diğer taraftan, yarı zamanlı çalışan doktorlar, sağlık işletmesinin hem iç müşterisi hem de dış müşterisi olabilmektedir.

Bir sağlık işletmesinin iç ve dış müşterileri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 6. Bir Sağlık İşletmesinin İç ve Dış Müşterileri (Devebakan, 2005)

### 2.2.7.2 Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tatmini

Tatmin, müşterilerin satın aldıkları ürün ya da hizmetin beklentilerini karşılması ile ilgilidir. Eğer müşterinin beklentisi ürün ya da hizmetin sağladığı fayda kadar ise müşteri o ürün veya hizmetten tatmin olmaktadır. Ürünün faydası müşterinin beklentisinden fazla ise müşteri çok memnun olmakta, ancak ürün müşterinin beklediği faydaları sağlamıyorsa o zaman da müşteri tatmin olmamaktadır (Altunışık vd., 2002; Altuntuğ, 2005).

Altunışık ve diğerlerine(2002) göre, müşterilerin beklentilerini, müşterilerin geçmişteki tecrübeleri, çevresinin o konudaki fikirleri ve önyargıları, ürünü satan işletme ve rakipleri hakkındaki bilgisi belirlemektedir. İşletme hem ürünün sağladığı faydayı değiştirme, hem de müşterinin beklentilerini etkileme imkanına sahiptir. Beklentilerin düşük oluşması halinde müşteri üründen tatmin olmaktadır. Ancak bu durumda yeteri kadar müşteri çekememe ihtimali ortaya çıkarken, yüksek beklenti oluşturma durumunda ise müşterilerin tatminsizliği ile karşılaşılabilir.

Hasta tatmini; hastanın bakıma uyumu, sunulan hizmetin teknik ve fonksiyonel yönünü ve verilen hizmetin maliyetlerini de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Genelde hastalar, sağlık bakım kalitesini değerlendirmek için gerekli teknik bilgilere sahip değildir. Hasta tatmini, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastaların katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına ve ön yargılarına bağlı bir fonksiyondur. Hasta tatmini, tıbbi bakımın değerlendirilmesinde kullanılabilecek en önemli kriterlerden bir tanesidir. Bu nedenle, sağlık personeli, kalite değerlendirme ve geliştirme çalışmalarında hasta tercihlerini ve toplumsal beklentilerini dikkate almak, verilen hizmetin hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadırlar. Hasta memnuniyetini etkileyen üç temel faktör vardır. Bu faktörler hastaya, personele, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlıdır. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri, cinsiyeti, dili, dini, ırkı ve aile düzeni gibi sosyo-demografik özellikleri hastaların hizmetlerden duyacağı tatmin derecesinde ayrı ve farklı roller oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılıklar gösteren bu kriterler sağlık hizmetlerinden duyulan tatmin derecesi ile yakından ilgilidir (Özçelik, 2001).

Rekabet gücünü artırıp pazarda sürekli hizmet verme gayesinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerin kullanıcı tarafından nasıl algılandığını ve ne derece memnun



kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar. Hasta tatmininin sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde bir indikatör görevi yaptığı kabul edilmektedir. Özçelik'e (2001) göre sağlık hizmetlerinde hasta tatmininin önemi hakkında şunlar söylenebilir;

- Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır.
- Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.
- Tatmin edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar.
- Hasta memnuniyeti, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirir.
- Dolayısıyla tatmin edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık, net ve kararlı davranışlar içinde olabilir.
- Bu durum sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek negatif etkiyi ortadan kaldırabilir veya minimize edebilir.

### **2.2.7.3 Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Fonksiyonel Kalite**

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

Sağlık hizmetleri ileri derecede uzmanlık, bilgi ve yetenek gerektirdiğinden, hastalar kendilerine sağlanan sağlık hizmeti ile ilgili yeterli bilgi sahibi olamayabilir ve kendileri için uygun ve etkin olabilecek tedaviye teknik olarak karar veremeyebilirler. Diğer bir deyişle hastaların hem hizmet sunumu sırasında hem sonrasında hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde teknik kalite, daha çok personelin bakış açısı içerisinde kalmaktadır.

Çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgili olan teknik kalite, temel olarak tanı ve süreçteki doğruluk olarak tanımlanabilir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanıtması veya bir laboratuvar kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık işletmesinde ortalama

yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır(Sevimli, 2006). Diğer yandan, ülkemizde sağlık bakanlığının hastane işletmelerini denetlemede dikkate aldığı özellikler, sağlık hizmetlerinin teknik çıktıları ile ilgilidir. Bu anlamda sağlık işletmelerinde teknik kalite daha objektif olduğundan tanımlanması ve ölçülmesi daha kolaydır (Devebakan, Aksaraylı, 2003; 6).

Bunun yanında, hastaların teknik kaliteyi değerlendirmeye yetkin olmamaları sebebiyle, fonksiyonel kalite hastaların kalite algısındaki birincil etkidir. Araştırmalar müşterilerin değer algılarını etkileyen en önemli değişkenin algılanan kalite olduğunu göstermektedir (Babakus, Mangold, 1992; 768). Bu nedenle sağlık işletmelerinde sadece teknik kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık işletmesinin genel performansını yansıtmamaktadır (Devebakan, Aksaraylı, 2003; 6).

Sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalite, sağlık bakım hizmetinin hastaya ulaştırılması ile ilgilidir. Doktorların ve hemşirelerin hastalara karşı tutumları, temizlik, hastane yemeğinin kalitesi gibi faktörler sağlık işletmelerinin fonksiyonel kalitesini etkilemektedir (Anderson, 1995; 33). Hastaların genellikle sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini doğru olarak değerlendiremedikleri göz önüne alındığında, daha çok hizmet süreçleri ile ilgili olan fonksiyonel kalite, hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını önemli ölçüde şekillendirecektir. Bir başka ifade ile sağlık işletmelerinde hastalar ve diğer müşteriler, verilen hizmetin teknik kalitesine değer biçemediklerinden, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, hizmetin “nasıl” sunulduğu sağlık hizmet kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır (Devebakan, 2005; 24).

Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır. Örneğin kliniğin camlarını ve yerlerini bir özel temizlik şirketine temizlettikten sonra ne derece iyi iş yapıldığı kolayca değerlendirilebilir. Öte yandan hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir (Karafakıoğlu, 1998; 112).

Sağlık işletmelerinde optimum bir kalite olgusundan söz edebilmek için sunulan hizmetlerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun olması, diğer taraftan da hizmetlerin hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir (Devebakan, 2005; 24).

#### 2.2.7.4 Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon ve Kalite Standartları

Kaliteli sağlık hizmeti, sağlık işletmeleri ve sağlık personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde hizmet sunmasını gerektirir. Kalite standartları, kaliteli hizmet sunumu için, bir hastanenin sahip olması gereken malzeme, insan gücü ve organizasyonu, sahip olduklarıyla karşılaştırması olanağını sağlayan düzenlemelerdir. Akreditasyon adı verilen bu düzenlemeler, ISO sertifikalarına benzeyen dolaylı bir kalite kontrol yöntemidir.

Akreditasyon, sağlık kuruluşlarından ayrı ve müstakil çoğunlukla resmi bir kimliği bulunmayan bir birimin, sağlık kuruluşunun hizmetin kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gereksinimi karşılayıp karşılamadığını değerlendirdiği bir süreçtir. Akreditasyon çoğunlukla gönüllüdür. Akreditasyon standartları genellikle en uygun ve ulaşılabilir olarak kabul edilir. Akreditasyon bir kuruluş tarafından hasta bakımının kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak, hastalara ve personele yönelik riskleri azaltmak için sürekli çalışmak üzere görünür bir taahhüdü temsil etmektedir. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi odağı olmuştur(Joint Commission International, 2003).

Kurumlar, genelde; sigorta kurumları, hükümet veya sağlığı koruma kurumları gibi sağlık için ödeme yapan kurumlardan daha fazla geri ödeme alabilmeyi gerekçelendirmek için akreditasyon istemektedirler. Bu ödeyiciler, ödeme yapılan hizmetlerin yüksek ve gelişen kalitede olmasını sağlamak istemektedirler.

##### Sağlık işletmelerinde akreditasyonun diğer özellikleri şu şekilde özetlenebilir;

- Akreditasyonun temelinde kurumun misyonu, tarihi ve hedefleri bulunmaktadır.
- Akreditasyon, kurumların özerklik ve farklılıklarını tanıdığı gibi, bunu saygı ile karşılamaktadır.
- Akreditasyon, akredite edilen işletmenin toplumun kaliteye dayanan beklentilerini yeterince ya da daha fazla karşıladıkları konusunda teminatı anlamına gelmektedir.
- Akreditasyon, genel olarak uluslar arası anlamda, 5 ve 10 yıllık sürelerle dayanan bir döngüdür. Ciddi sorunlarla karşılaşıldığında bu süreç kısalabilmektedir(Sevimli, 2006).

Akreditasyonun genel amaçları ise;

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamada optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri işletmelerine, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve “en iyi uygulamalar” konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamaktır (Sevimli, 2006).

Akreditasyonun yararları da aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- İyi hizmet veren kuruluşların resmi olarak tanınmaları,
- Kurumu değerlendirecek bir mekanizmanın yaratılması,
- Faaliyetlerin gelişimi için akreditasyonun hedefi teşkil etmesi,
- Personelin çalıştığı kurumla gurur duymasının sağlanması,
- Personel arasında iletişimin geliştirilmesi,
- Personel katılımının desteklenmesi, personelin işe alınmasında yarar sağlanması,
- İşletme politikalarının belgelendirilmesinin sağlanması,
- Çalışmalarda yeterliliğin artırılması vb. dir (Sevimli, 2006).

#### **2.2.7.4.1 Sağlık Kuruluşlarının Birleşik Akreditasyon Komisyonu (JCAHO)**

Sağlık hizmetlerinde ISO 9000 dışında kalite güvence sistemi olarak, ABD’de 1953’den beri sağlık kuruluşlarına yönelik standartlar belirleyen ve kökeni 1910’a kadar uzanan Sağlık Kuruluşlarının Birleşik Akreditasyon Komisyonu (JCAHO - Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations) bulunmaktadır. Komisyon, 1998’de “Joint Commission International” adı altında, uluslar arası alanda da akreditasyon hizmeti vermeye başlamıştır ([http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint\\_commission\\_history.htm](http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm), 2006).

Amerikan sağlık kuruluşlarını akredite eden ve kendi misyonunu; toplumun

nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamak olarak tanımlayan Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi (Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations - JCAHO), 1951 yılında Amerikan tıp, diş hekimliği ve hastane derneklerinin bir araya gelerek kurdukları bir komisyondur. Bu komisyonun amacı; hasta bakımı ve tedavisine odaklanan sağlık hizmetlerinin bireysel ve kurumsal performansını değerlendirmektir. JCAHO sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin kalitesini değerlendirmek amacıyla bazı alanlar seçmiştir. Bu alanlar; hasta hakları, sağlık kuruluşunun görev ve kuralları, hastanın muayenesi, teşhisi, tedavisi, bakımı, eğitimi ve sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması, performans iyileştirme, liderlik, tedavi ve bakım ortamının düzenlenmesi, insan kaynaklarının yönetimi, enfeksiyonların izlenmesi, kontrol altında tutulması ve önlenmesi, yönetim tıbbi kadro ve hemşirelik gibi alanlardır (Çoruh, 1998; 1-8).

Diğer taraftan JCAHO, hastanelerde hastalara verilen tıbbi hizmetlerin kalitesinden, tıp personelinin uygulama ve etik davranışlarından sorumlu olan ve bu konularda hastane yönetim kuruluna hesap vermekle yükümlü tutulacak bir tıp hizmetleri organizasyonunun kurulmasını öngörmüştür (Kavuncubaşı, 2000; 109).

#### **2.2.7.4.2 Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI )**

Sadece Amerika'daki sağlık kuruluşlarını denetleyen JCAHO, artan ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda Amerika dışında da akreditasyon hizmetleri sunmak için 1997 yılında Uluslararası Birleşik Komisyon'u (JCI) oluşturulmuştur. JCAHO'nun bir alt kuruluşu olan JCI bugün 60'dan fazla ülkede sağlık kuruluşlarını denetleyerek akredite eden bir kuruluştur. Müşteri odaklı ve sonuç odaklı yapılarıyla kendilerini; sağlık kuruluşlarının, hükümetlerin sağlık birimlerinin ve ödemede bulunan 3. tarafların bilgi kaynağı olarak değerlendiren JCI, sundukları eğitimsel hizmetler, danışmanlık hizmetleri ve yayınlarıyla sağlık hizmetlerinin kalitesinin, güvenliğinin ve etkinliğinin iyileştirilmesinde ilgili taraflara yardımcı olmaktadır.

JCAHO ve JCI, 368 adet standardı ve bu standartlarla ilgili 1032 adet ölçülebilir elementi (unsuru), 11 ana bölümde ve hizmetlerin doğal sürecine göre sınıflandırmıştır. Bu 11 alan; ilk 5'i "Hasta Odaklı Standartlar", diğer 6'sı da "Yönetim Odaklı Standartlar" olarak iki kısımda ele alınmıştır.

Bu 11 ana bölüm şu başlıkları taşımaktadır;

- Hasta Bakımının Sürekliliği
- Hasta ve Yakınlarının Hakları
- Hastaların Değerlendirilmesi
- Hastaların Bakımı
- Hasta ve Ailelerin Eğitimi
- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
- Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği
- Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
- Bilgi Yönetimi

Sınıflandırılan bu alanlar, sırasıyla hastanın hastaneye girdiği andan çıkışına kadar ve taburcu olduktan sonraki iyileşme sürecini kapsamaktadır. JCI'nın belirlemiş olduğu bu 11 alandaki her bir standardı eksiksiz yerine getiren hastaneler JCI tarafından akredite edilmektedir. Ekim 2007 tarihi itibarıyla, ülkemizde JCI tarafından akredite edilmiş 15 sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

Günün koşullarına göre standartlarını sürekli gözden geçiren JCI, 30 Ağustos 2007 tarihinde hastaneler için uluslararası akreditasyon standartlarını güncellemiştir. Anestezi ve Cerrahi Bakım, Tıbbi Yönetim ve İletişim, Bilginin Kullanımı ve Yönetimi ile ilgili yeni eklemeler yapan JCI 1 Ocak 2008'den itibaren incelemelerinde bu yeni standartları da kullanacaklardır (Doğanay, 2008).

### **2.2.8 Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi**

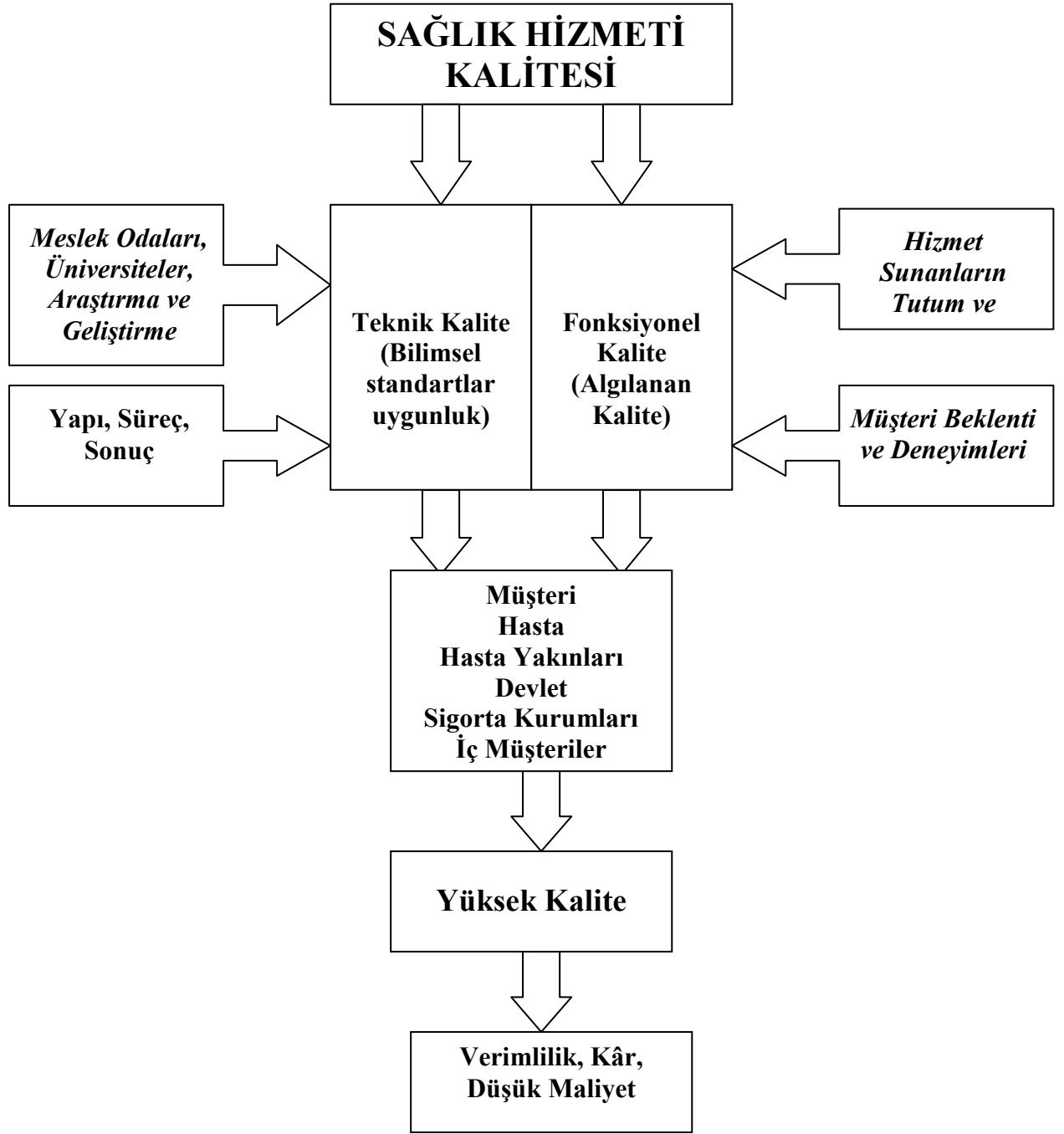
Gerek imalat işletmeleri için, gerekse hizmet işletmeleri için kalite sağlamaya zorlamaya sıkı rekabet ve maliyetlere önem veren, sağlık işletmelerinde kalite sağlamaya önemini arttırmıştır. Bu nedenle son yıllarda hizmet kalitesi, sağlık işletmelerinin başarısı için sağlık hizmeti sunucuları, pazarlamacılar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

Hasta tatmininin odak noktası olan sağlık hizmet kalitesi konusunda yapılan araştırmalar, yalnız hasta tatmini odaklı hizmetlerde hastanın medikal ihtiyaçlarının arka plana atılabildiğini, ya da salt medikal ihtiyaçların karşılanması odaklı hizmetlerde hasta istek

ve beklentileri ihmal edilebileceğini göstermektedir (Engiz, 1997;65). Bu anlamda sağlık işletmelerinin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun tanı ve tedavi prosedürleri uygulaması, diğer taraftan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerini göz ardı etmemesi gerekmektedir.

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

Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu yaklaşım verilen sağlık hizmetinin teknik kalite boyutudur. Bu açıdan sağlık hizmet kalitesi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesidir. Ancak hizmet alanların sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumu da kalite hedefini gerçekleştirmede yetersiz olacaktır. Omachonu tarafından gerçekleştirilen sentezci yaklaşım kalitenin teknik (Bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin) karşılanması boyutlarını bir arada ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000;270).



**Şekil 7. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri (Kavuncubaşı, 2000:271 ).**

Şekil 6.'daki söz konusu yaklaşım incelendiğinde sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ve verimliliğe ulaşmada “teknik kalite” ve müşteri bakış açısını yansıtan “algılanan kalitenin” birlikte ele alındığı görülmektedir.



### 2.2.8.1 Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalitesi Standartları

Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından 01.09.2008 tarihinde geçerli olmak üzere Performans ve Kalite Yönergesi yayınlamıştır.

Bu Yönergeyle; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasların düzenlenmesi amaçlanmıştır. Performans ve Kalite Yönergesi Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamaktadır.

Performans ve Kalite Yönergesine göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının “Kurumsal Performans Katsayısı” hesaplanmaktadır. Bu katsayı hesaplanırken “Muayene Erişim Katsayısı, Memnuniyet Katsayısı, Hizmet Kalite Katsayısı ve Verimlilik Katsayısı”nın ortalaması alınarak hesaplanır. Son yönergede bulunan “Hizmet Kalite Katsayısı” daha önceki yönergelerde ele alınmamıştı ancak son yönergede en önemli yere sahiptir.

Hizmet Kalite Katsayısı hesaplanırken yönerge eki “EK-1 Hizmet Kalite Standartları” esas alınır. Hizmet Kalitesi Standartları toplam 21 başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

- Poliklinik Hizmetleri
- Laboratuvar Hizmetleri
- Görüntüleme Hizmetleri
- Ameliyathane Hizmetleri
- Klinikler
- Yoğun Bakım Üniteleri
- Diyaliz Hizmetleri
- Acil Servis Hizmetleri
- Ambulans ve Ambulans Hizmetleri
- Eczane Hizmetleri
- Enfeksiyonları Kontrolü ve Önlenmesi

- Hasta ve Çalışan Güvenliği
- Kurumsal Hizmet Yönetimi
- Hastane Bilgi Sistemi
- Hasta Kayıtları ve Dosyası
- Arşiv
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik
- Depolar
- Mutfak
- Çamaşırhane
- Morg

Yukarıda sayılan Hizmet Kalite Standartları Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının bulunduğu hizmet sınıfı dikkate alınarak hizmet kalite katsayısı hesaplanmaktadır (Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2009) .

### **2.2.9. Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Yöntemleri**

Hizmet kalitesinin ölçümü için birçok araştırmacı tarafından çeşitli yöntemler geliştirilmiştir.

#### **2.2.9.1 Servqual Analizi**

Servqual Analizi, beklenen ve algılanan kalitenin müşteriler tarafından değerlendirilmesine dayanan bir anket analizidir. Yapılan değerlendirme sonucunda, kullanılan bir hizmetin, kullanıcıya göre performans düzeyi (örneğin iyi - kötü olarak algılanan kalite) ile bu hizmetten beklentiler (örneğin önemli-önemsiz olarak istenen kalite) arasındaki fark hizmet kalitesini belirlemektedir. Diğer bir deyişle Servqual Analizinde hizmet kalitesi değerlendirmesi, müşterilerin “Beklenti - Algı” ifade çiftlerine verdikleri puanlar arasındaki farkın hesaplanmasına dayanmaktadır.

Hizmet kalitesini tanımlamaya hizmet kalitesi sorunlarının nedenlerini belirlemeye ve hizmet kalitesi ölçümüne ilişkin olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yapılan çalışma, yöneticilerle görüşmelere ve müşterilerle yürütülen on iki grup tartışmasına dayanmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda önceki bölümde bahsedilen hizmet kalitesinin on boyutu belirlenmiştir (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985; 47). Daha sonra Parasuraman ve arkadaşları uyguladıkları anketleri faktör analizi ile

değerlendirerek, hizmet kalitesini belirleyen on boyutu, beş boyuta indirgeyerek Servqual adını verdikleri bir hizmet kalite ölçüm aracı olan anketi geliştirmişlerdir (Saat, 1999; 114). Somut özellikler, güvenilirlik ve heveslilik boyutları korunmuş, yetenek, nezaket, inandırılık ve güvenlik boyutları güven boyutu içinde, ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama boyutu empati boyutu içinde yer almıştır.

	<b>Fiziksel Varlıklar</b>	<b>Güvenilirlik</b>	<b>Yanıt Verme</b>	<b>Güven</b>	<b>Empati</b>
Fiziksel Varlıklar					
Güvenilirlik					
Yanıt Verme					
Yeterlilik Nezaket İnanılrlık Emniyet					
Erişilebilirlik İletişim Müşteriyi Anlamak					

**Tablo 7. SERVQUAL Boyutları ve Hizmet Kalitesini ölçmek için olan orijinal 10 boyut arasındaki uygunluk**

(Kaynak: Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1991; 25)

#### 2.2.9.1.1 Servqual'a Yapılan Eleştiriler

Servqual Analizi, yalın ve esnek yapılanmasıyla yaygın kullanıma uygun olmasına rağmen bazı noktalarda eleştirilmiştir. Carman'a göre (Carman, 1990; 96) Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesi boyutları tüm hizmetlerde uygulanabilecek kadar genel değildir. Beş adet boyuta daha farklı boyutlar eklenmelidir. Carman bazı hizmet işletmelerine ilişkin bilgileri kullanarak, tüm durumlar için yalnızca heveslilik, soyut değerler ve güvenilirlik boyutlarının görüldüğünü ancak diğer iki boyutun faktör yapısında farklılıklar olduğunu belirlemiştir. Fakat bu farklılıklar faktörleri geçersiz kılacak kadar büyük ölçülerde olmayıp, yalnızca ölçeğin kullanımı sırasında dikkat edilmesini gerektirecek

bir yapıya sahiptir (Saat, 1999; 115). Carman ayrıca çoklu hizmet işlevlerini içeren hizmetlerde Servqual Analizinin herbir işlevde ayrı ayrı yapılması gerektiğini belirtmiştir (Carman, 1990; 43).

Babakus ve Boller da 1992 yılında SERVQUAL boyutların hizmetten hizmete değişmesi gerektiği, soruların pozitif ve negatif olmak üzere karışık bir şekilde sorulmasının faktör analizi sonucunu olumsuz etkilediği ve hizmet kalitesinin beklenti-algılama arasındaki fark olarak tanımlanmasının teorik olarak makul olmasına rağmen uygulamada sorun yarattığı sonuçlarına ulaşmışlardır (Babakus, Boller, 1992; 9-26). SERVQUAL ölçeği üzerine geliştirilen bu eleştirilerin sonucunda, Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1991 yılında ölçeği tekrardan ele alan bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma sonucunda ölçeğin 2 orijinal unsuru, daha kapsamlı sonuç almak için 2 yeni unsurla değiştirilmiş, ölçekteki negatif ifadeler hem cevaplayıcılar tarafından anlaşılması, hem de faktör analizinde hataların ortaya çıkmasından dolayı pozitif ifadelerle değiştirilmiş, aynı zamanda beklentiler bölümündeki ifadelerin söylenişinde de değişiklikler yapılmıştır ve araştırmaya 5 boyutun müşteriler için görece önemini ölçen üçüncü bir bölüm konulmuştur. Bu araştırma sonucunda ölçeğin bütünlüğünün bozulmaması için, unsurların hiçbirinin silinmemesi, yeni bir boyut eklenmemesi veya kaldırılmaması gerektiği belirtmiştir (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1991; 420-450).

Hizmet kalitesinin bir farklılık puanı olarak kavramsallaştırılmasındaki sorunları vurgulayan Brown, Churchill ve Peter alternatif bir ölçüm önermişlerdir. Bu alternatif yöntemin olumlu psikometrik özellikleri olduğunu belirterek bu yöntemin Servqual'dan daha verimli olduğunu belirtmişlerdir. Bu arada Cronin ve Taylor, Parasuraman ve arkadaşlarının vardığı sonuçlara birkaç yönden eleştiri yöneltmişlerdir. Bu eleştirilerden birincisinde beklentiler-performans farkının hizmet kalitesinin ölçümünde temel olduğu şeklindeki tezi destekleyecek çok az kanıt olduğunu öne sürmüşler ve hizmet kalitesinin ölçümünde basit performans ölçülerinin üstünlüğünü gösteren çok sayıda çalışmaya değinmişlerdir. Bu amaçla Servqual'ın bir versiyonu olan Servperf'i test etmişler ve geliştirmişlerdir, ikinci olarak hizmet kalitesinin etkinliği, müşteri tatmini ve satın alma amaçları konusunda çok az araştırma olduğunu söyleyerek bu üçü arasındaki nedensel ilişkilerin varlığını gösteren pek kanıt olmadığını ifade etmişlerdir ve ayrıca hizmet kalitesinin müşterilerin satın alma niyetini etkilemede yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. (Saat 1999; 115)

SERVQUAL ölçeğine karşı yapılmış olan olumsuz değerlendirmelerin sonucunda Parasuraman, Zeithaml ve Berry yazmış oldukları bir makalede, ortaya atmış oldukları modeli savunmuşlar ve daha önce yapmış oldukları çalışmaların bu modeli kavramsal ve ampirik olarak desteklediğini öne sürmüşlerdir ve SERVQUAL ile ilgili hiçbir yanlış noktanın bulunmadığını savunmuşlardır (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994; 111-121).

### 2.2.9.2 Diğer Ölçüm Yöntemleri

Cronin ve Taylor 1992 yılında Servqual'e alternatif olarak değerlendirilen ve daha sonraki araştırmacılar tarafından da sıklıkla kullanılan SERVPERF ölçeğini oluşturmuşlardır. Bu ölçekte SERVQUAL ölçeğindeki boyutlar temel alınmakla birlikte SERVQUAL ölçeğinin sadece performans bölümü dikkate alınmaktadır. Her iki ölçeği kıyaslamak amaçlı yapılan araştırmaların sonucunda Cronin & Taylor, SERVPERF ölçeğinin SERVQUAL ölçeğinden daha etkili ve iyi sonuçlar veren bir ölçek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı zamanda hizmetle beraber somut bir ürünün de sunulduğu durumlarda SERVPERF ölçeği daha geçerli bir ölçek olarak kabul edilmektedir ve bir firmanın performansına ilişkin tavırların deneyimler mevcut değilken beklentiler yoluyla geliştirildiğini ve bu tavırların söz konusu firmanın hizmetlerinden yararlanma ve bu hizmeti satın alma eğilimlerini etkilediğini savunmuşlardır (Cronin & Taylor, 1992; 55-68).

Cronin ve Taylor'a göre (1992; 59) Servperf; hizmet kalitesi ölçümü için Servqual, ağırlıklı Servqual veya ağırlıklı Servperf'den daha uygundur.

$$SQ = (\text{PERFORMANS} - \text{BEKLENTİ}) \rightarrow \text{SERVQUAL}$$

$$SQ = \text{ÖNEM} * (\text{PERFORMANS} - \text{BEKLENTİ}) \rightarrow \text{AĞIRLIKLILIKLI SERVQUAL}$$

$$SQ = \text{PERFORMANS} \rightarrow \text{SERVPERF}$$

$$SQ = \text{ÖNEM} * \text{PERFORMANS} \rightarrow \text{AĞIRLIKLILIKLI SERVPERF}$$

Steven, Knutson ve Patton tarafından 1995'te Servqual'in restoran hizmetlerinde adaptasyonu ile hizmetin ne olmasının gerektiğini belirten 40 önermeden oluşan DINESERV geliştirilmiştir. Demografik sorularında bulunduğu ölçekte yedi aşamalı tutum ölçeği tarzı benimsenmiştir. Örneklem abonelele seçilmiştir. Dineserv, restoran müşterilerinin kalite algılamalarını sürekli ölçecek şekilde geliştirilmiştir. Boyutlara ait

puanları bir önceki ile karşılaştıran restorancı kaliteyi hangi birimlerinde, hangi boyutlarda nasıl geliştirileceğine dair ipuçları elde etmektedir (Erensoy, 1999; 52).

Cowling ve Newman'a göre (1995; 25-40) hizmet kalitesini ölçmekte kullanılan Servqual tarafından indirgenen beş temel faktör arasında müşterilerin hizmet kalitesi beklentilerine ve algılamalarında en önemli boyut güvenilirliktir, daha sonra sırasıyla karşılık verebilme, empati ve somut özellikler gelmektedir.

Johnston (1995; 53-71) da banka müşterilerinin hizmet kalitesi beklenti ve algılamaları üzerine çalışmalar yapmıştır ve servqual metoduna eleştiriler getirmiştir. Sadece bir enstrüman ile yapılan ölçümün yeterli olmayacağını öne sürmüştür. Çalışmasında müşteri beklentilerini ve hizmet kalitesi algılamalarını etkilediğini düşündüğü 18 faktörden söz etmiştir. Bunlar; Ulaşım, Görünüm, Kibarlık, Ulaşılabilirlik, bulunabilirlik, İlgi, Temizlik, Konfor, Taahhütleri yeri getirme, Uсталık, İncelik, Esneklik, Dostluk, Fonksiyonellik, Güvenilirlik, Doğruluk, Yanıtlayabilme, Emniyet'dir. Bunların her birinin seviyesine göre müşterilerin her birinden ne kadar tatmin olduğunu, olmadığını ya da nötr bir etki gösterdiğini ölçümlenmiştir. Daha sonraki yıllardaki çalışmalarında da tatmin olma ve olmama sebeplerinin kişi bazında farklılık gösterdiğini ve yine birey bazında tatmin olma ve olmama sebeplerinin örtüşmeyebilir şekilde oluşabileceğini incelemeleriyle kanıtlamıştır.

Lassar'a göre (2000; 71) müşteri tatminini sağlayacak hizmet kalitesi düzeyinin belirlenmesinde hem Servqual hem de teknik ve fonksiyonel kalite boyutlarıyla hizmet ölçümü kullanılmalıdır. Servqual teknik ve fonksiyonel ölçüm Servqual'a göre daha iyi bir model olsa da teknik ve fonksiyonel kalite boyutları performans olarak daha yüksek sonuçlar vermektedir.

Bahia ve Nantel (2000; 85) hizmet kalitesinin ölçümünde farklı bir model uygulayarak 31 önermeyi 6 temel faktöre indirgemiş ve ölçümleri bu temel faktörler üzerine uygulamışlardır. Bu temel faktörler:

- Etkili ve garantili olmak
- Ulaşım
- Fiyat
- Somut özellikler
- Çeşitlilik
- Güvenilirliktir.

Oppewal ve Vriens' a göre (2000; 69) de bazı incelemeler yapmış ve hizmet kalitesi ölçümünde yeni bir uygulama geliştirmişlerdir. Öncelikle 28 önermede bulunmuşlar ve bunu 4 temel faktöre indirgemişlerdir. Bu faktörler:

- Ulaşılabilirlik
- Yetenek (Beceri)
- Ustalık
- Kesinlik ve ilgi
- Somut özelliklerdir.

## 3. BÖLÜM

### **GEREC ve YÖNTEMLER**

Çalışmanın bu bölümünde, alan araştırması ve araştırmanın bulguları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın önemi, kapsam ve sınırlılıkları ve yöntemi bu bölümde ele alınmaktadır.

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu tez konusunun temel amacı II. Basamak Sağlık Kurumlarında sunulan hizmet kalitesinin, sağlık hizmeti alanlar ve sağlık hizmeti sunanlar tarafından değerlendirilmesidir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmeti sunum standartları sürekli değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, hizmet kalitesine verdiği önemi daha da artırmış, uluslararası standardizasyona son zamanlarda daha fazla önem verilmeye başlanmış ve buna bağlı olarak uluslararası akreditasyon için ilgili firmalara ciddi kaynak aktarımlarında bulunulmuştur. Tüm bu çabalar devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasını sağlamak içindir. Ancak hizmet kalitesinin yükseltilebilmesi için sağlık hizmetini alanların ve sunanların sağlık hizmetini değerlendirmeleri gerekmektedir.

#### **3.2. Araştırmanın Önemi**

Hastaneler çok önemli ve hayati hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Çünkü sağlık hizmetleri doğrudan insan sağlığı ile ilgilidir ve bu konuda yapılacak bir hatanın telafisi mümkün değildir. Bu nedenle bu tür sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetinin kalitesi önem kazanmaktadır.

Bir toplumdaki sağlık sisteminin iyi işlemesi verimliliği arttırmakta, diğer yandan da gelecekteki tıbbi bakım ve tedavi masraflarından ve ileride ortaya çıkabilecek kayıplardan önemli ölçüde tasarruf sağlamaktadır.

Kalite kavramının özünde sürekli iyileştirme yattığı için, hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin ölçülmesi gerekmektedir. Ölçülmeyen bir hizmetin iyileştirilemeyeceği açıktır. O halde hizmet kalitesinin ölçümünde belli hususlar dikkate alınarak yapılmalıdır.

Hizmet kalitesinin ölçümünde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biri olan SERVQUAL diye kısaltılan Parasuraman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen modeldir.



Bu ölçek esas itibariyle beş kalite boyutundan oluşmaktadır. Bunlar; somut özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati'dir.

Hastanelerin verdiği tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinde hastaların ve hasta yakınlarının beklentilerini karşılamak, günün gelişmiş tıbbi tanı ve tedavi olanaklarını kullanarak tıbbi hatalardan uzak kalmak ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak hastane yöneticilerinin amacı olmalıdır.

### **3.3 Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlar**

Araştırma evreni Manisa ilinde bulunan II. Basamak Devlet Hastaneleridir. Manisa merkezde olan ve çalışma izni veren, “Manisa Devlet Hastanesi (MDH) ve Merkez Efendi Devlet Hastanesi(MMEDH)”’nde çalışma yapılmıştır. Çalışmaya sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınları dahil edilmiş 648 kişiye anket uygulanmıştır.

Çalışma Manisa ili ve ilçelerini kapsayacak şekilde planlanmış ancak, büyük bir örnekleme çalışmak için yeterli zamanın ve finansman kaynağı olmadığı için Manisa ili merkezindeki 2 hastane ile sınırlandırılmıştır. Araştırmaya dahil edilen hasta ve hasta yakınlarının hizmet aldıkları hastaneye daha önce birkaç kez gelmiş olmaları göz önünde bulundurulmuş ve bu şekilde örneklem gurubu oluşturulmuştur.

Çalışma hasta ve çalışanlar olarak planlandı bununla birlikte yukarıda ele alınan zorluklardan dolayı hasta katılımı 545 kişide kalırken çalışan katılımı ise 103 kişi olmuştur. Dağılımın homojen olmaması hasta ve çalışan algılarının kıyaslanması da olumsuz yönde etkilenmiştir. Çalışanlara sorulan sorular çalışanların verdiği yanıtlar çerçevesinde onların birer hasta olarak hastaneden yararlandığı ortaya çıkmıştır. Çalışmada verilen bir T-Testi hariç (bilgi için verilen çalışan ve hasta kıyaslaması) görüşler tüm katılımcıların hizmet kalitesi algılarını ölçmeye yönelik olarak değerlendirilmiştir.

### **3.4. Araştırmanın Yöntemi**

Hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan, Parasuraman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen Servqual Analizi, beklenen ve algılanan kalitenin müşteriler tarafından değerlendirilmesine dayanan bir anket analizidir. Bu çalışmada Servqual Analizin beş boyutu “Somut Özellikler, Güvenilirlik, Güven, Empati, Heveslilik” ile sadece ikinci kısmı ile

uygulanmıştır. Bu sayede, hastalardan almış oldukları sağlık hizmetini ve çalışanlardan ise sunmuş oldukları sağlık hizmetini değerlendirmelerini istedik.

### **3.5. Veri Toplama ve Ölçüm Aracı**

Ölçme aracı olarak 31 soruyu kapsayan ve 2 bölümden oluşan anket düzenlenmiştir. İlk bölümde Hizmet Kalitesini ölçmeye yönelik olarak 22 soru bulunmaktadır. Bu sorular Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenlerinin altında bulunan ifadelerden oluşmaktadır. İlk bölümde bulunan 3 soru ise bu bağımsız değişkenlerle ilişkili olduğu düşünülen; genel hizmet kalitesi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise Demografik Değerlendirmelerin (cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, eğitimi durumu, mesleği ve aylık gelir düzeyi) yer aldığı 6 soru bulunmaktadır. Ankette 5’li likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Hizmet Kalitesi ile ilgili elde edilen veriler doğrultusunda geçerlilik ve güvenilirlik testleri, tanımlayıcı istatistikler ve çıkarımsal istatistikler yapılmıştır. Bu bağlamda faktör analizi, korelasyon analizi, T-testi ve Regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 13.00 programı ile analiz edilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Hipotezleri**

**H1:** Anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güvenilirlik ve Heveslilik” algıları arasında fark vardır.

**H2:** Anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güven ve Empati” algıları arasında fark vardır.

**H3:** Anketi cevaplayanların hasta veya çalışan olma durumlarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güvenilirlik ve Heveslilik” algıları arasında fark vardır.

**H4:** Anketi cevaplayanların hasta veya çalışan olma durumlarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güven ve Empati” algıları arasında fark vardır.

**H5:** Hastanelere göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güvenilirlik ve Heveslilik” algıları arasında fark vardır.

**H6:** Hastanelere göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güven ve Empati” algıları arasında fark vardır.

**H7:** Anketi cevaplayanların yaş gruplarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güvenilirlik ve Heveslilik” algıları arasında fark vardır.

- H8:** Anketi cevaplayanların yaş gruplarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güven ve Empati” algıları arasında fark vardır.
- H9:** Anketi cevaplayanların yaş gruplarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Somut Özellikler” algıları arasında fark vardır.
- H10:** Anketi cevaplayanların eğitim durumlarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güvenilirlik ve Heveslilik” algıları arasında fark vardır.
- H11:** Anketi cevaplayanların eğitim durumlarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güven ve Empati” algıları arasında fark vardır.
- H12:** Anketi cevaplayanların eğitim durumlarına göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Somut Özellikler” algıları arasında fark vardır.
- H13:** Anketi cevaplayanların gelir düzeyine göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güvenilirlik ve Heveslilik” algıları arasında fark vardır.
- H14:** Anketi cevaplayanların gelir düzeyine göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güven ve Empati” algıları arasında fark vardır.
- H15:** Anketi cevaplayanların gelir düzeyine göre Hizmet Kalitesi boyutlarından “Somut Özellikler” algıları arasında fark vardır.
- H16:** Hizmet Kalitesi boyutlarından “Güven ve Empati” ve “Güvenilirlik ve Heveslilik” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- H17:** Hizmet Kalitesi boyutlarından “Somut Özellikler” ve “Güvenilirlik ve Heveslilik” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- H18:** Hizmet Kalitesi boyutlarından “Somut Özellikler” ve “Güven ve Empati” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

## 4. BÖLÜM

### ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde araştırma verilerine uygulanan frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikler, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, faktör analizleri, T-testi, ANOVA Testi, korelasyon analizleri ve regresyon analizlerinin sonuçları ele alınacaktır.

#### 4.1 Frekans Analizleri

Araştırma anketlerine katılanların demografik dağılımları ve profili tablo 8'de gösterilmiştir. Araştırmaya toplam 648 kişi katılmıştır. Ankete katılanların 312'si kadın, 336'sı ise erkektir.

Ankete katılanlardan 52 kişi 20 yaş ve altındadır, 177 kişi 21–30 yaş arasında, 205 kişi 31–40 yaş arasında, 134 kişi 41–50 yaş arasında ve 80 kişi 51 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların yaş dağılımları normaldir.

MDH ve MMEDH'de gerçekleştirilen araştırmada, ankete katılanlardan 475 kişi evli ve 173 kişi bekârdır. Anket uygulamasına katılanların %73,3'ü evlilerden %26,7'si bekârlardan oluşmaktadır.

**Tablo 8. Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı**

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde %
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
• Kadın	312	48,1
• Erkek	336	51,9
Toplam	648	100,0
<b><u>Yaş Grubu</u></b>		
• 20 ve altı	52	8,0
• 21–30	177	27,3
• 31–40	205	31,6
• 41–50	134	20,7
• 51 ve üzeri	80	12,3
Toplam	648	100,0
<b><u>Medeni Durum</u></b>		
• Evli	475	73,3

• Bekâr	173	26,7
Toplam	648	100,0
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
• İlkokul ve altı	77	11,9
• Ortaokul	201	31,0
• Lise	206	31,8
• Lisans	105	16,2
• Lisansüstü	59	9,1
Toplam	648	100,0
<b><u>Gelir Durumu(TL)</u></b>		
• 500 ve altı	62	11,5
• 501–1000	264	48,9
• 1001–1500	111	20,6
• 1501 ve üzeri	103	19,1
Toplam	540	100,0
<b><u>Hasta veya Çalışan Olma Durumu</u></b>		
• Hasta	545	84,1
• Çalışan	103	15,9
Toplam	648	100,0
<b><u>Hastane</u></b>		
• Merkez Efendi	429	66,2
• Manisa	219	33,8
Toplam	648	100,0

Ankete katılan 648 kişinin 77'si ilkokul ve altı, 201'i ortaokul, 206'sı lise, 105'i lisans ve 59'u lisans üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Hastanelere başvuran kişilerin eğitim düzeyleri incelendiğinde normal bir dağılım gözlenmektedir.

Uygulama gerçekleştirilen hasta ve personelin 62 kişisi 500 TL ve daha az, 264 kişisi 501–1000 TL arası, 111 kişisi 1001–1500 TL arası ve 103 kişisi 1501 TL ve üzerinde gelir durumları olduklarını belirtmişlerdir. Gelir durumu 501–1000 TL arasında olan kişilerin %48,9 ile daha yoğunlukta olduğu gözlenmektedir.

Araştırma yapılan kişi profilini incelediğimizde 545 kişinin hasta ve 103 kişinin çalışan olduğunu görülmektedir. Hizmet kalitesi anketini dolduran kişiler %84,1 ile hastalardan, %15,9 ile çalışanlardan oluşmaktadır.

Araştırma yapılan hastanelerde anketlere yanıt veren kişi sayısı incelendiğinde MMEDH'nden anket uygulamasına 429 ve MDH'nden 219 kişi anket uygulamasına katılmıştır.

## 4.2 Tanımlayıcı İstatistikler

**Tablo 9. Tanımlayıcı İstatistikler**

	N	Ortalama	Standart Sapma
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	648	3,983	,64882
<b>Güven ve Empati</b>	648	3,977	,70697
<b>Somut Özellikler</b>	648	3,783	,71441

Araştırmada elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde “Güvenilirlik ve Heveslilik ” ile ilgili olarak ankete katılanların verdiği cevapların ortalaması 3,983, “Güven ve Empati” ile ilgili soruların ortalaması 3,977 ve son olarak “Somut Özellikler” ile ilgili bölümün ortalaması 3,507’dir.

Bu sonuçlara göre araştırmaya katılanların “Güvenilirlik ve Heveslilik” ile ilgili düşünceleri “Katılıyorum” düzeyindedir. Aynı şekilde anketi cevaplayanların “Güven ve Empati” ile ilgili düşünceleri orta noktanın üzerinde olarak “Katılıyorum” düzeyindedir. Diğer bir değişken olan “Somut Özellikler” için ise verilen cevaplar “Karasızım” ile “Katılıyorum” düzeyleri arasındadır. MMEDH ve MDH’nde görev yapan personel ve hasta olarak hastaneye başvuran kişilerin verdikleri yanıtlar incelendiğinde hizmet kalitesi değişkenleri ile ilgili olumlu cevaplar vermişlerdir.

## 4.3 Güvenilirlik

Güvenilirlik, ölçümün tutarlı ve dengeli sonuçlar çıkarıp çıkaramayacağı ile ilişkilidir. Diğer bir ifade ile tüm birbirleri ile tutarlılığının ifade edilmesidir (Avcı, 2008; 135). Güvenilirlik analizi, herhangi bir konuda örnekleme oluşturan birimler üzerinden veri toplamak amacı ile geliştirilen ölçme aracını oluşturan ifadelerin, kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile kullanılmaktadır. Diğer bir ifade ile, deneklerin ölçme aracını oluşturan ifadelere yaklaşımlarından hareket ile deneklere yöneltilen ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediği test edilmektedir (Ural ve Kılıç, 2005; 258).

Anket verilerinin tümüne öncelikle güvenilirlik testi uygulanmıştır. Güvenilirlik testi sonucunda Hizmet Kalitesi ölçeğinin genel Cronbach Alfa değeri ,94 ( $p < 0,001$ ) bulunmuştur. Bu nedenle ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir.

#### 4.4 Geçerlilik

Hizmet Kalitesi ölçüm aracında 22 ifade bulunmaktadır. Faktör analizlerinin uygunluğunu belirlemek amacıyla Hizmet Kalitesi veri setine uygulanan Küresellik Testi (Barlett's Test of Spiritu) sonucu 0.001 düzeyinde anlamlı, Kaizer-Mayer-Olkin örneklem değeri de 0,960 olarak bulunmuştur. Bu değer örneklemin doğru seçildiğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmakta ve faktör analizine uygunluğu vurgulanmaktadır. Buna bağlı olarak, Barlett's Test of Sphericity değeri anlamlıdır. Barlett's Test of Sphericity sonucuna göre de maddeler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki vardır ve test sonucu  $X^2 = 7545,366$  ve  $p=0,001$  olarak gerçekleşmiştir.

Faktör analizi, gözlemlenen çok sayıdaki değişken içerisinde gruplandırılmış temel değişkenler ya da faktörler tanımlayarak değişken sayısını azaltmak amacı ile yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2005; 253). Analizler sonucunda Hizmet Kalitesi boyutlarından "Güven" in altında yer alan "Hastane çalışanlarının davranışları hastaların güven duymasını sağlar." İfadesinin faktör analizi sonucunda "Güvenilirlik ve Heveslilik" boyutu altında çıktığı gözlenmiştir. Anketi cevaplayanların bu soruyu bu boyut altında algıladıkları ve konunun içeriğine ters düşmemesi nedeni ile bu soru ölçekten çıkartılmamıştır.

**Tablo 10. Faktör Analizi**

	Faktör Yüğü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	M	F Değeri	Alpha	P
<b>1. Faktör</b>		10,088	45,852	3,983	2,933	,91	,002
GÜVENİLİRLİK VE HEVESLİLİK							
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları sağlık hizmetinin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini söylerler.	,718						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi hastalarına hızla	,696						

sağlık hizmet verir.							
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları (doktor, hemşire, sekreter vb.) her zaman hastaya yardım etmeye isteklidir.	,642						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi sağlık hizmetini söz verdikleri zamanında yerine getirirler.	,641						
Merkez Efendi Devlet Hastanesinde hastalarının bir problemi olduğunda ilgili personel problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir	,621						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi söz verdiği hizmeti yerine getirir.	,601						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi kayıtları doğru tutar.	,579						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanlarının davranışları hastaların güven duymasını sağlar.	,578						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları hastaların ricalarına mutlaka yanıt verirler.	,551						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi sağlık hizmetini ilk anda yerine getirir.	,532						
<b>2. FAKTÖR</b>		1,631	7,412	3,978	5,244	,90	,001
<b>GÜVEN VE EMPATİ</b>							
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları hastalarının çıkarları için candan ilgilenir.	,760						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları hastalarına bireysel ilgi gösterir.	,754						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.	,754						
Merkez Efendi Devlet Hastanesinin tüm hastaları için uygun çalışma saatleri vardır.	,723						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları hastalarına karşı kibardır.	,650						
Merkez Efendi Devlet Hastanesi çalışanları hastalarının sorunlarını yanıtlayacak bilgiye sahiptir.	,648						
Merkez Efendi Devlet Hastanesinde hastalar sağlık hizmetine ilişkin işlemlerde güven hissederler.	,608						
<b>3. FAKTÖR</b>		1,153	5,241	3,783	53,791	,81	,001
<b>SOMUT ÖZELLİKLER</b>							



Merkez Efendi Devlet Hastanesi sağlık hizmeti sunumunda uygun araç gereç kullanır.	,768						
Merkez Efendi Devlet Hastanesinin modern görünümlü aletleri ve donanımları vardır.	,753						
Merkez Efendi Devlet Hastanesinin binaları görsel olarak çekicidir.	,723						
Merkez Efendi Devlet Hastanesinin sağlık hizmeti sunumunda kullanılan araç gereçler yeni ve temizdir.	,616						
Merkez Efendi Devlet Hastanesinin alışanları düzgün görünüşlüdür.	,510						
Kaiser-Meyer-Olkin rnekleme lm: ,960; Barlett's Test of Sphericity=7545,366 (p=0,001) Açıklanan Toplam Varyans: 58,505							

Hizmet kalitesi bağımlı değişkeninin veri setinin faktör analizinde;

Tablo incelendiğinde, veri setinin üç boyut altında olduğu görülmektedir. Faktör analizi sonucu oluşan ilk faktör ‘‘Güvenilirlik ve Heveslilik’’ olarak adlandırılmıştır. Bu faktörün öz değeri 10,088'dir ve toplam varyansın %45,853'sini açıklamaktadır. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,983 vermişlerdir. ‘‘Güvenilirlik ve Heveslilik’’ değişkeninin parça güvenilirliği ,91'dir ve p=0,002 düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan ikinci faktör ‘‘Güven ve Empati’’ olarak adlandırılmıştır. Bu faktörün öz değeri 1,631'dir ve toplam varyansın %7,412'sini açıklamaktadır. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,978 vermişlerdir. ‘‘Güven ve Empati’’ değişkeninin parça güvenilirliği ,90'dır ve p=0,001 düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan nc faktör ‘‘Somut zellikler’’dir. Bu faktörün öz değeri 1,153'dr ve toplam varyansın %5,241' ini açıklamaktadır. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,783 vermişlerdir. ‘‘Somut zellikler’’ değişkeninin parça güvenilirliği ,81'dir ve p=0,001 düzeyinde anlamlıdır.

#### 4.5 T- Testi

MMEDH ve MDH'nde görev yapan sağlık personeli ve bu hastanelere hasta olarak başvuran kişilerin medeni durumlarına, çalışan veya hasta olmalarına ve hastanelere göre hizmet kalitesi bağımsız değişkenlerini algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan T-testi ile sınınmıştır.

Çalışmada 3 adet T-testi yapılmıştır. Buna göre;

İlk T-testinde Hizmet Kalitesi değişkenlerine verilen yanıtlar arasında medeni duruma göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Güvenilirlik ve Heveslilik” boyutunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=,005$  ve  $p=,003$ ) (Tablo 11). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında evlilerin “Güvenilirlik ve Heveslilik” değişkeni ortalaması 4,03 iken bekârların ortalaması 3,86’dır (Tablo 12).

Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Güven ve Empati” ile medeni duruma ilişkin elde edilen sonuçlarda ise; anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre “Güven ve Empati” boyutunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre “Güven ve Empati” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=,190$  ve  $p=,034$ ) (Tablo 11). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında evlilerin “Güven ve Empati” değişkeni ortalaması 4,01 iken bekârların ortalaması 3,88’dir (Tablo 12).

Elde edilen bulgulara göre H1 ve H2 kabul edilmiştir.

**Tablo 11. Medeni Durum değişkenine göre Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi**

		Varyansların eşitliği için Levene's Testi		Ortalamaların eşitliği için T-Testi			
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-uçlu)	Ort. farklılıkları
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Varyans eşit	,005	,942	3,029	646	,003	,17340
	Varyans eşit değil			3,130	324,808	,002	,17340
<b>Güven ve Empati</b>	Varyans eşit	,190	,663	2,124	646	,034	,13297
	Varyans eşit değil			2,123	305,147	,035	,13297

**Tablo 12. Medeni Durum değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri**

	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	<b>Evli</b>	475	4,0295	,65640	,03012
	<b>Bekar</b>	173	3,8561	,61155	,04650
<b>Güven ve Empati</b>	<b>Evli</b>	475	4,0132	,70488	,03234
	<b>Bekar</b>	173	3,8803	,70555	,05364

İkinci T-testinde ise Hizmet Kalitesi değişkenlerine verilen yanıtlar arasında hasta veya çalışan olmalarına göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, anketi yanıtlayanların hasta veya çalışan olmalarına göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” boyutunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $F=,656$  ve  $p= ,000$ ) (Tablo 13). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında anketi yanıtlayanlardan hasta olanlar “Güvenilirlik ve Heveslilik” değişkenine verdikleri cevapların ortalaması 3,94 iken çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 4,23’tür. (Tablo 14).

Anketi yanıtlayanların hasta veya çalışan olmalarına göre “Güven ve Empati” boyutunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $F=1,730$  ve  $p= ,001$ ) (Tablo 13). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında anketi yanıtlayanlardan hasta olanlar “Güven ve Empati” değişkenine verdikleri cevapların ortalaması 3,94 iken çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 4,19’dur. (Tablo 14).

Bu sonuçlara göre sunulan sağlık hizmetini çalışanların hastalardan daha kaliteli bulduğu söylenebilir. Bu sonuçlar bize çalışanların sağlık hizmeti sunumunda mesai arkadaşlarına hastalardan daha fazla güvendiğini, daha iyi iletişim kurduklarını ve sağlık hizmetini doğru ve zamanında sunduklarına inandıklarını göstermektedir.

Tablo 13 ve Tablo 14’den de görüldüğü gibi araştırma hipotezlerinden H3 ve H4 kabul edilmiştir.

**Tablo 13. Anketi yanıtlayanların hasta veya çalışan olmalarına göre Hizmet Kalitesi değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi**

		Varyansların eşitliği için Levene's Testi		Ortalamaların eşitliği için T-Testi			
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-uçlu)	Ort. farklılıkları
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Varyans eşit	,656	,418	-4,336	646	,000	-,29820
	Varyans eşit değil			-4,715	155,542	,000	-,29820
<b>Güven ve Empati</b>	Varyans eşit	1,730	,189	-3,371	646	,001	-,25405
	Varyans eşit değil			-3,831	163,593	,000	-,25405

**Tablo 14. Anketi yanıtlayanların hasta veya çalışan olmalarına göre T-testine ilişkin grup istatistikleri**

	Hasta veya Çalışan Olma Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Hasta	545	3,9358	,65137	,02790
	Çalışan	103	4,2340	,57608	,05676
<b>Güven ve Empati</b>	Hasta	545	3,9374	,71942	,03082
	Çalışan	103	4,1914	,59596	,05872

Yapılan son T-testinde ise Hizmet Kalitesi değişkenlerine verilen yanıtlar arasında hastanelere göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, hastanelere göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” boyutunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=1,077 ve p= ,004) (Tablo 15). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında MMEDH’nde anketi yanıtlayanların “Güvenilirlik ve Heveslilik” değişkenine verdikleri cevapların ortalaması 4,04 iken MDH’nde anketi yanıtlayanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,88’dir. (Tablo 16).

Hastanelere göre “Güven ve Empati” boyutunda da anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=1,324 ve p= ,007) (Tablo 15). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında MMEDH’nde anketi yanıtlayanların “Güven ve Empati” değişkenine verdikleri cevapların ortalaması 4,03 iken MDH’nde anketi yanıtlayanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,87’dir. (Tablo 16).

Bu sonuç MMEDH sunulan sağlık hizmetinin MDH sunulan sağlık hizmetinden daha kaliteli olduğunu göstermektedir. Bunun sebebi olarak da, MMEDH’nde sağlık hizmeti sunan çalışanların hastalara daha yakın ilgi göstermeleri, hasta ile daha iyi iletişim kurmaları, sağlık hizmeti sunumunda daha fazla güven vermeleri, sağlık hizmetini doğru ve zamanında sunabilmeleri ve sağlık hizmeti sunumunda istekli olmaları gösterilebilir.

Yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre H5 ve H6 kabul edilmiştir.

**Tablo 15. Hastanelere göre Hizmet Kalitesi değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi**

		Varyansların eşitliği için Levene’s Testi		Ortalamaların eşitliği için T-Testi			
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-uçlu)	Ort. farklılıkları
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Varyans eşit	1,077	,300	2,872	646	,004	,15392
	Varyans eşit değil			2,805	411,695	,005	,15392
<b>Güven ve Empati</b>	Varyans eşit	1,324	,250	2,696	646	,007	,15752
	Varyans eşit değil			2,695	438,963	,007	,15752

**Tablo 16. Hastanelere göre T-testine ilişkin grup istatistikleri**

	Hastanelere Göre	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Merkez Efendi D. H.	429	4,0352	,62860	,03035
	Manisa D. H.	219	3,8813	,67665	,04572
<b>Güven ve Empati</b>	Merkez Efendi D. H.	429	4,0310	,70348	,03396
	Manisa D. H.	219	3,8735	,70373	,04755

#### 4.6 ANOVA Testi

ANOVA, iki örneklem grubu arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını araştırmak için kullanılmaktadır. ANOVA bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirlemektedir. İki den fazla seçeneği

olan bir sınıflama ölçeği ile eşit aralıklı ölçekle sorulmuş bir bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında ANOVA testi uygulanmaktadır.

Çalışmada 3 adet ANOVA Testi yapılmıştır. Bunlar;

İlk olarak, yaş grupları değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmıştır. Bu analizde yaş gruplarına göre anketi cevaplayanların hizmet kalitesi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır

**Tablo 17. Yaş Grupları değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi**

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>df</b>	<b>Ort. Kareleri</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Gruplar arası	10,053	4	2,513	6,160	,000
	Gruplar içi	262,314	643	,408		
	Toplam	272,367	647			
<b>Güven ve Empati</b>	Gruplar arası	6,716	4	1,679	3,409	,009
	Gruplar içi	316,657	643	,492		
	Toplam	323,373	647			
<b>Somut Özellikler</b>	Gruplar arası	6,793	4	1,698	3,376	,010
	Gruplar içi	323,427	643	,503		
	Toplam	330,220	647			

**Tablo 18. Hizmet Kalitesi Bağımsız Değişkenlerin Yaş Grubu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri**

Bağımsız Değişken	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	20 ve altı	52	3,7077	,72025	,09988	3,5072	3,9082
	21–30	177	3,8763	,64173	,04824	3,7811	3,9715
	31–40	205	4,0268	,58629	,04095	3,9461	4,1076
	41–50	134	4,1478	,54919	,04744	4,0539	4,2416
	51 ve üzeri	80	4,0113	,82016	,09170	3,8287	4,1938
	Toplam	648	3,9832	,64882	,02549	3,9331	4,0332
<b>Güven ve Empati</b>	20 ve altı	52	3,7060	,86616	,12011	3,4649	3,9472
	21–30	177	3,9144	,65204	,04901	3,8177	4,0112
	31–40	205	4,0021	,64565	,04509	3,9132	4,0910
	41–50	134	4,0906	,62049	,05360	3,9846	4,1966
	51 ve üzeri	80	4,0429	,92314	,10321	3,8374	4,2483
	Toplam	648	3,9777	,70697	,02777	3,9232	4,0323
<b>Somut Özellikler</b>	20 ve altı	52	3,5114	,73609	,10208	3,3066	3,7165
	21–30	177	3,7435	,68984	,05185	3,6412	3,8458
	31–40	205	3,7834	,64771	,04524	3,6942	3,8726
	41–50	134	3,9224	,66260	,05724	3,8092	4,0356
	51 ve üzeri	80	3,8150	,92819	,10378	3,6084	4,0116
	Toplam	648	3,7833	,71441	,02806	3,7282	3,8384

“Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkeninde verilen cevaplarla yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=6,160 ve p= ,000) (Tablo 17). “Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkenine 20 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,71, 21–30 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,88, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,03, 41–50 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,15 ve 51 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,01’dir (Tablo 18).

Yaş gruplarına göre “Güven ve Empati” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=3,409 ve p= ,009) (Tablo 17). “Güven ve Empati” bağımsız değişkenine 20 ve altı yaş grubunun verdiği

yanıtların ortalaması 3,71, 21–30 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,91, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,00, 41–50 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,09 ve 51 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,04'tür (Tablo 18).

Yaş gruplarına göre “Somut Özellikler” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=3,376 ve p= ,010) (Tablo 17). “Somut Özellikler” bağımsız değişkenine 20 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,51, 21–30 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,74, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,78, 41–50 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,92 ve 51 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,82'dir (Tablo 18).

Sonuçları ankete katılanların yaş skalalarına göre incelediğimizde 20 ile 30 yaş arası katılımcılar en düşük memnuniyete sahipler, 31 ile 50 yaş arası katılımcıların memnuniyeti oldukça yüksek ancak 51 yaş ve sonrasında sunulan sağlık hizmetinin kalitesi tekrar düşüş göstermektedir. Bunu sebebi de insanlar yaşlandıkça beklentilerinin daha da artması olarak gösterilebilir.

İlk olarak yapılan ANOVA analizinden elde edilen bulgulara göre H7, H8 ve H9 kabul edilmiştir.

**Tablo 19. Eğitim Durumu değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi**

		Kareler Toplamı	df	Ort. Kareleri	F	Sig.
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Gruplar arası	20,952	4	5,238	13,396	,000
	Gruplar içi	251,414	643	,391		
	Toplam	272,367	647			
<b>Güven ve Empati</b>	Gruplar arası	15,621	4	3,905	8,160	,000
	Gruplar içi	307,751	643	,479		
	Toplam	323,373	647			
<b>Somut Özellikler</b>	Gruplar arası	19,294	4	2,574	5,172	,000
	Gruplar içi	319,926	643	,498		
	Toplam	330,220	647			



**Tablo 20. Hizmet Kalitesi Bağımsız Değişkenlerin Eğitim Durumu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri**

Bağımsız Değişken	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Güvenilirlik ve Heveslilik	İlkokul ve altı	77	3,5351	,91691	,10449	3,3270	3,7432
	Ortaokul	201	4,0343	,57364	,04046	3,9545	4,1141
	Lise	206	3,9825	,59534	,04148	3,9007	4,0643
	Lisans	105	4,0638	,53549	,05226	3,9602	4,1674
	Lisansüstü	59	4,2525	,57576	,07496	4,1025	4,4026
	Toplam	648	3,9832	,64882	,02549	3,9331	4,0332
Güven ve Empati	İlkokul ve altı	77	3,5770	,94858	,10810	3,3617	3,7923
	Ortaokul	201	4,0412	,66985	,04725	3,9481	4,1244
	Lise	206	3,9917	,62096	,04326	3,9064	4,0770
	Lisans	105	4,0122	,68487	,06684	3,8797	4,1448
	Lisansüstü	59	4,1773	,61306	,07981	4,0146	4,3341
	Toplam	648	3,9777	,70697	,02777	3,9232	4,0323
Somut Özellikler	İlkokul ve altı	77	3,5273	,87714	,09996	3,3282	3,7264
	Ortaokul	201	3,8697	,69708	,04917	3,7727	3,9666
	Lise	206	3,7709	,65602	,04571	3,6808	3,8610
	Lisans	105	3,7029	,70934	,06922	3,5656	3,8401
	Lisansüstü	59	4,0102	,63942	,08325	3,8435	4,1768
	Toplam	648	3,7833	,71441	,02806	3,7282	3,8384

“Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkeninde verilen cevaplarla kişilerin eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Eğitim Durumuna göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=13,396$  ve  $p=,001$ ) (Tablo 19). “Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkenine ilkokul ve altı eğitim durumuna sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,54, ortaokul mezunu olan kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,03, lise mezunu kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,98, lisans mezunu kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,06 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,25’tir (Tablo 20).

Eğitim Durumuna göre “Güven ve Empati” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=8,160$  ve  $p=,001$ ) (Tablo 19). “Güven ve Empati” bağımsız değişkenine ilkokul ve altı eğitim durumuna sahip

kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,58, ortaokul mezunu olan kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,04, lise mezunu kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,99, lisans mezunu kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,01 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,18'dir (Tablo 20).

Eğitim Durumuna göre “Somut Özellikler” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=5,172$  ve  $p=,001$ ) (Tablo 19). “Somut Özellikler” bağımsız değişkenine ilkökul ve altı eğitim durumuna sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,53, ortaokul mezunu olan kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,87, lise mezunu kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,77, lisans mezunu kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,70 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,01'dir (Tablo 20).

Sonuçları incelediğimizde eğitim durumu arttıkça sunulan sağlık hizmetinden elde edilen memnuniyetinde arttığını görmekteyiz.

Tablolar incelendiğinde H10, H11 ve H12'nin kabul edildiği görülmektedir.

**Tablo 21. Gelir Düzeyi değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi**

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>df</b>	<b>Ort. Kareleri</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	Gruplar arası	9,425	3	3,142	8,188	,001
	Gruplar içi	205,642	536	,384		
	Toplam	215,067	539			
<b>Güven ve Empati</b>	Gruplar arası	7,481	3	2,494	5,267	,001
	Gruplar içi	253,776	536	,473		
	Toplam	261,257	539			
<b>Somut Özellikler</b>	Gruplar arası	6,037	3	2,012	4,112	,007
	Gruplar içi	262,312	536	,489		
	Toplam	268,349	539			

**Tablo 22. Hizmet Kalitesi Bağımsız Değişkenlerin Gelir Düzeyi değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri**

Bağımsız Değişken	Gelir Düzeyi	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
<b>Güvenilirlik ve Heveslilik</b>	500 TL ve altı	62	3,7726	,72591	,09219	3,5882	3,9569
	501–1000 TL	264	4,0409	,64489	,03969	3,9628	4,1191
	1001–1500 TL	111	3,9387	,56022	,05317	3,8334	4,0441
	1501 TL üstü	103	4,2359	,53867	,05308	4,1306	4,3412
	Toplam	540	4,0263	,63167	,02718	3,9729	4,0797
<b>Güven ve Empati</b>	500 TL ve altı	62	3,7419	,85513	,10860	3,5248	3,9591
	501–1000 TL	264	4,0498	,68222	,04199	3,9671	4,1325
	1001–1500 TL	111	3,9344	,63004	,05980	3,8159	4,0529
	1501 TL üstü	103	4,1484	,65003	,06405	4,0214	4,2754
	Toplam	540	4,0095	,69621	,02996	3,9507	4,0684
<b>Somut Özellikler</b>	500 TL ve altı	62	3,5742	,74788	,09498	3,3843	3,7641
	501–1000 TL	264	3,8758	,71061	,04373	3,7896	3,9619
	1001–1500 TL	111	3,7315	,67393	,06397	3,6048	3,8583
	1501 TL üstü	103	3,8971	,66737	,06576	3,7667	4,0275
	Toplam	540	3,8156	,70560	,03036	3,7559	3,8752

“Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkeninde verilen cevaplarla kişilerin sahip oldukları gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Gelir Düzeyine göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=8,188$  ve  $p= ,000$ ) (Tablo 21). “Güvenilirlik ve Heveslilik” bağımsız değişkenine 500 TL ve altında gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,77, 501–1000 TL gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,04, 1001–1500 TL gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,94 ve 1501 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,24’tür. (Tablo 22).

Gelir düzeyine göre “Güven ve Empati” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=5,267$  ve  $p= ,001$ ) (Tablo 21). “Güven ve Empati” bağımsız değişkenine 500 TL ve altında gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,74, 501–1000 TL gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,05, 1001–1500 TL gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların

ortalaması 3,93 ve 1501 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 4,15'tir. (Tablo 22).

Gelir düzeyine göre “Somut Özellikler” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=4,112$  ve  $p=,007$ ) (Tablo 21). “Somut Özellikler” bağımsız değişkenine 500 TL ve altında gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,57, 501–1000 TL gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,88, 1001–1500 TL gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,73 ve 1501 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilerin verdiği yanıtların ortalaması 3,90'dır. (Tablo 22).

Yapılan analiz sonucunda H13, H14 ve H15 kabul edilmiştir.

#### 4.7 Korelasyon Analizi

Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Hizmet Kalitesi alt değişkenleri arasında yapılan korelasyon analizi Tablo 23'de gösterilmektedir.

**Tablo 23. Korelasyon Analizi**

		Güvenilirlik ve Heveslilik	Güven ve Empati	Somut Özellikler
Güvenilirlik ve Heveslilik	<b>Pearson Correlation</b>	1		
	<b>Sig. (2-tailed)</b>			
	<b>N</b>	648		
Güven ve Empati	<b>Pearson Correlation</b>	,772	1	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>	,000		
	<b>N</b>	648	648	
Somut Özellikler	<b>Pearson Correlation</b>	,637	,553	1
	<b>Sig. (2-tailed)</b>	,000	,000	
	<b>N</b>	648	648	648

“Güvenilirlik ve Heveslilik” değişkeni ile “Güven ve Empati” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r = ,772$ ) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında

böyle bir ilişkinin olmasından hastanelerin güvenilir ve hizmet sunumunda hevesli olmaları hasta ve çalışanlara güven duygusu sağladığı anlamı çıkmaktadır.

“Güvenilirlik ve Heveslilik” değişkeni ile “Somut Özellikler” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r = ,637$ ) olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlar ve hastalar bir hastanede verilen hizmetin güvenilir olması ve çalışanların bu hizmetleri sunarken hevesli olması ile hastanenin somut özelliklerinin ilişkili olduğunu düşünmektedirler.

“Somut Özellikler” değişkeni ile “Güven ve Empati” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r = ,553$ ) bulunmaktadır. Hastanelerin somut özelliklerinin iyi olması, hasta ve çalışanların hastaneye güveni de olumlu yönde etkilemektedir. Aynı şekilde iyi somut özelliklere sahip olan hastanelerde çalışanların daha fazla empatik yaklaşımla hastalara yaklaşacakları düşünülmektedir.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda H16, H17 ve H18 kabul edilmiştir.

#### 4.8 Regresyon Analizi

Çalışmada Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenlerinin, hastaneyi tekrar tercih etmeleri ve başkalarına tavsiye etmeleri için Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenlerinin önem sıralarını belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 24. Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişken gruplarının regresyon analizi**

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Güvenilirlik ve Heveslilik	,296	5,265	,001
Güven ve Empati	,142	2,522	,012
SABİT	2,496	15,262	,001

Not: Multiple R: ,410; R Square: ,173; Adjusted R Square: ,171; F: 67,510; Signif F: ,001

Tablo 24 incelendiğinde F değerinin 67,510 ve Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,410 ve R Square= ,173 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişkenlerinin başında ‘Güvenilirlik ve Heveslilik’ olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta= ,296$ ). Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerini

etkileyen ikinci değişken olarak ‘‘Güven ve Empati’’ karşımıza çıkmaktadır ( $p=,012$  ve  $\beta=,142$ ). Bu iki değişken Hoşnutluk düzeyini %17 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,173$ ).

**Tablo 25. Hastaların aldıkları sağlık hizmetini başkalarına tavsiyelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişken gruplarının regresyon analizi**

DEğİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Güvenilirlik ve Heveslilik	,312	5,562	,001
Güven ve Empati	,137	2,450	,015
SABİT	2,283	14,282	,001
Not: Multiple R: ,427; R Square: ,182; Adjusted R Square: ,179; F: 71,722; Signif F: ,001			

Tablo 25 incelendiğinde F değerinin 71,722 ve Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekteştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,427 ve R Square= ,182 olarak gerçekteşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, hastaların aldıkları sağlık hizmetini başkalarına tavsiyelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişkenlerinin başında ‘Güvenilirlik ve Heveslilik’ olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta= ,312$ ). Hastaların aldıkları sağlık hizmetini başkalarına tavsiyelerini etkileyen ikinci değişken olarak ‘‘Güven ve Empati’’ karşımıza çıkmaktadır ( $p=,015$  ve  $\beta=,137$ ). Bu iki değişken Hoşnutluk düzeyini %18 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,182$ ).

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

#### 5.1 TARTIŞMA

Manisa ilinde iki devlet hastanesinde sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin hizmet kalitesini ölçmek amacıyla hem sağlık hizmeti alanlara hem de sağlık hizmeti sunanlara yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Analizler sonucu hastanelerinde sunmuş oldukları sağlık hizmeti kalitesi hem boyutlar (Güvenilirlik&Heveslilik, Güven&Empati, Somut Özellikler) bazında hem de genel olarak belirlenmiş ve kurulan hipotezler çevresinde bu değerlerin demografik özelliklerle ilişkileri değerlendirilmiştir.

Araştırmada, Hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan, Parasuraman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen Servqual Analizinin beş boyutunu “Somut Özellikler, Güvenilirlik, Güven, Empati, Heveslilik” ifade eden 22 soru ile sadece ikinci kısmı ile uygulanmıştır. Bu sayede, hastalardan almış oldukları sağlık hizmetini ve çalışanlardan ise sunmuş oldukları sağlık hizmetini değerlendirmelerini istedik.

Ancak yaptığımız faktör (geçerlilik) analizi sonucunda Hizmet kalitesini ölçümünü ifade eden beş boyut değil üç boyut elde edilmiştir. Faktör analizi sonucunda ifadelerin üç boyut altında toplandığı görülmektedir. Bunlar sırasıyla; “Güvenilirlik ve Heveslilik”, “Güven ve Empati” ve “Somut Özellikler” boyutlarıdır. Literatür taramasında bir çalışmada faktör analizi sonucunda yine üç boyut’a ulaşılmış ancak eigen değerini 1’den 0,80’e kadar indirerek faktör sayısı artırılmış ve beş boyuta ulaşılmıştır.(SEVİMLİ, 2006). Bu çalışmada 3 boyut 1 ve 1’den büyük, diğer faktörler ise 0,80’nin de altında olduğu için üç boyutta toplanmıştır. Araştırmanın bundan sonraki analizleri, hizmet kalitesinin beş boyutu değil bu araştırmaya katılanların algıladıkları üç boyut göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

Faktör analizi tablosu incelendiğinde, veri setinin üç boyut altında oluştuğu görülmektedir. Faktör analizi sonucu oluşan ilk faktörün 3,98 ortalama ile “Güvenilirlik ve Heveslilik” olarak adlandırılmıştır. Faktör analizi sonucu oluşan ikinci faktör 3,97 ortalama ile “Güven ve Empati” olarak adlandırılmıştır. Faktör analizi sonucu oluşan üçüncü faktör 3,50 ortalama ile “Somut Özellikler”dir. Bu sonuçlara göre genel bir değerlendirme yapıldığında araştırmaya katılanların “Güvenilirlik ve Heveslilik” ile ilgili düşünceleri “Katılıyorum” düzeyindedir. Aynı şekilde anketi cevaplayanların “Güven ve Empati” ile ilgili düşünceleri

orta noktanın üzerinde olarak “Katılıyorum” düzeyindedir. Diğer bir değişken olan “Somut Özellikler” için ise verilen cevaplar “Karasızım” ile “Katılıyorum” düzeyleri arasındadır.

Araştırmada, Merkez Efendi ve Manisa Devlet Hastaneleri’nde görev yapan sağlık personeli ve bu hastanelere hasta olarak başvuran kişilerin medeni durumlarına, çalışan veya hasta olmalarına ve hastanelere göre hizmet kalitesi bağımsız değişkenlerini algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan T-testi ile sınanmıştır.

Yapılan ilk T-Testinde Hizmet Kalitesi değişkenlerine verilen yanıtlar arasında medeni duruma göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Güvenilirlik ve Heveslilik” boyutu ile “Güven ve Empati” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu, “Somut Özellikler” boyutunda ise anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre, anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” ile “Güven ve Empati” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir. Bu Farklılığı incelediğimizde evlilerin sunulan ve alınan sağlık hizmeti kalitesini bekarlardan daha iyi bulduğu söylenebilir. Elde edilen bu bulgulara göre H1 ve H2 kabul edilmiştir.

İkinci T-Testinde ise İkinci T-testinde ise Hizmet Kalitesi değişkenlerine verilen yanıtlar arasında hasta veya çalışan olmalarına göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, anketi yanıtlayanların hasta veya çalışan olmalarına göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” boyutu ile “Güven ve Empati” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu, “Somut Özellikler” boyutunda ise anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında anketi yanıtlayanlardan çalışanların, hasta olanlara göre sunulan sağlık hizmeti kalitesi boyutlarına daha fazla puan verdiği dolayısıyla sunulan sağlık hizmetini hastalara göre daha kaliteli bulduğu söylenebilir. Elde edilen bu bulgulara göre H3 ve H4 kabul edilmiştir.

Yapılan son T-testinde ise Hizmet Kalitesi değişkenlerine verilen yanıtlar arasında hastanelere göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, hastanelere göre “Güvenilirlik ve Heveslilik” boyutu ile “Güven ve Empati” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu, “Somut Özellikler” boyutunda ise anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nde anketi yanıtlayanların hizmet kalitesinin bağımsız değişkenlerine verdikleri cevapların ortalaması, Manisa Devlet Hastanesi’nde anketi yanıtlayanların hizmeti kalitesinin



bağımsız değişkenlerine verdiklerin cevapların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgulara göre H5 ve H6 kabul edilmiştir.

Çalışmada 3 adet ANOVA Testi yapılmıştır. Bunlar; yaş grupları, eğitim durumu ve gelir düzeyi değişkenlerine göre Hizmet Kalitesinin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmıştır.

İlk olarak, yaş grupları değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve yaş gruplarına göre anketi cevaplayanların hizmet kalitesi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANAOVA testine göre, yaş gruplarına göre “Güvenilirlik ve Heveslilik”, “Güven ve Empati” ve “Somut Özellikler” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde hizmet kalitesi boyutlarına en yüksek puanı 41-50 yaş grubunun verdiği en düşük puanı ise 20 yaş ve altı grubun verdiği görülmektedir. Bu da bize sunulan sağlık hizmetinin gençler tarafından yeterli bulunmadığını sadece 41-50 yaş grubunun hizmet kalitesini yüksek bulduğu ortaya çıkmaktadır. İlginç bir başka nokta ise 51 yaş ve üzeri anketi cevaplayanlar tarafından hizmet kalitesine verilen puan ortalaması aşağıya doğru düşmektedir. İlk olarak yapılan ANOVA analizinden elde edilen verilere göre H7, H8 ve H9 kabul edilmiştir.

İkinci olarak, eğitim durumu değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve eğitim durumuna göre anketi cevaplayanların hizmet kalitesi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANAOVA testine göre, eğitim durumlarına göre “Güvenilirlik ve Heveslilik”, “Güven ve Empati” ve “Somut Özellikler” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde hizmet kalitesi boyutlarına en yüksek puanı Lisans üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların verdiği, en düşük puanı ise ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcıların verdiği görülmektedir. Yani eğitim düzeyi arttıkça hizmet kalitesine verilen puan da artmaktadır. Elde edilen bulgulara göre H10, H11 ve H12'nin kabul edildiği görülmektedir.

Üçüncü olarak, gelir düzeyi değişkenine göre Hizmet Kalitesi değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve gelir düzeyine göre anketi cevaplayanların hizmet kalitesi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANAOVA testine göre, gelir düzeylerine göre “Güvenilirlik ve Heveslilik”, “Güven ve Empati” ve “Somut Özellikler”

boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde hizmet kalitesi boyutlarına en yüksek puanı 1501 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip katılımcıların verdiği, en düşük puanı ise 500 TL ve altı gelir düzeyine sahip katılımcıların verdiği görülmektedir. Bu da bize gelir düzeyi yükseldikçe hizmet kalitesine verilen puan da artmaktadır. Elde edilen bulgulara göre H13, H14 ve H15'in kabul edildiği görülmektedir.

Çalışmada Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır.

“Güvenilirlik ve Heveslilik” değişkeni ile “Güven ve Empati” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olmasından hastanelerin güvenilir ve hizmet sunumunda hevesli olmaları hasta ve çalışanlara güven duygusu sağladığı anlamı çıkmaktadır.

“Güvenilirlik ve Heveslilik” değişkeni ile “Somut Özellikler” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlar ve hastalar bir hastanede verilen hizmetin güvenilir olması ve çalışanların bu hizmetleri sunarken hevesli olması ile hastanenin somut özelliklerinin ilişkili olduğunu düşünmektedirler.

“Somut Özellikler” değişkeni ile “Güven ve Empati” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Hastanelerin somut özelliklerinin iyi olması, hasta ve çalışanların hastaneye güveni de olumlu yönde etkilemektedir. Aynı şekilde iyi somut özelliklere sahip olan hastanelerde çalışanların daha fazla empatik yaklaşımla hastalara yaklaşacakları düşünülmektedir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda H16, H17 ve H18 kabul edilmiştir.

Çalışmada Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenlerinin, hastaneyi tekrar tercih etmeleri ve başkalarına tavsiye etmeleri için Hizmet Kalitesi bağımsız değişkenlerinin önem sıralarını belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişkenlerinin başında ‘Güvenilirlik ve Heveslilik’ olduğu gözlenmektedir. Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerini etkileyen ikinci değişken olarak “Güven ve Empati” karşımıza çıkmaktadır.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, hastaların aldıkları sağlık hizmetini başkalarına tavsiyelerini etkileyen Hizmet Kalitesi değişkenlerinin başında ‘Güvenilirlik ve Heveslilik’ olduğu gözlenmektedir. Hastaların aldıkları sağlık hizmetini başkalarına tavsiyelerini etkileyen ikinci değişken olarak “Güven ve Empati” karşımıza çıkmaktadır

Genel olarak sağlık işletmelerinde yapılan hizmet kalitesi ölçüm çalışmalarında hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik ve güven boyutu en önemli boyut olarak literatürde karşımıza çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde SERVQUAL analizi ile çeşitli hastane isletmelerinde yapılan çalışmalarda; Sevimli (2006), ankete katılan hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, daha sonra sırasıyla heveslilik, empati, fiziksel özellikler ve güven boyutuna önem verdikleri; Bakır (2006), hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla güven, heveslilik, fiziki özellikler ve empati boyutuna önem verdikleri; Hastaoğlu (2007), hastaların en fazla güvenilirlik boyutuna, ardından sırasıyla heveslilik, güven, empati ve fiziksel özellikler boyutuna önem verdikleri; Mohammad (2007), hastaların en çok güvenilirlik boyutuna, ardından aynı oranda güven, heveslilik ve empati boyutuna, en az da fiziksel özellikler boyutuna önem verdiklerini saptamıştır. Bu bağlamda hastane isletmelerinde “güvenilirlik” hizmet kalitesi boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine literatürde de sıklıkla rastlanmaktadır.

Çalışmamızda ise anket formumuz hazırlanırken beş boyut (Somut Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven ve Empati) esas alınarak hazırlanmış ancak faktör analizi sonucu anketi uyguladığımız evren hizmet kalitesini üç boyutta algılamıştır. Bu boyutlar; “Güvenilirlik-Heveslilik”, “Güven-Empati” ve “Somut Özellikler” olarak belirlenmiştir. Bu sebeple her iki hastanede toplanan veriler analiz edildiğinde literatürdeki çalışmalara benzer sonuçla karşılaşmaktayız. Bu çalışmada da hizmet kalitesinin en önemli boyutları “Güvenilirlik-Heveslilik” ve Güven-Empati” olarak karşımıza çıkmıştır.

Güvenilirlik-Heveslilik boyutu genel olarak; hizmetin zamanında, her zaman aynı şekilde, hatasız olarak verilmesini ve kayıtların doğru tutulmasını açıklar. Aynı zamanda çalışanların hizmet verme konusunda hazır ve istekli olmasını, zamanında ve uygun karşılık verme derecesini belirler. Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde sunulan sağlık hizmetinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve hizmetin doğru, güvenilir, istekli ve hazır bir şekilde verilmesi gerekliliği “Güvenilirlik-Heveslilik” boyutunun hastalar ve çalışanlar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır.

Araştırmada hastalar ve çalışanlar tarafından önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarından bir diğerisi ise “Güven-Empati” boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır. Görüldüğü gibi hastanın kendini sağlık hizmeti sunanlara bağımlı hissetmesi, tedavi süresinde hizmet veren sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyimlerine güvenmek istemesi, kendilerine kişisel ilgi gösterilmesini istemesi sağlık işletmelerinde “Güven-Empati” boyutunun önemini

arttırmaktadır. Bu araştırmada ‘‘Güven-Empati’’ boyutu ‘‘Güvenilirlik-Heveslilik’’ boyutundan sonra hastalar ve sağlık hizmeti sunanlar tarafından önemli bulunan hizmet kalitesi boyutu olarak tespit edilmiştir.

Diğer taraftan bu araştırmada karşımıza çıkan hizmet kalitesinin ‘‘Somut Özellikler’’ boyutu sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık hizmeti alanlar tarafından en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir. Buna göre hizmet sunumundaki fiziksel olanakları, personelin dış görünüşünü, kullanılan araç, gereç ve bunların teknolojik gelişmelere uygunluğunu anlamına gelen ‘‘Somut Özellikler’’ boyutu en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık işletmelerin hizmet kalitesinin ölçülmesi, farklı boyutlarda hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, kıt olan hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve bu yolla maliyetlerin düşürülmesi, rekabet avantajı elde etme hasta ve çalışan beklentilerinin karşılanması ya da aşılması açısından önemli faydalar sağlayacaktır.

Bu çalışmamızda da sağlık işletmesi yöneticilerine farklı boyutlarda hizmet kalitesini değerlendirme imkânı sağlanmıştır. Çalışmanın analiz sonuçlarına göre gerek sağlık hizmetini sunanlar gerekse de sağlık hizmetini alanlar en yüksek puanı ‘‘Güvenilirlik-Heveslilik’’ ve Güven-Empati’’ boyutlarına vermiş, ‘‘Somut Özellikler’’ boyutu ise en düşük puanı almıştır. Bu durumda sağlık işletmesi yöneticilerinin kalite iyileştirme faaliyetlerini öncelikle kalite algısının düşük olduğu ‘‘somut özellikler’’ boyutuna kaydırması ve kıt olan işletme kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlayacaktır.

## **5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER**

Günümüzün hızla dönüşen ve giderek daha rekabetçi hale gelen sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi önemli bir sorunluluk haline gelmiştir. Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini ölçülmesi ve değerlendirilmesi, özellikle kamu hastanelerinin sınırlı kaynakların etkin bir biçimde kullanılması ve bu yolla maliyetlerin düşürülmesi, rekabet avantajı elde edilmesi ve hasta beklentilerinin karşılanması ya da aşılması açısından da önemli katkılar sağlayacaktır.

Bu tez çalışması kapsamında yapılan araştırmada, Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Servqual ölçeğinin ikinci kısmı kullanılarak başka bir anlamda performansa yönelik sunulan hizmetin kalitesini ölçmek amacıyla sağlık hizmetini alanlara ve sağlık hizmetini sunanlara anket bu anket uygulanmıştır.

Çalışmada kullanılan anket formu beş boyut (Somut Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven ve Empati) esas alınarak hazırlanmış ancak faktör analizi sonucu anketi uyguladığımız evren hizmet kalitesini üç boyutta algılamıştır. Bu boyutlar; “Güvenilirlik-Heveslilik”, “Güven-Empati” ve “Somut Özellikler” olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da hizmet kalitesinin en önemli boyutları “Güvenilirlik-Heveslilik” ve “Güven-Empati” olarak karşımıza çıkmıştır. “Somut Özellikler” boyuta ise en az puanı alan hizmet kalitesi boyutu olmuştur.

Sağlık hizmeti tüketicisinin sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirirken, doktorun ve hemşirenin güler yüzlü, şefkatli, temiz giyimli olmalarını, ne kadar bilgili olduklarından çok daha fazla önemsemektedir. Gerçekten de, ortalama bir sağlık hizmeti tüketicisinin hizmetin kalitesinin tanımlanmasında hizmeti sunanın bilgi düzeyini ölçmesi ve değerlendirme yapması pek mümkün değildir. Hizmeti sunan görevlinin bilgi düzeyinden ziyade, işletmeye ve sağlık hizmeti sunan görevliye güven duyulması daha önemli görülmektedir.

Yapılan tanımlayıcı istatistik sonuçlarına göre, Merkez Efendi Devlet Hastanesi ve Manisa Devlet Hastanesinin sağlık hizmeti sunumunda öncelikle iletişim faktörlerine önem verdiği söylenebilir. Sağlık hizmetinin doğası gereği, tüketicinin algıladığı risk yüksektir. Yani, ortalama bir kişi sağlık hizmeti tüketmeye istekli değildir. Bu sebeple, sağlık hizmeti alacak kişiye yönelik olarak iletişim karması elemanlarının kullanılması, hem ikna olmasını kolaylaştıracak hem de kalite algılamasını yükseltecektir. İletişim karması elemanları, broşür, dergi v.b dokümanlar, sağlık hizmetinin sunulduğu ortamın görüntüsü, sağlık hizmeti sunanların mimikleri, davranışları ve söyledikleri, daha önce sağlık hizmeti almış olanların tavsiyeleri v.b. geniş bir yelpazeden oluşur. Sağlık hizmeti sunan kişi/kuruluş bu faktörleri kontrol edebildiği ölçüde, sağlık hizmetinin kalite algılamasını da büyük ölçüde kontrol etmiş olacaktır.

Hastanede görev alan ve değer yaratan tüm çalışanlara gerekli eğitimin verilmesi ve kendinden beklenen sorumluluklarını yerine getirmesi, hastanenin genel hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta tatmininin sağlanması açısından stratejik önem taşımaktadır. Çalışanlara özellikle, hastaların genel olarak memnuniyetsizliğine yol açan faktörler dikkate alınarak eğitimler verilmelidir. Hastane çalışanlarının hastalara kişisel ilgi göstermesi, hastaları beklentilerini karşılayabilecek nitelikte bilgiler vererek aydınlatılması, hastalara karşı sabırlı ve nazik olunması, hastaların algıladıkları hizmet kalitesini önemli ölçüde arttıracaktır.

Tüm bu değişkenler, hastaların gelecekteki davranışları üzerinde etkili olup, yüksek hizmet kalitesi ve hizmet değeri hastaları pozitif davranmaya sevk edecektir. Yani, hastalar

gelecekte herhangi bir hastalık durumunda yine aynı hastaneyi tercih edecek, ziyaret ettikleri hastaneyi arkadaşlarına tavsiye edecek ve kendilerini o hastanenin sadık birer müşterisi olarak adlandıracaklardır.

Bu çalışma, hastaların gelecekteki olumlu davranışlarına yani hastaneyi kullanmaya devam etmelerini sağlamak, rakip hastanelere gitmelerini engellemek adına müşteri davranışlarını etkileyen değişkenlerin bulunmasına ışık tutması açısından önemli ve hastane yöneticileri için yol göstericidir.

Hastaların sağlıklarını emanet ettikleri kurum ve kişilere güvenmelerinin oldukça önemli olduğu toplumumuzda hastanelerin hastalarını kaybetmemeleri için doğru yönetim anlayışları uygulamaları ve müşteri memnuniyetini her şeyin üzerinde tutmaları gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

PRESS, I., **Patient Satisfaction:Defining, Measuring, And Improving the Experience of Care.** Chicago:Health Adminsitration Pres, 2002

VARİNLİ, İnci ve ÇAKIR, A., “**Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki-Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma**”, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, 2004

BOZKURT, R., A, ODAMAN, “**ISO-9000 Kalite Güvence Sistemleri**”, MPM Yayınları, Ankara, 1995

PARASURAMAN, A., ZEİTHAML, V.A., Berry L.L., “**A Conceptual Model of Service Quality And Its Implications for Future Researc**”, Journal of Marketing, Vol.49, Fall, 1985

UYGUÇ, Nermin, “**Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım**” Dokuz Eylül Yayınları, İzmir, 1998

KOTLER, Philip, ARMSTORNG, Garry, “**The Principles of Marketing**”, New Jersey: Prentice Hall, 2001

RUST, R.T., ZAHORİK, A.J., KEININGHAM, T.L., **Service Marketing**, Harper Collins Collge Publishers, New York, 1996

TENEKECİOĞLU, Birol, **Makro Pazarlama**, Met Yayıncılık, Eskişehir, 1992

ÖZTÜRK, A.Sevgi, **Hizmet Pazarlaması**, İstanbul: Anadolu Üniversitesi, 1998

KARAHAN, K.,“**Hizmet Pazarlaması**”, Beta Basım A.Ş., 1. Baskı, İstanbul, 2000

ÖZTÜRK, A., Sevgi, “**Hizmet Pazarlaması**”, Ekin Kitabevi, 4. Baskı, İstanbul, 2003

LOVELOCK, C.H., “**Service Marketing: Text, Cases & Readings**”, Englewood Cliffs: Prantice Hall Inc., 1984

MUCUK İsmet, “**Pazarlama İlkeleri**”, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2001

BOZKURT, R., “**Kalite İyileştirme Araç ve Yöntemleri**”, MPM Yayınları, Ankara, 2003

MALHAN, Simten, Nermin, ÖZGÜLBAŞ, **Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması: Bir Örnek Hastane: Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi** (Ankara, Hebaral Eğitim Vakfı, 1996);116

HAYRAN, Osman. Hulki, UZ., “**Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Kavramları**”, İndirilme tarihi:17.01.2009, web:<http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm>

SERBEST, G.Nilay, **“Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması”**, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006

BULGAN, U. ve GÜRDAL, G., **“Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi?”**, Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlaması, ÜNAK’05, Kadri Has Üniversitesi, İstanbul, 2005

LIU, A.H., LEACH, M.P. ve BERNHARDT, K.L.,**“Examining Customer Value Perceptions of Organizational Buyers When Sourcing from Multiple Vendors”**, Journal of Business Research ,2005.

ODABAŞI, Y., **“Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkiler Yönetimi”**, Sistem Yayıncılık, 3. Baskı, İstanbul, 2003

SEVİMLİ, Sedef, **“Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bit Uygulama”**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006

DEVEBAKAN, N., **“Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü”**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi, İzmir, 2005

BOYER, K.K. ve HULT, G.T.M.,**“Customer Behavioral Intentions for Online Purchases: An Examination of Fulfillment Method and Customer Experience Level”**, Journal of Operations Management, 2005.

BRADY, M.K., KNİGHT, G.A., CRONİN Jr., J.J., HULT, G.T.M. ve KEİLLOR, B.D., **“Removing the Contextual Lens: A Multinational, Multi-Setting Comparison of Service Evaluation Models”**, Journal of Retailing, 2005.

ZEİTHAML, V.A., BİTNER, M.J., **“Service Marketing, İntegrating Customer Focus Across The Firm”**, İnternational Edition, McGraw-Hill Higher Education, Third Edition, New York, 2003.

DOĞAN, Muammer., **“İşletme Ekonomisi ve Yönetimi”**, Anadolu Matbaacılık, İzmir, 1998

CAN, Halil., TUNCER,D., AYHAN, D.Y., **“Genel İşletmecilik Bilgileri”**, Siyasal kitabevi, Ankara, 1995

AKAR, Çetin., ve ÖZALP, Hüseyin., **“Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim”**, Somgür Yayınları, Ankara, 1998



- YEĞİNBOY, E.,Yasemin, **“Sağlık İşletmelerinde Finansal performansın Değerlendirilmesi”**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1992
- DEVEBAKAN, Nevzat., **“Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi”**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001
- ASUNAKUTLU, Tuncer, **“Sağlık Hizmetlerinde Kalite”**, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, 2005
- AKAR, Ç. ve ÖZALP, H., **“Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”**, Ankara, 2002
- KAVUNCUBAŞI, Şahin., **“Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000
- ŞAHİN, Ümit., **“Ülkemizde Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Sorunlar ve Öneriler”**, [www.merih.net](http://www.merih.net), 2002
- AKTAN, Can., IŞIK A.Kadir.,**“Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”**,[www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf), 2009
- HAYRAN, O., SUR Haydar., **“Sağlık Hizmetleri”**, Yüce Yayım, İstanbul, 1998
- SÖZEN, Cemil., **“Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim”**, Nobel Yayım Dağıtım, Ankara, 2002
- KILIÇ, B., ve AKSAKOĞLU, Gazanfer., **“Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”**, Toplum ve Hekim Dergisi, Özel Sayı, Kasım1994 - Şubat1995
- MENDERES, M. ve ERSOY, Korkut., **“Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 2, Hacettepe Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Yayını, Ankara, 1993
- YEREBAKAN, M., **“Özel Hastaneler Araştırması”**, İstanbul Ticaret Odası, Yayın no:2000-06, İstanbul, 2000
- ÖZGÜLBAŞ, Nurgül., **“Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri”**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995
- ÖZCAN, Cihangir., **“Devlet Hastanelerinde TKY'nin Uygulanabilirliği”**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ed.Mithat ÇORUH, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997
- EREN, Nevzat., **“Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”**, Neyir Matbaa, Ankara, 1989

SEÇİM, Hikmet., **“Hastane İşletmeciliği”**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, NO:843, Eskişehir, 1995

SEÇİM, Hikmet., **“Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri”**, <http://www.merih.net/ml/hastmod2.htm>, 2009

BRASHIER, L.W., SOVER, V.E., MOTWANİ, J., SAVOIE, M., “Implementation of TQM/CQI in Health-Care Industry: A Comprehensive Model”, Benchmarking for Quality Manegement & Technology, 1996

HAYRAN, Osman., SUR Haydar., **“Hastane Yöneticiliği”**, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1997

ŞAHİN, Ümit, BEKEN, Selda, **“Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Hasta Tatmini ve İşgören Tatmini Paradigması: I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi”**, Ankara, 2000

TUZCUOĞLU, K.S., **“Her Yönüyle Pazarlama İletişimi: Bilinçlenen Tüketici ve Tüketizm Akımı”**, Mediacat Kitapları, İstanbul, 2003

ALTUNIŞIK, R., ÖZDEMİR, Ş. ve TORLAK, Ö., **“Modern Pazarlama”**, Değişim Yayınları, İstanbul, 2002

ALTUNTUĞ, K., **“Müşteri İlişkileri Yönetimi ve Web Tabanlı Hasar Yönetim istemi Yazılımının Müşteri İstekleri Doğrultusunda Geliştirilmesine Yönelik Bir Uygulama”**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Makine Eğitimi Anabilim Dalı, 2005

ÖZÇELİK, A., **“Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi (2001)”**,

MANGOLD, W. Glynn, BABAKUS, Emin, “Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Emprical Investigation”, Health Services Research, 26 (6), 1992

DEVEBAKAN, Nevzat, AKSARAYLI, Mehmet, **“Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması”**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C:5, S:1, 2003

BABAKUS, Emin, BOLLER, Gregory W., “An Emprical Assessment of the Expectations of Service Quality”, Journal of Service Marketing, 14 (1), 1992

ANDERSON, Elizabeth A., **“Measuring Service Quality at a University Health Clinic”**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 8 (2), 1995

KARAFAKIOĞLU, Mehmet, “**Sağlık Hizmetleri Planlaması**”, İşletme Fakültesi Yayın No. 271, İstanbul, 1998

JOİNT COMMISSION INTERNATIONAL, “Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları”, ABD, 2003

[http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint\\_commission\\_history.htm](http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm), 01.04.2006

ÇORUH, Mithat, “**Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCHAO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri**”, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1998

DOĞANAY, Pınar., “**Kaizen–Sürekli iyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi**”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, 2008

ENGİZ, Oğuz., “**Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini**”, içinde Osman HAYRAN Haydar SUR (editör), Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1997

ÖZSARI, Haluk., “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite**”, Modern Hastane Yönetimi, sayı:3, 1997

Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, “**Hizmet Kalite Standartları Rehberi**”, Sağlık Bakanlığı, Lazer Ofset Matbaa, Ankara, 2009

SAAT, Mesiha, “Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak SERVQUAL Analizi”, Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, C:1, S:3, Ankara, 1999

PARASURAMAN, A., ZEİTHAML, V.A., Berry L.L., “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”, Journal of Retailing, 67 (4), 1991

CARMAN, James M., “Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions”, Journal of Retailing, 66 (1), 1990

CRONIN, Joseph J., TAYLOR, Steven A., “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension”, Journal of Marketing, 1992

ERENSOY, Nazan, “Seyahat Acentalarında Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Davranış Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999

COWLING, A., NEWMAN, K., “Banking on People: TQM, Service Quality and Human Resources”, Personnel Review, 1995

JOHNSTON, R. “The Determinants of Service Quality: Satisfier and Dissatisfiers”, International Journal of Service Industry Management, 6 (5),

1995

URAL, A. ve KILIÇ, İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Detay Yayıncılık, Ankara:2005.

BAHIA, K., NANTEL, J., “A Reliable and Valid Measurement Scale for the Perceived Service Quality of Banks”, International of Bank Marketing, 18 (2), 2000

AVCI, N. Konaklama İşletmelerinde Örgütsel Öğrenme, İş Tutumları ve Örgütsel Sapma Arasındaki İlişkinin Analizi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim dalı, İzmir, 2008.

OPPEWAL, H., VRIENS, M., “Measuring Perceived Service Quality Using Integrated Conjoint Experiments”, International Journal of Marketing, 18 (4), 2000

BAKIR, Yıldız; “Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti”, Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hatay, 2006

HASTAOGLU, Seda; “Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007

MOHAMMAD, Gülsün Taşkiran; “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007

Sayın Katılımcı,

Bu anket aracılığı ile toplanan veriler, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Ana Bilim Dalında sürdürmekte olduğum yüksek lisans programının tez'inde kullanılmak üzere toplanmaktadır. Vakit ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Murat YAZGAN

X Hastanesinde verilen sağlık hizmetini sunan bir sağlık çalışanı olarak ve tecrübelerinize dayanarak, X. Hastanesinin aşağıda tarif edilen özelliklere ne derece sahip olduğunu düşününüz. Aşağıda yer alan ölçeği kullanarak her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi belirtiniz. Örneğin, ... Hastanesinin söz konusu özelliğe "kesinlikle sahip olmadığını" düşünüyorsanız 1, "kesinlikle sahip olduğunu" düşünüyorsanız 5 numarayı işaretleyiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum      Katılmıyorum      Kararsızım      Katılıyorum      Kesinlikle Katılıyorum

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

İki uçta değilseniz, lütfen söz konusu özellik için düşündüğünüz gereklilik derecesine göre iki uç arasında hangisine daha yakın hissettiğinizi dikkate alarak en uygun gelen değeri işaretleyiniz.

1	X Hastanesinin modern görünümlü aletleri ve donanımları vardır.	①	②	③	④	⑤
2	X Hastanesinin binaları görsel olarak çekicidir.	①	②	③	④	⑤
3	X Hastanesinin çalışanları düzgün görünüşlüdür.	①	②	③	④	⑤
4	X Hastanesi sağlık hizmeti sunumunda uygun araç gereç kullanır.	①	②	③	④	⑤
5	X Hastanesinin sağlık hizmeti sunumunda kullanılan araç gereçler yeni ve temizdir.	①	②	③	④	⑤
6	X Hastanesi söz verdiği hizmeti yerine getirir.	①	②	③	④	⑤
7	X Hastanesinde hastalarının bir problemi olduğunda ilgili personel problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.	①	②	③	④	⑤
8	X Hastanesi sağlık hizmetini söz verdikleri zamanında yerine getirirler.	①	②	③	④	⑤
9	X Hastanesi sağlık hizmetini ilk anda yerine getirir.	①	②	③	④	⑤
10	X Hastanesi kayıtları doğru tutar.	①	②	③	④	⑤
11	X Hastanesi çalışanları sağlık hizmetinin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini söylerler.	①	②	③	④	⑤
12	X Hastanesi hastalarına hızla sağlık hizmet verir.	①	②	③	④	⑤
13	X Hastanesi çalışanları (doktor, hemşire, sekreter vb.) her zaman hastaya yardım etmeye isteklidir.	①	②	③	④	⑤
14	X Hastanesi çalışanları hastaların ricalarına mutlaka yanıt verirler.	①	②	③	④	⑤
15	X Hastanesi çalışanlarının davranışları hastaların güven duymasını sağlar.	①	②	③	④	⑤
16	X Hastanesinde hastalar sağlık hizmetine ilişkin işlemlerde güven hissederler.	①	②	③	④	⑤
17	X Hastanesi çalışanları hastalarına karşı kibardır.	①	②	③	④	⑤
18	X Hastanesi çalışanları hastalarının sorunlarını yanıtlayacak bilgiye sahiptir.	①	②	③	④	⑤
19	X Hastanesi çalışanları hastalarına bireysel ilgi gösterir.	①	②	③	④	⑤
20	X Hastanesi çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.	①	②	③	④	⑤
21	X Hastanesi çalışanları hastalarının çıkarları için candan ilgilenir.	①	②	③	④	⑤
22	X Hastanesinin tüm hastaları için uygun çalışma saatleri vardır.	①	②	③	④	⑤

Lütfen arka sayfaya geçiniz...



23) Sağlık hizmeti sunduğunuz bu hastaneyi rahatsızlanmanız durumunda tercih eder misiniz?

( 5 ) ( 4 ) ( 3 ) ( 2 ) ( 1 )  
"Kesinlikle Ederim" "Ederim" "Kararsızım" "Etmem" "Kesinlikle Etmem"

24) Sağlık hizmeti sunduğunuz bu hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz?

( 5 ) ( 4 ) ( 3 ) ( 2 ) ( 1 )  
"Kesinlikle Ederim" "Ederim" "Kararsızım" "Etmem" "Kesinlikle Etmem"

25) Cinsiyetiniz:

( ) Bay  
( ) Bayan

26) Medeni Haliniz:

( ) Evli  
( ) Bekar

27) Yaşınız:

( ) 20 ve altı ( ) 21-30 ( ) 31-40 ( ) 41-50 ( ) 51 ve üstü

28) Eğitim Durumunuz:

( ) İlk Okul ve Altı ( ) Orta Okul ( ) Lise ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans

29) Mesleğiniz:

( ) Memur ( ) İşçi ( ) Serbest  
( ) Özel Sektör ( ) Ev Hanımı ( ) Öğrenci  
( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( ) Diğer

30) Gelir Düzeyiniz (Aylık Ortalama):

( ) 500 YTL ve altı  
( ) 501 - 1000 YTL  
( ) 1001 - 1500 YTL  
( ) 1501 - 2000 YTL  
( ) 2000 YTL'den fazla

Sayın Katılımcı,

Bu anket aracılığı ile toplanan veriler, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Ana Bilim Dalında sürdürmekte olduğum yüksek lisans programının tez'inde kullanılmak üzere toplanmaktadır. Vakit ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Murat YAZGAN

X Hastanesinde verilen sağlık hizmetini kullanan bir hasta olarak ve tecrübelerinize dayanarak, X Hastanesinin aşağıda tarif edilen özelliklere ne derece sahip olduğunuzu düşününüz. Aşağıda yer alan ölçeği kullanarak her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi belirtiniz. Örneğin, ... Hastanesinin söz konusu özelliğe "kesinlikle sahip olmadığını" düşünüyorsanız 1, "kesinlikle sahip olduğunuzu" düşünüyorsanız 5 numarayı işaretleyiniz.

İki uçta değilseniz, lütfen söz konusu özellik için düşündüğünüz gereklilik derecesine göre iki uç arasında hangisine daha yakın hissettiğinizi dikkate alarak en uygun gelen değeri işaretleyiniz.

Kesinlikle  
Katılmıyorum      Katılmıyorum      Kararsızım      Katılıyorum      Kesinlikle  
Katılıyorum

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	1	2	3	4	5
1	X Hastanesinin modern görünümlü aletleri ve donanımları vardır.				
2	X Hastanesinin binaları görsel olarak çekicidir.				
3	X Hastanesinin çalışanları düzgün görünüşlüdür.				
4	X Hastanesi sağlık hizmeti sunumunda uygun araç gereç kullanır.				
5	X Hastanesinin sağlık hizmeti sunumunda kullanılan araç gereçler yeni ve temizdir.				
6	X Hastanesi söz verdiği hizmeti yerine getirir.				
7	X Hastanesinde hastalarının bir problemi olduğunda ilgili personel problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.				
8	X Hastanesi sağlık hizmetini söz verdikleri zamanında yerine getirirler.				
9	X Hastanesi sağlık hizmetini ilk anda yerine getirir.				
10	X Hastanesi kayıtları doğru tutar.				
11	X Hastanesi çalışanları sağlık hizmetinin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini söylerler.				
12	X Hastanesi hastalarına hızla sağlık hizmet verir.				
13	X Hastanesi çalışanları (doktor, hemşire, sekreter vb.) her zaman hastaya yardım etmeye isteklidir.				
14	X Hastanesi çalışanları hastaların ricalarına mutlaka yanıt verirler.				
15	X Hastanesi çalışanlarının davranışları hastaların güven duymasını sağlar.				
16	X Hastanesinde hastalar sağlık hizmetine ilişkin işlemlerde güven hissederler.				
17	X Hastanesi çalışanları hastalarına karşı kibardır.				
18	X Hastanesi çalışanları hastalarının sorunlarını yanıtlayacak bilgiye sahiptir.				
19	X Hastanesi çalışanları hastalarına bireysel ilgi gösterir.				
20	X Hastanesi çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.				
21	X Hastanesi çalışanları hastalarının çıkarları için candan ilgilenir.				
22	X Hastanesinin tüm hastaları için uygun çalışma saatleri vardır.				

Lütfen arka sayfaya geçiniz...



23) Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi tercih etme nedeninizi işaretleyiniz. Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eski hastaların tavsiyesi                        | <input type="checkbox"/> Eski hastası olma                 |
| <input type="checkbox"/> Doktoru tanıma                                   | <input type="checkbox"/> Hastanede bir yakınının çalışması |
| <input type="checkbox"/> Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması | <input type="checkbox"/> Rast gele kendi seçimi            |
| <input type="checkbox"/> Diğer  |  |

24) Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?

- |                     |          |              |         |                    |
|---------------------|----------|--------------|---------|--------------------|
| ( 5 )               | ( 4 )    | ( 3 )        | ( 2 )   | ( 1 )              |
| "Kesinlikle Ederim" | "Ederim" | "Kararsızım" | "Etmem" | "Kesinlikle Etmem" |

25) Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz?

- |                     |          |              |         |                    |
|---------------------|----------|--------------|---------|--------------------|
| ( 5 )               | ( 4 )    | ( 3 )        | ( 2 )   | ( 1 )              |
| "Kesinlikle Ederim" | "Ederim" | "Kararsızım" | "Etmem" | "Kesinlikle Etmem" |

#### DEMOGRAFİK BİLGİLER:

- 1) Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
- 2) Medeni Haliniz:  Evli  Bekar
- 3) Yaşınız:  20 ve altı  21-30  31-40  41-50  51 ve üstü
- 4) Eğitim Durumunuz:  İlk Okul ve Altı  
 Orta Okul  
 Lise  
 Lisans  
 Yüksek Lisans
- 5) Mesleğiniz:  Memur  İşçi  Serbest  
 Özel Sektör  Ev Hanımı  Öğrenci  
 Çalışmıyor  Emekli  Diğer
- 6) Aylık Gelir Düzeyiniz:  500 YTL ve altı  
 501 - 1000 YTL  
 1001 - 1500 YTL  
 1501 - 2000 YTL  
 2000 YTL'den fazla