T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

YATAN HASTALARDA BEKLENEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: HAYDARPAŞA NUMUNE HASTANESİ UYGULAMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

İbrahim ÖZTÜRK

EDİRNE, 2018

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi İbrahim ÖZTÜRK tarafından tez başlığı "**Yatan Hastalarda Beklenen Ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Haydarpaşa Numune Hastanesi Uygulaması**"olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınav 06/04/2018 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza

Doç. Dr. Emre ATILGAN

JÜRİ BAŞKANI

İmza

Doç. Dr. Zafer ÇALIŞKAN

ÜYE

İmza

Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.....

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana her konuda yardımcı olan, tezimin hazırlanmasında her türlü emeğini ve desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan desteğini esirgemeyen sevgili eşim Elif URUÇ ÖZTÜRK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **HİZMET, KALİTE VE HİZMET KALİTESİ KAVRAMLARI** 3
- **SAĞLIK HİZMETLERİ** 15
- **HİZMET SUNAN İŞLETMELER OLARAK HASTANELER** 20
- **SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE** 23
- **SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ** 26

GEREÇ VE YÖNTEMLER 29

BULGULAR 39

TARTIŞMA 58

SONUÇLAR 62

ÖZET 64

SUMMARY 66

KAYNAKLAR 68

ŞEKİLLER LİSTESİ 73

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AHKO:	Algılanan Hizmet Kalite Ortalaması
ARGE:	Araştırma ve Geliştirme
BHKO:	Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
KS:	Kolmogorov-Smirnov Z Testi
KW:	Kruskal-Wallis
MW:	Mann Witney U Testi
₺**:**	Türk Lirası

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşamın her alanında meydana gelen değişim ve gelişimler tamamı ile insan ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik gerçekleşmektedir. İhtiyaçlar doğrultusunda yaşanan bu değişimler neticesinde yine insan ihtiyaçları sürekli değişmekte ve "daha iyisi"ne sahip olmak, birey için önemli olmaktadır. Bu durum işletmeleri etkilemekte ve 'daha iyi' olanı üretme çabasını ortaya çıkararak işletmeleri rekabet ortamına sürüklemektedir. Bu rekabet ortamında farklı özelliklere sahip çeşitli ürün ve hizmetlerle karşılaşan tüketici bilinçlenmekte ve seçici olmaktadır. Tüketici tarafından tercih edilebilirliği artırmak adına nitelikli mal ve hizmet üretimi önem kazanmakta, bu da kalite kavramına olan ilgiyi artırmaktadır (1,2).

Kalite kavramına yönelik artan ilgi, sağlık sektörünü de önemli derecede etkilemiştir. Bilgi ve bilinç düzeyi gün geçtikçe artan sağlık kullanıcısı, kendisi için hayati öneme sahip olan, sağlığı koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini kullanırken oldukça seçici davranmakta ve sağlık işletmeleri arasında rekabetin gün geçtikçe artmasına sebep olmaktadır. Sağlık kullanıcısının istek ve beklentileri sürekli olarak artmakta ve beklentilerdeki bu artış sağlık işletmelerinde, hizmet kalitesinde gelişme sağlayabilmek için sürekli çalışmalar yapmayı zorunlu kılmaktadır (3).

Sağlık sektörü oldukça karmaşık yapıya sahiptir ve anlaşılması zor, belli bir bilgi düzeyi gerektiren bir yapıdadır. Sağlık kullanıcılarının sağlık konusunda bilinç düzeyi ve seçiciliği artsa da, yine sağlık konusundaki bilgi düzeyi her zaman için sınırlıdır. Bu sınırlılık sağlık kullanıcısının almış olduğu sağlık hizmetini değerlendirebilmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum, sağlık kullanıcısının yeterli bilgiye sahip olmayarak yararlandığı sağlık hizmetlerini nasıl algıladığı konusunun önemini ortaya çıkarmaktadır (3,4).

Sağlık işletmeleri açısından en öncelikli amaç hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin en üst düzeyde sağlanmasıdır. Hizmet sunumunda kalitenin sağlanması için bu ihtiyaç ve beklentilere göre hizmet planlamasının yapılması gerekmektedir. Sağlık işletmesinin sektör içerisinde rekabet avantajı sağlaması adına ihtiyaç ve beklentilerin göz önünde bulundurularak hareket edilmesi zaruridir. Sağlık sektöründeki karmaşık yapı sebebiyle tüketicinin algı düzeyi her zaman karmaşıktır ve her bireyin algısı birbirinden farklı olmaktadır. Bu sebeple sağlık kullanıcısının algı düzeyinin tanımlanması ve ölçülmesi zordur, ancak sağlık hizmetleri açısından kalitenin geliştirilebilmesi adına bu ölçümün sağlanması kaçınılmazdır (1).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ve hastaların bu kaliteye yönelik algılarının önem kazanması, araştırmacıları bu konuda ölçüm yapmayı sağlayacak yöntemler geliştirmeye itmiştir. Bu anlamda çok sayıda yöntem geliştirilmiştir. Bu çalışmada, bu ölçüm yöntemlerinden biri olan ve yaygın olarak kullanılan; Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçüm yöntemi kullanılmıştır.

Bu çalışmada; sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumunun, sağlık kullanıcılarının istek ve beklentilerinin karşılanabilmesinin, algı düzeylerinin ölçülmesinin öneminden bahsedilmiştir. Çalışmada; sağlık kullanıcılarının sağlık hizmetlerine yönelik beklentileri ile almış oldukları sağlık hizmetlerine yönelik algının karşılaştırılarak, hastanın demografik özelliklerinin hasta beklenti ve algıları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

HİZMET, KALİTE VE HİZMET KALİTESİ KAVRAMLARI

Bu bölümde, hizmet kavramına yönelik tanımlara, hizmetlerin özellikleri ve hizmet sınıflandırılmasına; kalite kavramının tanımı, kalite boyutları ve kalite kavramının tarihsel gelişimine; sonrasında ise hizmet kalitesi kavramına, hizmet kalitesinin boyutlarına ve yine hizmet kalitesini etkileyen faktörlere değinilecektir.

Hizmetin Tanımı

İçerisinde bulunduğumuz çağda her alanda önemli değişimler gerçekleşmektedir. Makineleşmenin, sanayileşmenin önem kazandığı yıllarda üretim sektörü oldukça önem arz etmekteydi. Geride kalan zaman içerisinde üretim sektörünün sahip olduğu bu önem giderek hizmet sektörünün eline geçmiştir. Hizmet sektörünün kazandığı bu önem gün geçtikçe artmaktadır (5,6).

Hizmet kavramının ortaya çıktığı zamanlarda Karl Marx ve Adam Smith gibi klasik iktisatçılar, hizmet sektörlerini yararlı olmayan, verimsiz faaliyetler olarak değerlendirmişlerdir. Konuya ilişkin yeterli araştırma yapılmaması nedeniyle bu düşünce uzun yıllar devam etmiştir. Fisher(1939) ve Clark(1951), ekonomik gelişme analizlerini sektörlerin büyüklüklerine dayandırmışlar ve öngörülere göre hizmet sektörü ekonominin hâkim sektörü olacaktır. Yaşanan teknolojik devrimler ve dünya çapında ekonominin yeniden yapılandırılması, gelişmiş toplumlarda köklü değişimlere sebep olmuştur. Bu değişimler neticesinde mallardan hizmetlere keskin bir dönüş yaşanmıştır (7).

Hizmet kavramının farklı tanımları mevcuttur;

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmet kavramını; "satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar ya da doygunluklar" olarak tanımlamıştır. Yapılan bu tanımlamada mallar ile hizmetler arasındaki farkın ortaya konulmaması eksiklik olarak görülmüştür. Amerikan Pazarlama Birliği daha sonra hizmet kavramını genişleterek bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemleri de hizmet olarak tanımlamıştır. Amerikan Pazarlama Birliği'ne göre hizmet kavramı, soyut (elle tutulamayan, gözle görülemeyen) mallardır (8).

P, Kotler ve G. Armstrong'a göre hizmet; "Esas itibariyle maddi olmayan, dokunulamayan ve hiçbir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan bir faaliyettir. Dünya ekonomisindeki önemlerinden dolayı, hizmetlere özel önem verilmektedir. Hizmetler; sunulan etkinlikler, faydalar veya memnuniyetsizliklerden oluşan bir ürün şeklidir. Satılamaz ve herhangi bir şeyin sahipliğini sağlamamaktadır" (9).

H. Savaş ve A.G. Kesmez'e göre;"Bir üretim sürecinin çıktısı olarak hizmet; insan ve makineler tarafından insanların faydası için üretilen, üretim ve tüketiminin eş zamanlı olduğu, heterojen nitelikte ve fiziksel olmayan ürünlerdir" (10).

Hizmet, ekonomide fiziksel özelliğe sahip malın tersine, elle tutulamayan ve saklanması mümkün olmayan, insan ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik olarak üretilen veya organize edilen, turizm, haberleşme, danışmanlık gibi faaliyetlerdir (11).

Hizmet terimine dair geçmişten bugüne farklı tanımlar yapılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hizmetin tarihsel tanımları (12)

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

Tablo 1. Hizmetin tarihsel tanımları (12) (devamı)

Çağdaş yorumlar	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet; Bir tarafın diğer tarafa sunduğu, üretimi fiziksel bir ürüne bağlı veya bağlı olmayan, asıl olarak gayri maddi ve sonuçta belli bir şeyin mülkiyetinin geçmediği faaliyet veya yararlar; Zaman, yer, biçim ve psikolojik bakımdan yarar meydana getiren ekonomik faaliyetler; Gayri maddi olan ve gereksinimleri gideren tüm faaliyetler; Bir faaliyetin temel amacı veya unsuru olarak tüketici isteklerini giderici nitelikte, belirlenebilen soyut çabalar; Üretildiği anda alıcıya değer aktaran soyut bir ürün.

Hizmetin Özellikleri

Hizmet kavramının literatürdeki tanımları incelendiği zaman, bu tanımların birbirinden farklılık gösterdiği görülmektedir. Tanımlardaki bu farklılık, genel anlamda hizmetin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmet sektörü dünden bugüne önemini artırmış ve işletmeler açısından göz ardı edilemeyecek boyuta ulaşmıştır. Günümüz şartlarında işletmelerin, piyasada tutunabilmeleri için hizmet sektörüne gereken önemi vermeleri ve gerekli yatırımı yapmaları gerekmektedir. Hizmet sektörü ile ilgili çalışma yapılırken bu sektörün özellikleri göz önünde bulundurulmalı ve işletmenin geleceğine yönelik planlamalar yapılırken hizmet sektörünün özellikleri baz alınmalıdır (13,14).

Hizmet sektörünün kendine özgü özellikleri; hizmetin geliştirilmesini ve tüketiciye sunulmasını etkilemektedir. Bu özellikler maddeler şu şekilde sıralanabilir (15):

- Hizmetler depolanamaz, üretildikleri anda tüketilirler.
- Hizmetler soyuttur ve satın alanlar için fayda sağlarlar.
- Hizmetlerin üretim sürecine müşteri de katılır.
- Hizmetler değişken, standart olmayan fayda sağlarlar.
- Üretici ile müşteri arasında yoğun bir iletişim vardır.
- Fiyatlama seçenekleri daha detaylıdır.
- Hizmet kalitesinin ölçülmesi sübjektiftir.
- Hizmet üretimi emek yoğundur.
- Hizmetler için kitle üretimi yapılamaz.

- Kalite kontrolü temel olarak süreç kontrolü ile sınırlıdır.
- Hizmetin üretimi ve tüketimi aynı yerde gerçekleşir.
- Hizmetler patent vasıtasıyla korunamaz.

Hizmet kavramına yönelik yukarıda yer alan özelliklere çok sayıda ekleme yapılabilir. Ancak genel anlamda beş temel özellikten bahsedilmektedir. Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir; soyutluk, üretimle tüketimim birbirinden ayrılamaması(ayrılmazlık), standardizasyon zorluğu (değişkenlik), dayanıksızlık ve mülkiyetin devredilememesidir (sahipliğin olmaması) (16).

1. Soyutluk: Hizmet kavramına ait olan soyutluk özelliği; hizmetin elle dokunulamaz, gözle görülemez, duyu organlarıyla algılanamaz, herhangi bir ölçü birimi ile ifade edilemez, sergilenemez, paketlenemez ve taşınamaz olmasını ifade etmektedir. Bu sebeple hizmetler dayanıksız olarak nitelendirilmektedir. Hizmetler, tüketiciye sunulmadan önce çok sayıda üretilerek saklanamazlar. Örnek olarak bir konser veya uçakta boş kalan koltukların saklanarak daha sonra tüketiciye sunulması mümkün değildir. Bir hizmetin sunumu sonrasında tüketilmemesi sebebiyle ortaya çıkacak olan ekonomik kayıplar sonrasında giderilememektedir (6).

2. Ayrılmazlık: Hizmetin ayrılmazlık özelliği, hizmetlerin eş zamanlı olarak üretilmekte ve tüketilmekte olduğunu ifade etmektedir. Hizmetler tüketicinin isteği doğrultusunda üretilmektedir. Bu sebeple kitlesel bir üretim söz konusu olamamaktadır. Hizmetler, hizmeti sağlayan kişiden ayrılamamakta ve bu durum ise hizmet konusunda yüz yüze iletişimin önemini artırmaktadır. Ürünler önce üretilir ve sonrasında satın alınarak tüketilir. Hizmetler ise önce satılır ve sonrasında üretilmesiyle beraber tüketilir. Üretim ve tüketimin eş zamanlı olması, tüketim esnasında hizmeti üretenin de hizmet ortamında bulunması demektir. Örnek olarak, bir doktor hastasıyla bir araya gelmeden sağlık hizmetini sağlayamaz ya da bir öğretmen öğrencisiyle aynı zamanda aynı ortamda bulunmadan eğitim hizmetini veremez. Yani hizmetler önce satılır, sonrasında ise üretim ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşir (6).

Hizmetlerin üretildiği anda tüketilmesi, müşterinin hizmet sürecinin bir parçası olduğu anlamına gelmektedir. Hizmet sürecinin bu şekilde gerçekleşmesinin sonucu olarak hizmet üreten taraf kendisini ortaya konan hizmetin bir parçası; hizmetin alıcıları ise hizmet sürecinin önemli bir girdisi olarak görmektedir. Tüketiciler hizmetin üretilmesi sürecinde bulunmakta ve bu süreci etkilemektedirler. Bununla beraber hizmet üretim aşamasında

bulunan diğer tüketiciler de birbirlerinin deneyim ve beklentilerini büyük ölçüde etkileyebilmektedir (17).

3. Değişkenlik: Hizmet kavramının kendine özgü bir diğer özelliği ise değişken olmasıdır. Hizmetler genel olarak insanlar tarafından üretilirler ve bu sebeple aynı hizmetin birbirinden farklı iki sunumunun da aynı özelliklere sahip olması beklenemez. Sunulan hizmetin kalitesi ve içeriği hizmeti oluşturan kişiye göre, tüketicilere göre, hatta bir günden bir güne değişebilir. Hizmet performansı ve hizmet algısı kişilere, zamana ve mekâna göre sürekli olarak değişebilmektedir. Ortaya konan hizmetin bir standardı yoktur ve bu hizmet büyük ölçüde değişkenliğe sahiptir (18).

Hizmetlerin niteliği, nerede, ne zaman ve nasıl sunulduğuyla beraber, hizmeti ortaya koyan kişiye bağlıdır. Bireyler oldukça fazla değişkenlik gösterebilmektedirler. Aynı niteliklere sahip hizmetin kişiden kişiye farklılık gösterdiği gibi, aynı birey dahi farklı zamanlarda farklı nitelikte hizmet üretebilmektedir. Bireyin hizmeti üretme ve sunma durumu; kişinin moral ve motivasyonuna, sahi olduğu iş yüküne, hizmet alıcısının hizmetle ilgili işbirliği yapma derecesine ve kişilik özelliklerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (19).

4.Dayanıksızlık: Hizmetlerin dayanıksızlık özelliği; stoklanamaması, iade edilememesi ve tekrardan satılamamasından ileri gelmektedir. Hizmet sektöründe hizmete olan talepte sürekli bir değişim, dalgalanma söz konusudur. Hizmetlere olan talep; yıldan yıla, mevsimden mevsime, aydan aya hatta gün içerisinde ve saatten saate değişiklik gösterebilmektedir. Hizmete olan talepteki söz konusu değişiklik, hizmetin dayanıksızlığının artmasına sebep olmaktadır (19).

5. Mülkiyetin olmaması: Hizmet sektöründe hizmete sahip olma durumu söz konusu değildir. Bu sebeple sahi olunamayan hizmetin devredilmesi mümkün olmamaktadır. Üretilen hizmetin kullanılması için belli bir süre tanınmaktadır ve bu süre içerisinde hizmetin kullanımından fayda sağlanmaktadır (20).

Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmet kavramı oldukça geniş bir yapıya sahiptir ve bununla beraber çok sayıda farklı türde hizmetin varlığından söz edilebilir. Hizmetlerin sahip olduğu bu karmaşık yapı sebebiyle hizmetlerin sınıflandırılması gerekmektedir. Hizmet kavramının sınıflandırılması, bu kavramın anlaşılmasının kolaylaşması açısından gerekli olmaktadır. Hizmetin

sınıflandırılması konusunda hizmeti alan kişi, hizmetin üretim amacı ve pazar gibi hususlar göz önünde bulundurulmaktadır (14).

Ekonomik ve sosyal alanda yaşanan gelişmelerle beraber yeni hizmet alanları ortaya çıkmakta ve bu durum gün geçtikçe hızlanmaktadır. Sürekli olarak yeni hizmet alanları belirlenmekte ve bu hizmet alanları oluşturulan istatistiksel sınıflandırmalara dahil edilmektedir. Bu durum hizmetlerin sınıflandırılması ve bu sınıflandırmanın analiz edilmesi konusunda oldukça zorluk yaşatmaktadır. Hizmetlerin sınıflandırılması konusunda çok sayıda yaklaşımdan söz edilebilmektedir (21).

Hizmetlere yönelik yapılan sınıflandırmalar dört grupta incelenebilmektedir (22):

1. Hedef pazara göre sınıflandırma; hedef pazara yönelik sınıflandırmada, hizmetin arz edildiği tüketici grubunun özellikleri göz önünde bulundurulmakta ve hizmetler buna göre incelenmektedir.
2. Hizmet sunan tarafa göre sınıflandırma; bu sınıflandırmada hizmetler; üretimi insana dayalı hizmetler ve üretimi araçlara dayalı hizmetler iki açıdan ele alınabilmektedir.
3. Hizmeti tüketen tarafa göre sınıflandırma; bu sınıflandırma, hizmetin sunumu sırasında alıcının hazır olup olmaması durumuna göre gruplandırılmaktadır.
4. Mal veya hizmete olan bağımlılığa yönelik sınıflandırma; burada hizmetler yine bağlı hizmetler ve saf hizmetler olarak iki gruba ayrılabilir.

Bu ve benzer şekilde hizmetlerin sınıflandırılması çok çeşitli olarak yapılmaktadır ve bu sınıflandırmanın çok sayıda olması; hizmetin yapısındaki karmaşıklıktan kaynaklanmaktadır. Hizmet alanlarında söz konusu olan gelişme devam ettikçe yapılan hizmet sınıflandırmalarında göz önünde bulundurulan kriterler değişecektir. Ancak sağlık, yeme içme, barınma gibi temel hizmet alanlarının öneminin azalması mümkün görünmemektedir. Bunların tümü, hizmetlerin sınıflandırılması konusundaki önceliklere yönelik fikir vermektedir (14).

Kalite Kavramı

Kalite kavramı, son yıllarda artık tüm sektörlerde önemini göstermeye başlamıştır. Kalite kavramı işletmeler için kritik bir öneme sahip olmuş ve tüketicinin tercih sebebini belirler duruma gelmiştir. Kaliteyi artırmaya yönelik en önemli unsur, hizmeti ortaya koyan tarafın, hizmet üretim ve sunum aşamasındaki yetersizliklerini tanıma ve ortaya konan

hizmetin kalitesini geliştirmeye yönelik yapılacak planlama için hizmeti tüketenlerden geri bildirim almasıdır (18).

Kalitenin Tanımı

Kalite kavramı, tüketici beklentilerinin en üst seviyede karşılanmasını ifade etmektedir. Mal ve hizmet üreten işletmeler sürekli olarak daha iyiye ulaşma çabası içerisinde olmalıdır. Kalite ile ilgili olarak literatürde bulunan bazı tanımlar şu şekildedir (23):

- ✓ "Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılayabilme kabiliyetine dayanan özelliklerinin toplamıdır" (ISO 8402).
- ✓ "Kalite, bir mal ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir" (Avrupa Kalite Organizasyonu).
- ✓ "Kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerinin toplamıdır" (Amerikan Kalite Derneği).
- ✓ "Kalite, bir ürünün gereklere uygunluk derecesidir" (P. Crosby).
- ✓ "Kalite, ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır" (G.Taguchi).
- ✓ "Kalite, müşteriyi tatmin etmektir."
- ✓ "Kalite, verimliliktir."
- ✓ "Kalite, önlem almaktır."
- ✓ "Kalite, esnek olmaktır."
- ✓ "Kalite, yatırımdır."
- ✓ "Kalite, sonu olmayan bir süreçtir."
- ✓ "Kalite, kusursuzluk arayışına sistemli bir yaklaşımdır."
- ✓ "Kalite, gelecektir."
- ✓ "Kalite önlemdir. Sorunlar ortaya çıkmadan önleminin alınmasını sağlar."
- ✓ "Kalite etkili olmaktır."
- ✓ "Kalite bir programa uymaktır."

Kalite kavramına yönelik literatürde çok sayıda tanım mevcuttur ancak bu tanımlar arasında farklılıklar görülmektedir. Kalite kavramı daha önceleri en güzel,en iyi gibi sıfatlarla anılmaktaydı. Teknik açıdan bakıldığında ise, spesifikasyonlara göre, optimum seviye gibi terimlerle tanımlanmaktaydı. Ancak günümüz şartlarında bir mal veya hizmeti satabilmek için öncelikle tüketici grubun belirlenmesi ve bu grubun ihtiyaçlarına yönelik bir mal veya hizmet

üretimi söz konusu olmaktadır. Bu anlamda kalitenin günümüzdeki tanımı, tüketici beklentilerini karşılayan özellikler olarak ifade edilmektedir. Üretilecek olan bir mal veya hizmetin herkese hitap etmesi beklenemez. Bu sebeple üretimden önce hedef tüketici grubu belirlenmeli ve bu grup tarafından istenilen özelliklere sahip mal ve hizmetler üretilmelidir. Bu durumda üretilen mal veya hizmet tüketici grup için istenen kalitede olacaktır. Burada amaç en iyiyi, en güzeli oluşturmak değil, tüketici gruba hitap edecek, satılabilecek mal veya hizmeti üretmektir (24).

Kalite kavramı, tüketicilerin mal ve hizmetlere yönelik beklentilerinin karşılanması ve hatta beklentilerinden fazlasının verilmesi olarak kabul edilebilir. Kalite kavramı günümüze kadar önemini artırarak gelmiş ve günümüzde, bir işletmede çalışan tüm bireylerin sorumluluğu haline gelmiştir. Bununla beraber kalite yalnızca işletme içerisindeki üretim aşamasında değil, bununla beraber mal veya hizmetin ortaya konduktan sonra tüketiciye ulaşana kadarki tüm aşamalarda yine önem arz etmektedir. Dünden bugüne kalite teknik bir uygulama olmaktan çıkarak, işletmeler için bir felsefe durumuna gelmiştir (25).

Üretilen mal ve hizmete yönelik tüketici tarafından oluşacak memnuniyetsizliğin, işletmeye yönelik oluşturduğu bir maliyet söz konusudur. Oluşan bu maliyet, mal veya hizmetin geliştirilmesine yönelik ölçüt olarak kullanılmaktadır. Mal veya hizmetin kalitesinde meydana gelecek olan gelişme, tüketiciyi tatmin edecek ve talebin artmasını sağlayacaktır. Bu anlayış, işletmelerin rekabet avantajı elde etmelerini sağlamakta ve sürekli olarak kaliteyi geliştirmeye yönlendirmektedir (26).

Üretim Açısından Kalite

Kalite kavramı, üretim açısından şu şekilde incelenebilmektedir (27);

1. Ürüne dayalı tanımlama: ürünün neyi, ne kadar içerdiği ile ilgilidir.
2. Üretime dayalı tanımlama: üretilen ürün için belirlenen standartların ne kadarının gerçekleştiği ile ilgilidir. Bu görüşe göre; kalite, ihtiyaçlara uygunluktur.
3. Kullanıcı-müşteriye dayalı tanımlama: kullanıcı- müşteri açısından ürünün amaca uygunluğudur.
4. Değere dayalı tanımlama: üretime dayalı ve müşteriye dayalı tanımlamaların birleşimidir. Müşterinin, beklediği özelliklere sahip bir ürüne, kabul edilebilir bir maliyet ve fiyat ile sahip olmasına dayanır.

Hizmetler Açısından Kalite

Hizmetler açısından kaliteyi inceleyeceğimiz zaman, hizmet kavramının üç önemli özelliği göz önünde bulundurulmalıdır. Soyutluk, heterojenlik ve bütünlük (28).

- Soyutluk: hizmetler ölçülemez, sayılamaz, depolanamazlar bu sebeple soyutturlar.
- Heterojenlik: hizmetler, farklı ihtiyaçlara sahip tüketiciler içindir.
- Bütünlük: hizmete yönelik kalite, hizmet verildiği aşamada gerçekleşir ya da gerçekleşmez. Öncesinde veya sonrasında hizmete kalite kazandırmak mümkün değildir.

Hizmet sektöründe kalite konusu incelendiği zaman, hizmet kalitesinde denge üçgeni göz önünde bulundurulmalıdır. Bu üçgenin bileşenleri olan 'insan', 'işlemler süreçler ve çevre özellikleri', "teknoloji ve profesyonel özellikler" den herhangi birine öncelik verilmesi veya göz ardı edilmesi, dengeyi bozacak, kaliteyi etkileyecektir (Şekil 1).



Şekil 1. Hizmet kalitesi denge üçgeni (28)

Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

Kalite kavramı ilk defa 16.yüzyılda kavram olarak karşımıza çıkmıştır ve "bir ürünün ya da hizmetin durumu, niteliği ya da değeri" anlamında kullanılmıştır. Kalite; W. Edwards, Deming, Josep Juran ve Kaouru İshikawa'nın ortaya koydukları ile düşünülen bir kavram haline gelmiştir. Kalitenin geçmişi çok eski medeniyetlere dayansa da bir kavram olarak ortaya çıkış yeri ABD'dir. Ancak kalite kavramını ilk defa benimseyerek uygulamaya koyanlar ise Japonlar olmuştur (3).

Kalite kavramının ortaya çıkması ve sonrasında kalite bilinciyle hareket edilmesiyle beraber, işletmeler ürünlerine kendi markalarıyla satışa sunmayı gurur kaynağı olarak bilmiştir. İşletmelerde artık kalite kavramı göz önünde bulundurularak hareket edilmiş ve daha sonraki dönemlerde kendini gösterecek olan sanayi devriminin, ilk tohumları atılmıştır. 1924 yılında Dr. W.A. Shewhart, ilk istatistiksel kalite kontrolünün temelini oluşturmuştur. Atılan bu temel üzerine yine Dr. W.A. Shewhart tarafından geliştirilen çalışmalar ile 1930'lu yıllarda modern kalite kontrol uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama II. Dünya savaşı sırasında ABD'de birçok sektörde kullanılmaya başlanmıştır. Uygulamaya konan kalite yöntemleri ile beraber, teknolojik gelişmeler açısından da fayda sağlanmış ve bununla beraber Amerika'da üretim; hacim, nitelik ve ekonomik açıdan ilerleme kaydetmiştir. 1935 yılında ise İngiltere'de E.S.Pearson'un çalışmaları sonucu oluşturulan İngiliz Standartları-600 kullanıma girmiş ve modern istatistiğin kaynağı olmuştur. İstatistiksel kalite kontrolünün ortaya çıkışı, Japonya'nın II. Dünya savaşındaki yenilgisi ve ABD'nin Japonya topraklarına girmesi üzerine, Japonya'nın kendi telekomünikasyon sistemindeki yetersizlikleri giderme çalışmaları sonucu ortaya çıkmıştır. ABD'den getirtilen uzmanların görüşleri üzerine Japonya kalite kavramını benimsemiş ve uygulamaya koyarak geliştirmiştir (29).

Kalitenin Boyutları

Günlük yaşantıda kendine oldukça geniş yer bulan kalite kavramı, herkes tarafından kabul gören tek bir tanımla ifade edilememektedir ve bu kavrama yönelik literatürde çok sayıda tanım bulunmaktadır. Bu durumun sebebi, kalitenin çok sayıda farklı boyutu kapsamasıdır (12).

Kalitenin boyutları birbirinden bağımsızdır ve her boyut kendine özgüdür. Kalite boyutlarının düzeyi, söz konusu ürün veya hizmete göre değişiklik göstermektedir. Kalite kavramına yönelik kabul gören sekiz boyuttan söz edilebilir (30):

1.Uygunluk: Ürün veya hizmetin, ilgili yasal düzenlemelere ve standartlara uyum sağlaması gerekmektedir.

2.Güvenilirlik: Ürün veya hizmetin, kullanım süresi içerisinde tüketici beklentilerini ne ölçüde tatmin ettiği ile ilgilidir. Bu süre içerisinde yaşanan aksaklıklar, müşteri memnuniyetsizliğine sebep olmaktadır.

3.Dayanıklılık: Tüketiciler, satın aldıkları ürün veya hizmetin istenilen şekilde, mümkün olduğunca uzun süreli olarak kullanılabilmesini talep ederler.

4.Estetik: Tüketicinin, sunulan ürün veya hizmetin görünümü ile ilgisi tutumu, o ürün veya hizmetin kalitesi ile ilgili algısını etkileyebilmektedir.

5. Servis kolaylığı: Ürün veya hizmette bir sorun ortaya çıkması durumunda, bu sorunun en kısa sürede ve en ekonomik şekilde çözülebilmesi, ürün veya hizmetin kalitesine yönelik bir göstergedir.

6. İşlevsellik özellikleri: Tüketiciler, ürün veya hizmetin esas özelliğinin yanında ek olarak sunulan özelliklere oldukça ilgi duymaktadırlar. Söz konusu ek özellikler, tüketicilerin kalite algısını etkileyebilmektedir.

7. Algı, imaj: Tüketici, bir ürün veya hizmetin kalitesini algılarken, ürün veya hizmete yönelik geçmiş deneyimlerden etkilenebilmektedir.

8. Performans: Ürün veya hizmeti edinmek isteyen tüketiciler genellikle, ürün veya hizmetten beklenen esas fonksiyonu ne düzeyde başarı ile ortaya koyduğu ile ilgilenirler (31).

Bahsedilen kalite boyutları, ürün veya hizmet ile bağlantılı olarak tüketici tarafından önem önceliğine göre ağırlıklandırılmaktadır. Tüketici genel olarak maliyetini karşılayabileceği ölçüde kaliteli ürün veya hizmete erişebilme isteğine sahiptir. Yani tüketici, istediği ürün veya hizmetin maliyetini karşılayabiliyorsa, memnun olma eğilimi güçlenmektedir (32).

Hizmet Kalitesi

Ürün sektöründe kalite konusunda tüketicilerde var olan beklenti; teknolojideki gelişmeler, tüketicilerin bilinçlenmesi gibi sebeplerle hizmet sektöründe de kendini göstermiş ve bu beklenti artarak devam etmiştir. Artık tüketicilerin isteği kaliteli hizmete ulaşmak olmuş ve kaliteli hizmete karşı talep gösterilmiştir. Bu durum, hizmet üreticilerinin, kaliteyi artırmaları konusunda zorlayıcı etken olmuştur (15).

Sunulan hizmetin kaliteli olarak nitelendirilmesi, hizmeti üreten işletme için bir ayrıcalık oluşturmaktadır. Ortaya konulan hizmette kalitenin sağlanması, kaliteyi meydana getiren ögelerin ele alınarak, ortaya en iyi sonucun çıkarılması yönündeki tüm çabaların bir sonucu olacaktır. Bu sebeple hizmet ve kalite kavramlarının birbirinden ayrı düşünülmesi olanaksızdır. Hizmet konusunda kalitenin belirlenmesinde en önemli ölçüt tüketicidir. Tüketicilerin beklentileri ile algıladıkları, hizmet kalitesinin belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda, işletmenin en önemli amacı tüketicinin hizmet kalitesi konusundaki beklentilerini karşılamak ve hatta bu beklentilerin üzerine çıkmaktır. Tüketicilerin beklentilerini; önceki deneyimleri, ağızdan ağıza iletişim, ve hizmet sunan

işletmelerin reklamları şekillendirir. Tüketiciler, hizmet alacakları işletmeyi bu kriterler doğrultusunda seçer ve hizmeti aldıktan sonra algılanan hizmet ile beklenilen hizmeti kıyaslarlar. Algılanan hizmet, beklenen hizmetin altına düşmemelidir; aksi halde tüketici işletmeye olan ilgisini kaybedecektir. Algılanan hizmetin tüketici beklentilerini karşılaması ve bu beklentileri aşması durumunda ise söz konusu işletmenin hizmetlerini tekrar kullanacaktır (12,15).

Hizmet Kalitesinin Tanımı

Hizmet kalitesi kavramının tanımı hususunda da bir takım farklı bakış açıları bulunmakta ve birbirinden farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Bu tanımlar hizmet sektörüne ve işletmenin sunduğu hizmetin niteliğine göre farklılık göstermektedir. İlgili literatür incelendiğinde hizmet kalitesi genel olarak; tüketici beklentilerini karşılamaya yönelik olarak üstün veya mükemmel nitelikte hizmet sunulması olarak tanımlanabilmektedir. Parasuraman ve arkadaşları (1988) ise hizmet kalitesini; tüketici beklentileri ile algıları arasındaki fark olarak ifade etmiştir. Buna göre tüketiciler, hizmetin kalitesine yönelik değerlendirmelerini, söz konusu hizmetle ilgili beklentileri ve hizmet sonrası algıladıkları hizmeti kıyaslayarak yapmaktadır (6).

Hizmet Kalitesi Boyutları

1.Fiziksel özellikler: Hizmetin sunulduğu ortamda bulunan maddi unsurları içerir. Bu unsurlar; fiziksel imkânlar, personelin dış görünüşü, hizmet için kullanılan tüm araç, gereç ve donanımlar, hizmetin fiziksel sunumları ve hizmet tesisindeki diğer tüketicileri kapsamaktadır (10).

2.Güvenilirlik: Hizmeti, söz verildiği şekilde, doğru ve güvenilir şekilde yerine getirebilmeyi ifade etmektedir (33).

3.Heveslilik: Hizmet sunan personelin, sunum konusundaki istekliliği, tüketiciye mümkün olduğunca hızlı hizmet verme ve yardım etme konusunda gönüllü olma durumu, arayan tüketicilere hızlı cevap verme ve randevuları hızlı şekilde ayarlanması olarak ifade edilebilir (6).

4.Yeterlilik: Hizmet sunumu esnasında yeterli bilgi ve beceriye sahip olma durumudur (3).

5.Nezaket: Tüketici ile doğrudan iletişim hâlinde bulunan personelin, tüketiciye karşı nazik olması, saygılı davranması ve tüketicinin istekleri ile yakından ilgilenmesi durumudur (13).

6.İnanılırlık: Hizmet sunumu esnasında personelin, tüketiciyi kendisine inandırması gerekmektedir. Hizmet sunumu esnasında tüketicilerin, çıkarlarının korunduğunu hissetmesi, tüketicinin güveninin kazanılması ve tüketiciye karşı dürüst olunmasını ifade etmektedir (13).

7.Güven: Personelin bilgili olması ve tüketiciye karşı nazik davranması, tüketicilerde güven duygusunu uyandırabilme becerileridir (33).

8.Ulaşılabilirlik: Hizmete kolay ulaşılmasını, temas kurmada kolaylık sağlanmasını, hizmeti almak için beklenilen zamanın kısa olmasını, hizmetin sunulduğu saatlerin gerekli düzeyde olmasını ifade etmektedir (16).

9.İletişim: Personelin tüketiciye sunulan hizmet ile ilgili anlaşılabilir düzeyde bilgi sağlaması ve tüketiciyi dinlemesidir. İletişim; hizmet, hizmet maliyetinin miktarı, hizmet ve maliyet arasındaki ödünleşme durumunun açıklanması ve olası bir problemin ele alınacağı konusunda tüketiciye güvence verilmesidir (10).

10.Müşteriyi anlamak (Empati/Anlayış): Müşteriyi tanımak, müşteri isteklerine, ihtiyaç ve problemlerine cevap verebilmek, müşterinin isteklerini yerine getirebilmesine yardımcı olmaktır (6).

SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde, sağlık hizmetleri kavramına yönelik tanımlara, sağlık hizmetlerinin amaçları, özellikleri ve sağlık hizmetleri sınıflandırılmasına; sağlık bizmetlerinin sunulduğu kuruluşlar olan hastanelerin tanımı, özellikleri ve işlevlerine yer verilecektir.

Sağlık Hizmetleri Tanımı

Sağlık hizmetleri kavramı; sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalık oluşumunun engellenmesi, hastalığa yakalanan bireylerin mümkün olan en kısa süre içerisinde tanı konarak tedavi edilmesi, sakatlıkların önlenmesi, sakat bireylere tıbbi ve sosyal hizmet sunarak bireylerin nitelik sahibi, mutlu olması ve uzun, sağlıklı yaşam sürmesi için sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında Sağlık Bakanlığı yönergesinde sağlık hizmetleri; "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir." şeklinde tanımlanmıştır (34,35).

Sağlık hizmetleri, bireyin hayata tutunmasını sağlayan, bu sebeple de hata kabul etmeyen, direkt olarak insan hayatını ilgilendiren hizmet alanıdır. Sağlık hizmetleri, hassas şekilde üzerinde durulması gereken bir alandır ve mümkün olduğunca kaliteli şekilde sunulması önemlidir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, bireyin yaşamının devam edebilmesinde, yaşam kalitesinin mümkün olduğunca iyileştirilmesi, yüksek tutulması ve korunması konularında büyük bir önem arz etmektedir (18).

Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, bireyler için ve dolayısıyla toplum için oldukça önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetleri tüm topluma hitap eder ve o toplumda bulunan tüm bireyleri kapsar. Sağlık hizmetlerinin benimsediği temel amaç, toplumda bulunan tüm bireylerin sağlıklı yaşamalarını sağlamak ve yaşam süresini uzatmaktır. Bu amaçların yerine getirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin her koşulda ve her kişi tarafından ulaşılabilir olması gerekmektedir (36).

Sağlık hizmetlerinin işleyişi incelendiğinde, diğer hizmet türlerinden farklı olarak kendine özgü bir takım kuralların etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu bazı özellikler aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir (37).

Kolay kullanılabilirlik: Kolay kullanılabilirlik özelliği hem hizmetten faydalanan bireyler hem de hizmet sunucuları açısından iki farklı şekilde değerlendirilebilir. Hizmetten faydalanan bireyler açısından; "bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi" şeklinde tanımlanabilmektedir. Hizmet sunanlar açısından incelendiğinde ise "sağlık hizmetini sunan sağlık profesyonellerinin ihtiyaç duydukları ilaç, araçgereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi" anlamını taşımaktadır. Sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirliğin sağlanması için; sağlık hizmetlerinin nerede, nasıl ve kim tarafından sunulacağı ile ilgili güçlüklerle karşılaşılmaması, sağlık hizmetlerinin bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek bütünlükte olması, tüm toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilecek miktarda sağlık hizmeti üretmesi gerekmektedir (38).

Kalite: Sağlık hizmetlerinin kalite özelliği, hizmetlerin bilimsel normlara, standartlara ve birey beklentilerine yönelik olarak sunulmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri bazında

kaliteden söz edilebilmesi için; mesleki anlamda yeterlilik, kişisel kabul edilirlik ve kalite uygunluğu önem arz eden konulardır (6).

Süreklilik: Sağlık hizmetleri kavramı sadece tedavi hizmetlerini ifade etmemektedir. Aynı zamanda, sağlık seviyesinin gelişimini sağlamak için bireyin ve toplumun sağlık durumlarının düzenli ve sürekli olarak kontrol edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınmasını da ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinde süreklilik, gerekli hizmetlerin birbiriyle entegre şekilde yürütülmesiyle sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması için; bu sürekliliği sağlamak; kişiye odaklı bakım, eşgüdüm sağlayan birimler(aile hekimleri) ve eşgüdümlenmiş sağlık hizmetleri ile sağlanabilmektedir (27).

Verimlilik: Verimlilik, sağlık hizmetleri için ayrılmış olan kaynakların maksimum fayda ile kullanılması anlamını taşımaktadır. Verimlilik ile birlikte sağlık hizmetlerinin maliyetleri azaltılarak bireylerin hizmetten faydalanma imkanlarını arttırılmaktadır. Yeterli finansman ve ücret politikası, etkili bir yönetim ve kaynakların etkin şekilde kullanımı, sağlık hizmetlerinden yeterli ve verimli şekilde yararlanmayı sağlamaktadır (27).

Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık kavramı herkesçe farklı bir anlam taşımaktadır bu sebeple farklı tanımlamaları bulunmaktadır. Sağlık ile ilgili en kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de yapmış olduğu, kuruluş anayasasında kullanılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık; "yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" (39).

Bu tanımdan yola çıkarak; sağlık hizmetleri hastalıkların tedavisini sağlayan hizmetlerin yanı sıra, hastalıklardan korumayı amaçlayan koruyucu sağlık hizmetlerini ve bireyin sosyal anlamda yaşadığı sorunların çözümünü sağlayan rehabilite edici hizmetleri kapsamaktadır (40).

Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, gün geçtikçe önemini artırmaktadır. Bu hizmetler; çevre sağlık şartlarının düzenlenmesi, sağlık konularında halkın bilinç düzeyinin artırılması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinin sağlanması, beslenme koşullarının iyileştirilmesi ve aile planlamasının yapılması gibi konuları kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, ülkemizde yalnızca Sağlık Bakanlığı kapsamında yürütülmekte ve ücretsiz şekilde halka ulaştırılmaktadır. Ülkemiz, sosyal bir devlet olması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması bir gerekliliktir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde amaç, halkın hastalık

olasılığının azaltılmasıdır. Bu sebeple, halkın tümü bu hizmetlerden önemli ölçüde faydalanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde tüm topluma fayda sağlanması söz konusudur. Koruyucu sağlık hizmetleri iki grup altında incelenmektedir (41).

1. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler: Bireylerin, dolayısıyla toplumun tümünün hastalık faktörlerine karşı güçlü ve dirençli olmasını sağlamak, hastalanmaları durumunda ise mümkün olan en kısa zamanda tanı konulması, gerekli tedavinin uygulanması ile hasarsız ya da mümkün olan en az hasarla hastalıktan kurtulmalarını sağlayan hizmetleri kapsamaktadır. Erken tanı ve gerekli tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenme konusunda iyileştirme, sağlık eğitimi bu kapsamda verilen hizmetlerdir (42).

2. Çevreye ve topluma yönelik koruyucu hizmetler: Bireyin sağlık durumunu koruma ve hastalıklara yönelik direncini geliştirme konusunda aşılama, sağlık eğitimi, beslenme gibi hizmetlerin sunulması önemlidir. Ancak bununla beraber birey sosyal bir varlıktır ve bu sebeple bireyin biyolojik, fizyolojik ve sosyal çevresi, sağlık durumu için oldukça önemlidir. Bireyin sağlık açısından iyi olmayan bir ortamda bulunması, bireyin hastalık riskini artırması açısından doğru değildir. Yine bireyin zararlı gıdalardan uzak durması, temiz hava ve uygun içme suyunun kullanılması, atık toplama, arıtma gibi işlemlerin hijyenik olarak yapılması vs. hizmetler, çevreye yönelik olarak yapılan koruyucu hizmetler kapsamındadır (40).

Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, literatürde; "hastalık, kaza ve yaralanmaya maruz kalmış bireylerin tanı ve tedavilerini üstlenen ve oluşmuş her türlü vücut arazlarının giderilmesi veya azaltılması ve en önemlisi de ölümün önlenmesi amacıyla hekimlik yöntemleri ve profesyonel sağlık çalışanları ile uygun teknolojileri de kullanılarak sağlanan sağlık hizmetleri bütünü" şeklinde tanımlanmaktadır (43).

1. Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalıkların tedavisinin ayaktan yapıldığı veya evde uygulandığı sağlık hizmetleridir. Verem Savaş Dispanserleri, Kurum Hekimlikleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak tedavi hizmetlerinde sunulan hizmetlerin yeterli olmadığı durumlarda bireyler ikinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği kuruluşlara yönlendirilirler (44).

2. İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalığın tedavisi için birinci basamak tedavi kurumlarının yeterli olmadığı durumlarda hastanın sevk edildiği veya direkt olarak başvuruları sonucunda hastaneye yatırılarak hastanın muayene, tetkik ve tedavisinin yapıldığı sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlardır (45).

İkinci asamak tedavi hizmeti veren kuruluşlar; eğitim-araştırma hastanesi kapsamında olmayan devlet hastaneleri, dal hastaneleri, bu hastanelere bağlı olan semt poliklinikleri, ağız-diş sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı eğitim-araştırma hastanesi kapsamında olmayan hastaneler, tıp merkezleri, dal merkezleri şeklinde sıralanabilir (6).

3. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Üst düzey tetkik, tedavi uygulanması gereken hastalara sunulan sağlık hizmetleridir. Eğitim-araştırma hastaneleri, mesleki hastalıklar hastaneleri, kanser hastaneleri, ruh-sinir hastalıkları hastaneleri üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarıdır (41).

Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, sağlık hizmetlerinde özel bir konuma sahiptir. Kaza sonucu sakatlık yaşayan, ruhsal bozuklukları bulunan veya vücutta bulunan organların, vücut uzuvlarının işlevlerini yerine getirmesine engel bir kısıtlılığı olan bireylere sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Rehabilitasyon hizmetlerinde; bireyin mevcut kısıtlılık durumuna alışmasının sağlanması, bireyin ve ailesinin durum ile ilgili üzüntülerinin hafifletilmesi amaçlanmaktadır. Bu kısıtlılık durumuna sahip bireylerin hareket becerilerinin artırılması, çevreye uyum sağlayabilmesi yine rehabilite edici sağlık hizmetleri kapsamındadır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri; tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak iki şekilde sunulmaktadır (46).

1. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri: Kaybedilmiş olan bir organın yerine protez takılması, güçsüz duruma düşen organın güçlendirilmesi yönündeki sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinde amaç, bireyin günlük işlerini aksatan fiziksel durumunun mümkün olduğunca iyileştirilmeye çalışılmasıdır (42).

2. Sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri: Fiziksel, ruhsal sakatlıklar sebebiyle mesleki gereklilikleri yerine getiremeyen veya eksik yapabilen, yaşadığı bu sakatlık sebebiyle çevresinden kendini soyutlamış olan bireylerin, topluma uyum sağlamaları için; mevcut becerilerinin geliştirilerek iş sahibi olmalarının sağlanması, toplum içerisinde var olmaları yönünde sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Diyetisyen, çocuk gelişimi, meslek danışmanı,

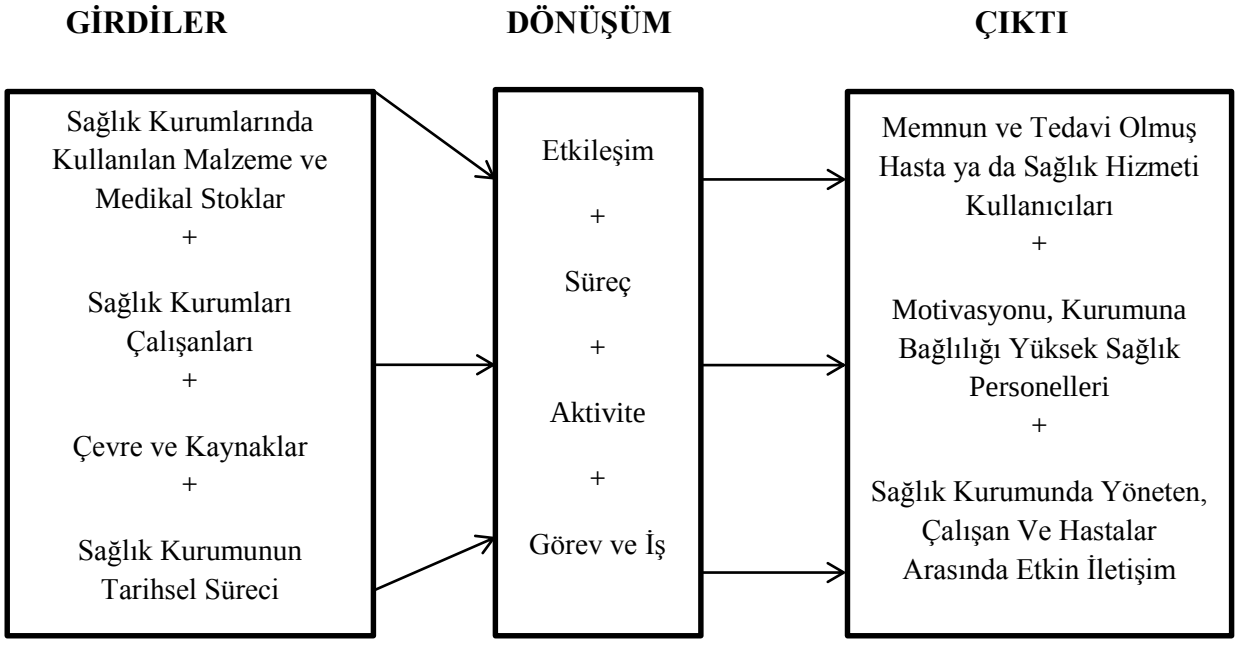
konuşma-dil terapisti gibi uzmanlık alanları da yine sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri adı altında sunulan hizmetlerdir (40).

HİZMET SUNAN İŞLETMELER OLARAK HASTANELER

Hastanelerin Tanımı

Hastaneler; Dünya Sağlık Örgütü tarafından, "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre ise hastaneler; "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; ayni zamanda doğum yapılan kurumlar" şeklinde tanımlanmaktadır (47).

Hastaneler sağlığı koruma, geliştirme, iyileştirmeye yönelik muayene, teşhis, tedavi fonksiyonlarının yanı sıra; içerisinde bulunduğu dinamik, değişken olan çevreden aldığı girdileri bir takım aşamalardan geçirmekte ve bu girdileri çıktıya dönüştürerek elde ettiği çıktıyı gerektiği şekilde yine çevreye ulaştırmakta, böylelikle çevreyle etkileşim halinde bulunmaktadır. Hastanelerin girdilerini oluşturan unsurlar; hasta, insan gücü, teknoloji, bilgi vs.dir. çıktılarını oluşturan unsurlar ise; tedavisi sağlanan hastalar, hizmet sırasında sağlanan eğitimler, ARGE vs. olarak sıralanabilir (3) (Şekil 2).



Şekil 2. Hastane girdi, dönüşüm ve çıktı süreci (48)

Hastanelerin Özellikleri

– Hastaneler, sağlık sistemine ait bir alt sistemdir ve bununla beraber önemli hizmet işletmeleridir. Bunun bir getirisi olarak; hizmetin ortaya çıkarılması ve sunulmasının ürün üretilmesi ve satışından farklı olarak gerçekleşmesi, sağlık sektörüne özgü bir takım farklılıklar, hastanelerin yönetim, üretim, finansman gibi birçok faktör açısından değişiklik göstermesine sebep olmaktadır (49).

– Hastaneler yapısı itibariyle karmaşık organizasyonlardır. Hastanelerin karmaşık yapıda olmasının önemli bir sebebi olarak, hastaneyi büyük ölçüde etkileyen, hastane ile sürekli etkileşim halinde bulunan hastane çevresinin oldukça karmaşık olması gösterilebilir. Hastanelerin mevcut karmaşık yapısının bir diğer sebebi ise; oldukça fazla sayıda olan ve birbirinden farklı hastalıklara sahip olan hastaların farklı zamanlarda ve öngörülemeyecek şekilde hastaneye gelmesidir. Bu sebeple hastaneye yönelik olan talep hiçbir zaman net olarak önceden bilinememektedir. Hastanede bulunan tüm alanların, öngörülemeyen acil, ertelenemeyecek durumlar için her an kullanıma hazır şekilde tutulması gerekmektedir. Bu sebeple hastanede çok sayıda personel bulundurulması kaçınılmazdır. Yine karmaşık yapının bir diğer sebebi ise hastane yapısında var olan aşırı işbölümü ve uzmanlaşma olarak gösterilebilir. Bir başka sebep ise hastanelerde yoğun teknoloji kullanımı ve kullanılan bu teknolojinin karmaşık yapıda olmasıdır (6).

– Sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleştirildiği hastaneler, matriks organizasyon yapısına sahip kuruluşlardır. Matriks organizasyon yapılarında tüm işlevler fonksiyon esasına göre ayrılmaktadır. Matriks organizasyonun en önemli özelliği, organizasyonda yer alan fonksiyonel yönetici ve proje yöneticisinin otoritelerini birlikte kullanmalarıdır. Fonksiyonel yönetici tarafından; işi yapacak olan personel, işin nerede ve nasıl yapılacağı kararı verilirken, proje yöneticisi tarafından; işin neden yapılacağı ve ne zaman uygulamaya konacağı kararı verilir. Hastane örgüt yapısı düşünüldüğü zaman; personelin yeteneklerini, bilgi ve becerilerini etkin olarak kullanabilmesi ve yönetim, tüm ekip üyelerini yönetebilmelidir (50).

– Hizmet işletmeleri genel anlamda emeğin yoğun olduğu işletmelerdir. Hizmet sektöründe bulunan sağlık işletmeleri, emek yoğun olmakla beraber sermayenin(teknoloji) oldukça yoğun olarak kullanıldığı alanlardır. Tıp biliminde ve genel anlamda teknolojide gerçekleşen gelişmelere uyum sağlayabilmek ve ortaya çıkan sağlık talebini belirli bir seviyede karşılayabilmek için gerekli olan kapasite önemli yatırımları gerektirmektedir (49).

– Hizmetler depolanamamaktadır. Hizmet ortaya çıkarıldığı anda tüketilmesi gerekmektedir. Herhangi bir hizmet işletmesinde hizmetin sunulabilmesi, işletmenin sahip

olduğu araç, gereç ve bünyesinde bulundurduğu personele bağlıdır. Ancak diğer hizmet işletmelerinden ayrı olarak sağlık işletmelerinin hizmet üretebilmesi için işletmenin iç etmenleri ile beraber dış etmenler ve özellikle de devletin sağlayacağı imkanlara bağlıdır (51).

Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin en öncelikli olarak yerine getirmesi gereken sorumluluğu, tedaviye ihtiyaç duyan hastaların gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Hastanelerin esas işlevi hastalara yarar sağlamaktır. Hastaneler, hastalara sağladıkları yarar ile hastaların tedavilerini sağlamaları sebebiyle varlıklarını sürdürmektedirler. Hastanelerin varlığını sürdürebilmesi, yine hizmet ettiği bireylere sağladığı yarar dolayısıyla mümkün olacaktır (17).

Hastanelerin misyonları doğrultusunda yerine getirmekle zorunlu oldukları bir takım işlevler söz konusudur. Hastanelerin temel işlevleri;

a) Tedavi

b) Eğitim

c) Araştırma ve Geliştirme

d) Koruyucu Sağlık Hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır (51).

1. Tedavi: Hastaya yönelik hastalığın teşhisi, tedavisi, bakım ve rehabilitasyonu kapsamında sunulan hizmetler, hastanelerin tedavi işlevi kapsamında sağlanmaktadır. Tedaviye yönelik işlevler, hastanenin esas yerine getirmesi gereken işlevler olarak sayılmaktadır. Ancak bu işlev diğer işlevlerle beraber desteklenmezse hastane başarısından söz edilemez. Hastanenin tedavi işlevi esas olarak iki şekilde incelenmektedir; tıbbi bakım ve hastane bakımı. Tıbbi bakım; hastaya uygulanan muayene, tanı, teşhis ve tedaviye yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Hastane bakımı ise; öncelikli olarak hemşirelik hizmetleri olmak üzere hastane içerisindeki tüm genel ve özel hizmetleri ifade etmektedir. Dolayısıyla hastanede görev alan tüm personelin doğrudan veya dolaylı olarak tedavi işlevine katkı sağladığı söylenebilir (51).

2. Eğitim: Hastaneler farklı meslek gruplarına yönelik eğitim ve öğretimde, teorik ve pratik anlamda yardım ve kolaylıklar sağlamaktadır. Bu meslek gruplarına; doktorlar, hemşireler, ebeler, eczacılar, tıp teknisyenleri, diyetisyenler, sosyal görevliler vs. örnek gösterilebilir. Hastanelerde sağlık alanına yönelik çokça araştırma ve inceleme yapılmaktadır. Hastanelerin önemli bir işlevi de söz konusu araştırma ve incelemeleri yönetmek, bu konuda çalışmalar yürüten bireylere kolaylık sağlamaktır (6,52).

3. Araştırma ve geliştirme: Hastanelerin sağladığı eğitim işlevinin yanı sıra, eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri vs. bünyesinde tıp bilimleri alanında çokça araştırma yapılmaktadır. Bu işlev, ilgili tüm saha araştırmalarına yönelik geliştirme işlevlerini kapsamaktadır. Özellikle tıp biliminde araştırma unsuru büyük önem taşımaktadır. Hastanelerde deneysel çalışmaların yoğun olarak uygulandığı birimler ameliyathane ve laboratuvarlardır. Bu birimlerde ortaya çıkan bilgi ve bulgular defalarca denenmekte ve teşhis, tedavi konusunda yöntem geliştirilmesinde önemli katkı sağlamaktadır. Hastane personelinin yayın ve araştırmaları yine hastanelerin araştırma ve geliştirme işlevi kapsamındadır (53).

4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Hastanelerde tedavi görmekte olan, özellikle de yatan hastalarda tanı konabilen tüm enfeksiyonlar bulunabilmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak; hasta, sağlık personelleri, hasta yakınları için gerekli olan tüm koruyucu önlemlerin alınması hastane yönetimine ait bir yükümlülüktür ve hastanenin önemli bir işlevidir (4).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

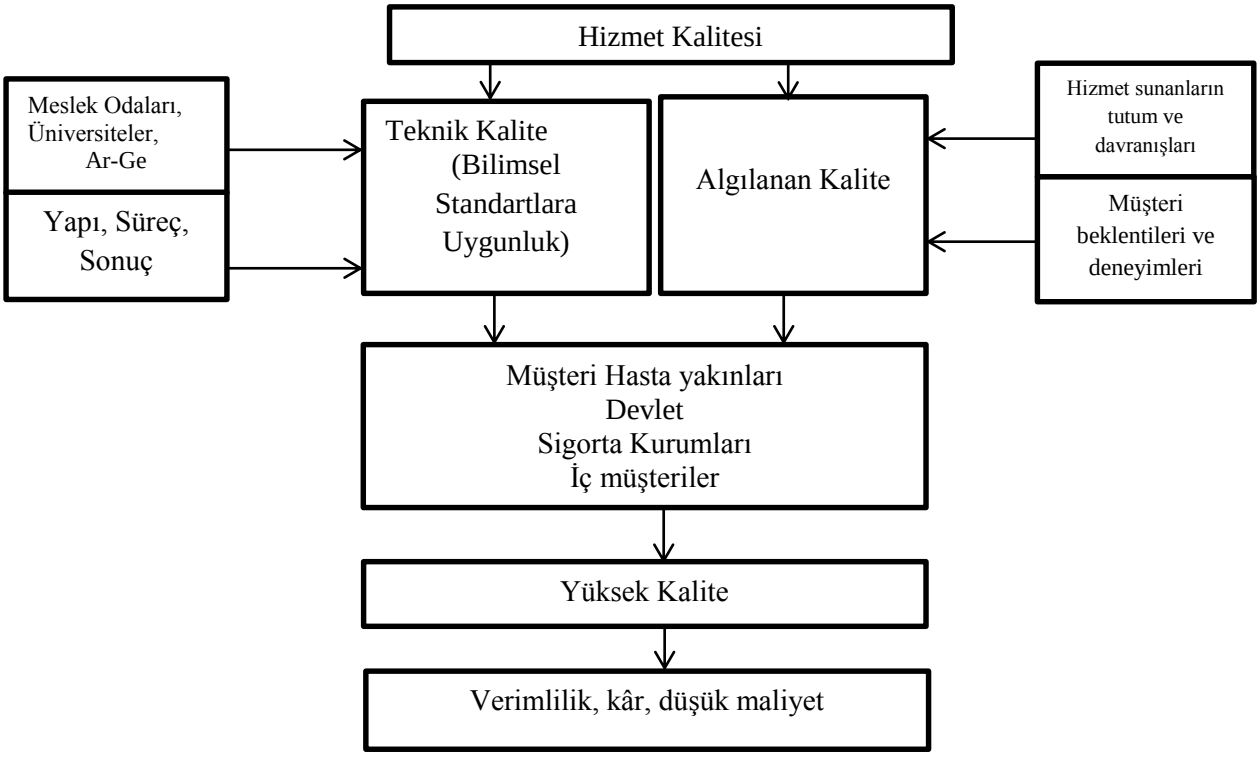
Bu bölümde, sağlık hizmetleri kalitesi konusunda literatürde yer alan tanımlamalara, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gelişimine ve boyutlarına, sağlık hizmetlerinde müşteri kavramının incelenmesine ve müşteri memnuniyeti ile sağlık hizmetlerinin ilişkilendirilmesine değinilecektir.

Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Tanımı

Sağlık hizmetleri alanında kalite çalışmalarının geçmişine baktığımızda ilk kez Cerrah Emest Codman tarafından 1914 yılında ABD'de hastane standartlarını belirleyecek olan istatistiksel çalışmalar, bu alanda yapılan ilk çalışmalardır denilebilir. Söz konusu çalışmalarda Emest Codman, hizmet sunucularının sağlık hizmeti konusundaki yeterliliklerinin hizmet kalitesinin tek belirleyicisi olmadığını belirtmiştir. Bununla beraber hastalara konulan teşhislerin doğruluğunu, ameliyatlarda sağlanan başarıları, tedavi sonrası hastaya sağlanan yararları ve yan etkilerini incelemiş ve hastalara doktor ve hastane tarafından sunulan klinik bakım sürecini, sonuçlarıyla beraber izlemiştir. Yapılan bu çalışmalar sonucunda, Amerikan Cerrahlar Birliği 1915 yılında Hastane Standardizasyon Programı geliştirmek üzere çalışmalara başlamıştır. Bu programda akredite edilme talebinde bulunan hastaneler; kontrol sağlanması amacıyla, kayıt sistemlerini sunmak üzere Amerikan Cerrahlar Birliği'ne yönlendirilmiştir (52).

Sağlık işletmeleri oldukça karmaşık yapıya sahip kuruluşlardır. Bu sebeple bu kuruluşlarda kalitenin tam anlamıyla sağlanması oldukça zordur. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirleyen çok sayıda etken bulunmaktadır. Hizmetin sunulduğu ortamın özellikleri, hizmetin gerek duyulduğu anda sunulabilmesi, hizmet sunucularının alanlarında yeterli yetkinliğe, bilgi ve beceriye sahip olması, hizmetin sürekliliği, hastaya güven vermesi, doğru ve esnek olması hizmet kalitesini belirleyen etkenlerdendir. Bununla beraber hastanın hizmeti almasına kadar geçen bekleme süreleri, sağlık personellerinin hastaya yaklaşımı, sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği, hizmetin tek seferde doğru olarak sunulabilmesi, ortaya çıkan beklenmedik durumlarda doğru müdahalelerin gerçekleştirilmesi gibi unsurlar yine sağlık hizmeti kalitesinde belirleyici durumdadır (54).

Sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen bu unsurlar, biribirleri ile uyum sağlamalı, bir bütünlük oluşturmalıdır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanabilmesi ve gerekli şekilde uygulamaya geçirilebilmesi için iyi bir organizasyon ve yönetim modeli olmalı; hangi işin kim tarafından, nerede, ne zaman, hangi yöntemle ve hangi araç gereçler kullanılarak yapılacağı önceden planlanmış olmalıdır. Kalite çok boyutlu bir kavramdır ve bu sebeple sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetilmesi, tanımlanabilmesi ve ölçülmesi değişiklik göstermektedir (55). Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini belirleyen unsurlar Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini belirleyen unsurlar (56)

Sağlık hizmetlerinde kalite, oldukça dinamik bir süreci ifade etmektedir, sürekli olarak kendini yenilemekte, daha iyiye doğru gitmeyi hedeflemekte ve sürekli olarak gelişmektedir. Sağlık hizmetleri alanıında etkinlik ve verimliliğin sağlanması oldukça önemlidir ve bu konuda önemli çalışmalar yapılmaktadır. Bu şekilde sağlık alanında yaşanmakta olan gelişim, hizmet kullanıcılarının kalite konusundaki değerlendirmelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda gelişmelerin sağlanması; hizmetten yararlanan bireylerin günden güne bilinçlenerek sunulan hizmetlerden memnun kalmasınının zorlaşması ve bu memnuniyetin gerekliğine bağlı olarak artmaktadır. Bununla beraber yine teknoloji alanında yaşanan ilerlemelerin tıp alanını etkilemesi de sağlık hizmetlerinde gelişimi olmazsa olmaz kılmaktadır (14).

Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

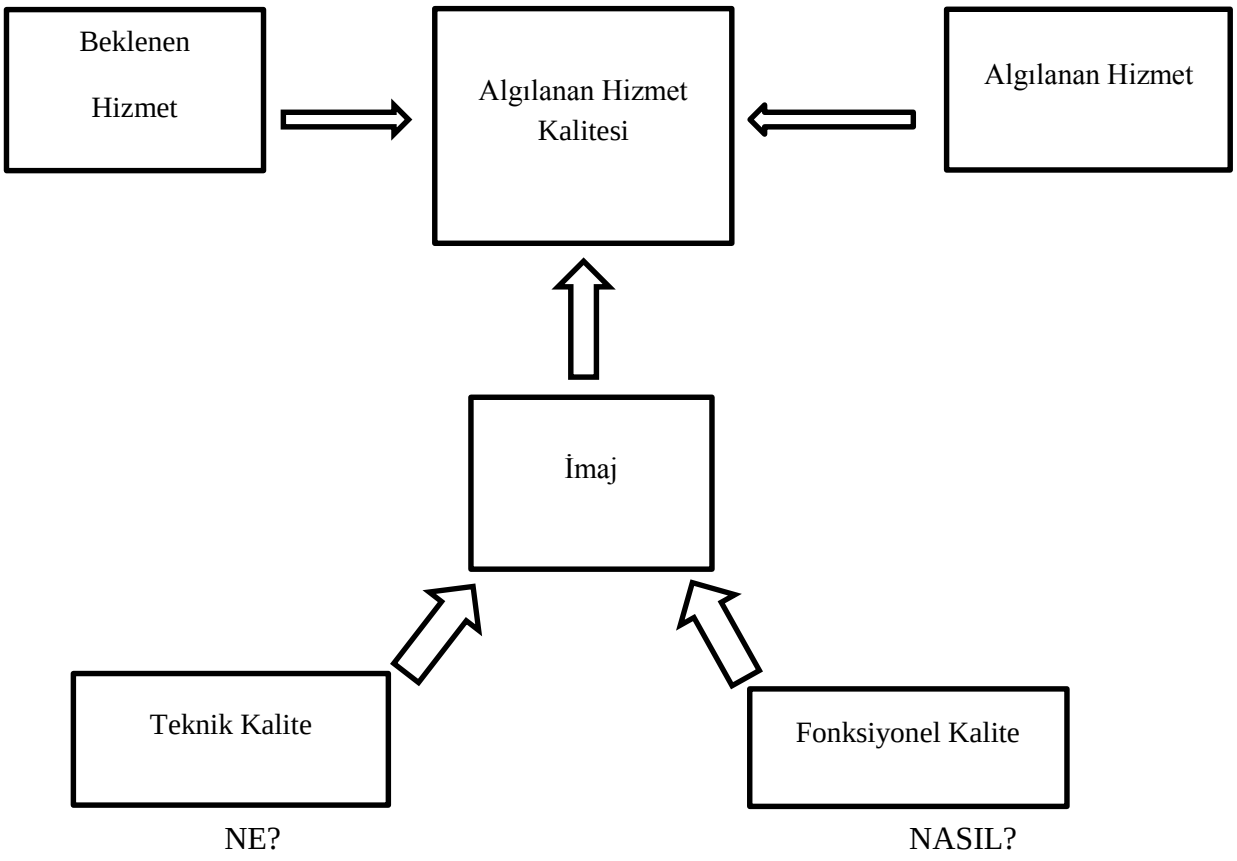
Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olduğundan önceki bölümlerde bahsedilmiştir. Bu karmaşık yapısı itibariyle sağlık hizmetlerinde gerçekleşen tüm süreçlere hâkim olmak kolay olmamaktadır. Kalite kavramı sağlık hizmetleri açısından önemli ve günümüz şartları, hasta beklentileri itibariyle olmazsa olmazdır. Ancak sağlık işletmeleri gibi karmaşık yapıda olan kuruluşlarda kalitenin sağlanması oldukça zordur. Sağlık hizmetlerinde kalite çok sayıda faktörün bir arada bulunabilmesine bağlıdır. İlgili literatür incelendiğinde farklı çalışmacıların bu faktörleri farklı şekillerde ele aldığını görmekteyiz.

Gronroos'a göre sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesine yönelik üç temel faktörden söz edilebilir. Bunlar; teknik kalite, işlevsel kalite ve imaj kalitesidir (Şekil 4).

Teknik kalite: Sunulan hizmet sonucunda hizmetten yararlanan bireyin elde ettiği sonucu ifade etmektedir. Hizmetten yararlanan bireyin hizmet sunumu esnasında hizmet işletmesi ile etkileşimi ve kurduğu iletişimi, tüketicinin söz konusu işletmeyle ilgili kalite değerlendirmesinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık işletmelerinde bu konu oldukça önemlidir ve ilgili sağlık personellerinin hastayla etkileşim konusunda eğitim alması, teknik kalitenin sağlanması adına önemlidir. Ancak duruma hasta açısından bakıldığında; hastaların almış oldukları hizmetin teknik kalitesini değerlendirebilecek düzeyde sağlık bilgisine sahip olmaması sebebiyle, sağlık hizmeti sunucuları ile etkileşimi sonucunda ne elde ettiğini değerlendirebilmesi zordur. Dolayısıyla hastanın sağlık durumu, teknik kalitenin değerlendirilmesi hususunda sınırlayıcı etken olabilmektedir (57).

İşlevsel kalite: Sunulan sağlık hizmetini hastanın nasıl aldığı, işlevsel kaliteyle ilgilidir. Yani işlevsel kalite; sağlık hizmetinin sunumu sonrasında elde edilen teknik boyuttki çıktının elde edilme şekliyle ilgilidir ve hastanın yararlandığı hizmete yönelik görüşlerini etkilemektedir (58).

İmaj Kalite: İmaj kavramı; teknik ve işlevsel anlamda bahsedilen unsurlarla beraber, kurum dışından yansıyan kuruma yönelik mesajlar aracılığıyla oluşmaktadır ve hizmetten yararlanan bireylerin hizmeti sunan kurum hakkındaki algılarını ifade etmektedir (59).



Şekil 4. Sağlık hizmetlerinde kalite boyutları Grönroos modeli (58)

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ VE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

Sağlık hizmeti sunan işletmelere yönelik kalite unsuru büyük ölçüde hastalar yani müşteriler üzerine yoğunlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde müşteri kavramı, sağlık hizmetinin sunumu sürecine dâhil olan tüm bireyleri içerisine almaktadır. Sağlık hizmetinden yararlanan müşterilerin kurumdan memnun olarak ayrılması, hizmetin kalitesi olduğuna dair en önemli göstergelerdendir. Hizmet kalitesinin organizasyonların gelişim ve sürekliliği üzerindeki

etkisi, hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkinin önemini artırmıştır. Müşteri, hizmet sürecinin tümünde kilit nokta olarak görülmektedir. Sağlık işletmelerinin öncelikli amacı, müşteri memnuniyetini sağlamak, müşterinin kurumdaki sürekliliğini ve kuruma bağlılığını sağlamaktır. Müşteri memnuniyeti, sunulan sağlık hizmetinin yapısı, süreci ve sonucu ile ilgili bilgiler vermektedir. Bu sebeple sağlık işletmelerinin varlığını sürdürebilmeleri, rekabet piyasasında tutunabilmeleri açısından müşteri memnuniyet parametrelerini belirlemeleri, ölçmeleri ve değerlendirmeleri oldukça önem arz etmektedir (60).

Müşteri Kavramı

Hasta, sağlık işletmelerinde üretilen sağlık hizmetlerinden haberhar olan, bu hizmetlerden yararlanabilecek olan veya daha önce bu sağlık hizmetlerini almış olan kişilerdir. Müşteri kavramı ise; ikili ilişki içerisinde etkileşim halinde bulunan ve sorumluluğu bulunan ikinci ve üçüncü kişiler olarak ifade edilebilir. Sağlık işletmelerinde müşteri kavramı; hasta, hasta yakını, sigorta şirketleri, ilaç firmaları ve sağlık personellerini kapsamaktadır. Hastalar edilgen müşteriler durumundadır ve en başta memnuniyeti istenen kesimdir (18).

Sağlık işletmeleri varlıklarını sürdürebilmek için tüm müşteri gruplarının memnuniyetini sağlamak durumundadır. Bu memnuniyetin sağlanması içinse işletmenin tüm yapısı ve süreçleri, müşterilerin isteklerine uygun şekilde belirlenmelidir. Sağlık işletmelerinde istenilen çıktının elde edilebilmesi yalnızca kaliteli hizmet sunumuna bağlı değildir bu sebeple hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetinde her zaman için belirsizlik söz konusudur. Burada hizmetten yararlanan hastanın sağlık bilgisinin yetersiz oluşu da önemli bir sorundur. Sağlık hizmetleri bünyesinde bahsedilen müşteriler; iç ve dış müşteriler adı altında kategorize edilmektedir. İç müşteri; sağlık işletmesinde çalışmakta olan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişki içerisinde bulunan kişi veya grupları ifade etmektedir. Dış müşteri ise, sağlık işletmesinde sunulan hizmetlerden doğrudan veya dolaylı şekilde yararlanmakta olan kişi veya kurumları ifade etmektedir. Sağlık kurumları bu müşteri tiplerinin tümünün memnuniyetini sağlamak durumundadır. Sağlık işletmelerinin varlığnı sürdürebilmesi büyük ölçüde müşteri isteklerini ve beklentilerini karşılayabilmesine bağlıdır. Bu memnuniyeti herkes için sağlanabilmesi oldukça zordur ve bu sebeple farklı stratejiler geliştirmek gerekli olacaktır (17).

Müşteri Memnuniyeti

Müşteri memnuniyeti, hastaların sağlık hizmetine yönelik beklentilerini, deneyim ve yargılarını kapsayan ve hastaların hizmete yönelik algılarına dayanmakta olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların sağlık hizmeti sonrasında hizmetin kalitesine yönelik değerlendirmeleri ile hizmeti almadan önceki beklentileri arasındaki fark, müşteri memnuniyetini ifade etmektedir (61).

Müşteri memnuniyeti, sağlık işletmeleri açısından incelendiğinde; hizmetten yararlanacak olan hastaların istek ve beklentilerinin hangi oranda karşılandığını gösteren, sağlık bakımının kalitesini yansıtan ve hastanın esas otorite olduğu en öncelikli ölçüt olarak tanımlanmaktadır. Sağlık işletmelerinin varlığını sürdürebilmeleri için hasta memnuniyetinin sağlanması temel gerekliliktir. Hasta memnuniyeti oldukça karmaşık bir kavramdır ve bununla beraber hasta bakımı konusundaki kalitenin en önemli göstergesidir (62).

Müşterilerin beklentileri; hizmet aldıkları kurumda görmeyi umdukları yönetsel, davranışsal ve bilimsel özellikleri ifade etmekle beraber, cinsiyet, yaş, algı düzeyi, motivasyon, eğitim seviyesi, daha önceki sağlık hizmet deneyimleri gibi birçok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Günümüze kadar gelinen süreçte hastalar bilinçlenmektedir. Sağlık konusunda bilgi yetersizliği devam etmekle beraber, kendine sunulan sağlık bakım sürecine dâhil olmak, karar sürecinde durum bilgisini almak ve konulan tanı, teşhisi anlayabilmek istemektedirler (37).

Müşteri memnuniyetini etkileyen unsurlar (63);

a. Deneyimler: Deneyim, müşteri memnuniyeti konusunda en önemli unsurdur. Müşteriler, hizmet almaya karar verdikleri durumda önceki deneyimlerinden yola çıkarak karar vermektedirler ve sunulan hizmeti daha önce aldıkları hizmetlerle kıyaslamaktadırlar.

b. Kişisel özellikler: Müşterilerin; sosyal, fiziksel, demografik özellikler, eğitim seviyeleri vs. aldıkları hizmetten memnun olma düzeylerini büyük ölçüde etkilemektedir.

c. Durumsal etki faktörleri: Teknolojik gelişmeler, pazarlama ve halkla ilişkiler konularında gerçekleştirilen faaliyetlerdir.

d. Sözlü İletişim: Müşterinin, hizmete yönelik, hizmet sunumundan önce çevrelerinden edindikleri bilgi birikimini ifade etmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı; İstanbul'da bir kamu hastanesi olan Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastaların bakış açısı ile beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin karşılaştırılmasıdır. Araştırma bir alan çalışmasıdır. Bu araştırma, hastane hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İstanbul ili Üsküdar ilçesinde hizmet vermekte olan Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01.12.2017-31.12.2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Üsküdar ilçesinde hizmet veren Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırma yapılması için İstanbul ili Üsküdar ilçesinde hizmet veren Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimine gerekli başvurular yapılarak çalışma yapılabilmesi için izin alınmıştır. Hastanede belirlenen zamanlar arasında anketin kendilerine uygulanmasına izin veren ve anket uygulamaya uygun olan ve geçerli sayılan toplam 208 hastadan veri toplanıp çalışmaya dâhil edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Araştırma; İstanbul ili Üsküdar ilçesinde hizmet veren Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalar, hastanenin tüm kliniklerinin alınamaması ve anket uygulamaya uygun olmayan hastalar ile sınırlıdır. Yoğun Bakım Ünitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Onkoloji Kliniği gibi bazı klinik ve bölümlerin hastalar açısından uygun olmadığı ve bazı klinik sorumlularının anket izni vermemesi gibi nedenlerden çalışmaya Kulak Burun Boğaz, Genel Cerrahi, Beyin Cerrahi, Nöroloji, Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Dâhiliye, Gastroenteroloji Klinikleri dâhil edilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatışı ve taburculuğu yapılan hastalar,
- 18 yaş üstü anket yapabilecek yeterliliğe sahip hastalar,
- Anket yapmayı kabul eden hastalar.

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;

- Anket yapmayı kabul etmeyen hastalar,
- Pediatri bölümü,
- Yoğun Bakım Ünitesi, Onkoloji Kliniği gibi hastayla görüşme olanağının uygun olmadığı bölümler,
- Anket yapamayacak durumda olan hastalar.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

"Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir fark vardır" ana hipotez olmak üzere, hizmet kalitesi skorları ile demografik verilere ait aşağıda verilen alt hipotezler test edilecektir.

Hipotez 1: "Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda algılanan hizmet kalitesi ortalamaları ile son bir yıl içinde hizmet alıp almaması arasında anlamlı bir fark vardır."

Hipotez 2: "Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda algılanan hizmet kalitesi ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır."

Hipotez 3: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda algılanan hizmet kalitesi ortalamaları ile medeni hal arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 4: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda algılanan hizmet kalitesi ortalamaları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 5: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda algılanan hizmet kalitesi ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 6: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalite ortalamaları ile son bir yıl içinde hizmet alıp almaması arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 7: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalitesi ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 8: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalitesi ortalamaları ile medeni hal arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 9: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalitesi ortalamaları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 10: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalitesi ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır.”

Hipotez 11: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalite ortalaması ile algılanan hizmet kalite ortalaması arasında anlamlı bir ilişki vardır.”

Hipotez 12: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda algılanan hizmet kalite ortalaması ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır.”

Hipotez 13: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda algılanan hizmet kalite ortalaması ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki vardır.”

Hipotez 14: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalite ortalaması ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır.”

Hipotez 15: “Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda beklenen hizmet kalite ortalaması ile aylık gelir arasında anlamlı bir ilişki vardır.”

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada veriler anket yöntemi ile elde edilmiştir. Anket formu Parasuraman ve arkadaşlarının, hizmet kalitesini ölçmek amacıyla oluşturdukları Servqual ölçeği esas alınarak oluşturulmuştur. Hastaların hastanede sunulan hizmetlerle ilgili beklenti ve algılarını ölçmek amacıyla hazırlanmış olan anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, son bir yıl içerisinde hastaneden hizmet alıp almadığı gibi demografik bilgileri içeren ve bekledikleri hizmet kalitesini belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşmuştur. Bu kısım hastaların hastaneye yatışı esnasında uygulanmıştır. Buradaki amaç hastanın, hizmeti almadan önceki kalite beklentisinin ölçülmesidir. İkinci kısım ise hastanın algıladığı hizmet kalitesine yönelik sorulardan oluşmuştur. Bu bölüm ise hastanın hastaneden çıkışı aşamasında uygulanmıştır. Amaç ise yine hasta hizmeti aldıktan sonraki kalite algısının ölçülmesidir. Anketin ilk bölümünün hastanın yatışı esnasında uygulanması ve ikinci bölümünün hastanın hastaneden taburculuğu esnasında yapılması, verilerin/sonuçların gerçekliği yansıtması açısında oldukça önem taşımaktadır.

Önermelerde hastanenin araç-gereç ve donanımı, çalışanlarının görünümü, kullanılan malzemelerin kullanışlılığı gibi fiziksel imkanları; çalışanların verdiği sözleri yerine getirmesi, sorun çözme konusunda yardımcı olması, çalışanların hizmeti zamanında vermesi, hastaya yardım etme konusunda istekli olmaları, hastaya güven vermeleri, hastaya kibar davranmaları, yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları, ihtiyaç doğrultusunda gerekli ilgiyi göstermeleri, hastalara özel hissettirmeleri, hasta menfaatini ön planda tutmaları gibi çalışan tutumları; hastanede hastalara doğru işlem uygulanması, hizmetlerin zamanında gerçekleşmesi, kayıtların düzenli tutulması, hizmetin zamanı konusunda bilgi verilmesi, çalışma saatlerinin uygunluğu gibi hastanenin hizmetine yönelik durumlar sorgulanmaktadır.

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19 (Statistical Package fort he Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistiksel programı kullanılarak yapılmıştır.

Hastaların kalite beklenti ve algılarını ölçmeye yönelik uygulanan ölçüm skalasında beşli Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylere önermelere ne derece

katıldıklarına dair sorular yönlendirilmiş ve önermelere 1 ile 5 arasında değerler verilerek ölçümsel veriler elde edilmiştir. Katılma derecesi ve değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. 5li Likert tipi ölçekte katılma dereceleri ve puanları

Katılma Derecesi	Puan
Kesinlikle Katılmıyorum	1
Katılmıyorum	2
Kararsızım	3
Katılıyorum	4
Kesinlikle Katılıyorum	5

Kalite algısı ölçüm skalasında 22 önermeden 4'ü (1,2,3,4) hastanenin fiziksel olanaklarına, 11'i hastane çalışanlarının hastalara karşı tutumuna (6,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20), 7'si ise hastanenin hizmet sunumuna (5,7,8,9,10,21,22) ilişkin önermelerdir.

Hastaların hastaneden beklediği kalite ortalamasını belirlemeye yönelik 22 soru yöneltilmiştir ve güvenirlik katsayısı Cronbach'salpha 0,940 olarak hesaplanmıştır. Yatan hastaların tedavi hizmetleri almaları sonrasında algıladıkları kalite ortalamasını tespit etmeye yönelik 22 soru sorulmuştur ve güvenirlik katsayısı Cronbach'salpha 0,964 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesine ilişkin sunulan soru formuna ait güvenirlik analizi

Güvenilirlik Analizi (Beklenen)	
Cronbach's Alpha	n
,940	22
Güvenilirlik Analizi (Algılanan)	
Cronbach's Alpha	n
,964	22

HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE SERVQUAL

Bu bölümde, hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik ölçüm yöntemlerine, araştırmada kullanılmış olan servqual ölçeğine, sağlık hizmetlerinde servqual uygulamalarına ve servqual ölçeğine yönelik yapılan eleştirilere yer verilecektir.

Hizmet Kalitesi Ölçümü Yöntemleri

Hizmet sektöründe meydana gelen gelişmeler, zamanla baş gösteren değişimler neticesinde kalite kavramının oldukça önem kazanması; hizmet kalitesi konusunda araştırmalar yapmayı zorunlu kılmıştır. Bu anlamda yapılan çalışmalar sonucunda farklı araştırmalar yapılarak hizmet kalitesi modelleri oluşturulmuştur. Oluşturulan modellerin bir kısmı oldukça yaygın şekilde kullanılmıştır. Hizmetlerin; soyutluk, değişkenlik gibi özellikleri gereği ölçülmesi oldukça zordur ve bu sebeple birbirinden farklı birçok hizmet kalitesi ölçüm modeli gerekmektedir (52).

Grönross'un "algılanmış hizmet kalite modeli"

Grönroos modeli, hizmet kalitesi ölçülmesi konusunda oldukça önemli bir modeldir. Söz konusu modelde; hizmet kalitesi, müşterinin aldığı hizmete yönelik beklentisi ile almış oluğu hizmete yönelik algısı arasındaki ilişkiye bağlanmaktadır. Modele göre esas önemli olan, üzerinde durulması gereken etken müşterinin algısıdır. Müşterinin hizmetle ilgili beklentileri ile hizmet alındıktan sonra oluşan algı arasındaki ilişkinin olumlu tutulması gerekmektedir. Buna bağlı olarak Grönroos, hizmet kalitesini üç faktör şeklinde incelemiştir. (63).

Grönsoos'a göre bu faktörlerin ilki olan Teknik Kalite; müşterinin hizmetin sunumuna yönelik ne algıladığı ön plandadır. İkinci faktör olan Fonksiyonel Kalitede müşterinin teknik kaliteyi nasıl aldığıyla ilgilidir. Üçüncü faktör İmajdır ve bu faktörde; müşterinin organizasyona yönelik algısıdır ve bu faktör müşterinin kaliteye yönelik algısında müşteri zihnin süzgeç görevi görmektedir (52).

Lehtinen ve Lehtinen'in "hizmet kalite modeli"

Lehtinen ve Lehtinen tarafından geliştirilen bu modelde; hizmetin sunumu aşamasında ve sunum sonrasında, müşteriler ve hizmeti sunan arasında oluşan karşılıklı ilişkinin şekliyle oluşan kalite, yaklaşımın esasını oluşturmaktadır (12).

Lehtinen ve Lehtinen modelinde üç esas boyut söz konusudur: Fiziksel Kalite, Firma Kalitesi ve Etkileşimsel Kalite. Boyutlardan ilkini ifade eden fiziksel kalite; hizmet sunumuna dâhil olan bina, araç-gereç vs. fiziksel ögeleri kapsamaktadır. Firma kalitesi; hizmeti sunan işletmenin imaj ve profilini ifade etmektedir. Etkileşimsel kalite ise; hem müşterinin hizmeti sunanlarla arasında oluşan ilişkiyi, hem de müşterilerin kendi arasında oluşan etkileşimi ifade etmektedir (5).

Normann'ın "müşteri tatmini modeli"

1984 yılında geliştirilmiş olan modele göre; hizmet sektöründe kalite, hizmeti sunan ve hizmetten yararlanan müşteri arasındaki ilişkiyi, hizmetin sunulması sürecini, hizmet yönetimi konusunda esnek ve katı özellikleri bir bütün olarak kapsamalıdır. Bu doğrultuda kalite yönetimi hususunda, doğru personelin belirlenmesi, hizmet sunanların motive edilmesi, hizmet içi eğitim sağlanması vs. tüm ögeler önemli görülmektedir. Normann, Müşteri Tatmini Modeline göre; bahsedilen tüm özellikler ve ögeler birbiri ile ilişki içerisinde bir bütün halindedir ve birbirini etkilemektedir. Hizmet sistemi bütün ögeleriyle hizmetin sunum sürecini ve hizmet sunum süreci de hizmet kalitesini etkilemektedir (55,63).

Kano modeli

Kano modeli; 1984 yılında; müşterilerin hizmetlere yönelik ihtiyaçlarını sınıflandırmak amacıyla geliştirilen bir modeldir. Farklı müşterilerin ihtiyaçlarını derecelendirmek amacıyla kullanılmıştır. Kano modeli hizmet sunan kurumun, müşterilerinin beklentilerini karşılayabilme düzeyi ile müşteri memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyle ilgilidir. Modele göre müşterinin hizmetten beklediği üç özellik bulunmaktadır. İlki temel

özellikleridir. Bunlar, müşterinin hizmetle ilgili zaten bulunması gerektiği düşünülen özelliklerdir. Temel özelliklerin varlığı müşteri memnuniyetini artırmamakta fakat eksikliği memnuniyetin azalmasına yol açmaktadır. Bir diğeri beklenen özelliklerdir. Müşterinin hizmete yönelik beklentilerini ifade eder. Özelliklerin bulunması memnuniyetin artmasına, bulunmaması ise tatminsizliğe yol açmaktadır. Diğer özellik olan heyecan verici özellik ise; müşteriyi oldukça memnun eden özellikleri ifade eder. Müşteri bu özelliklere yönelik beklenti içerisinde değildir fakat özelliğin varlığı memnuniyeti sağlamaktadır. Bu özelliğin yokluğu memnuniyet durumunu etkilememektedir (64).

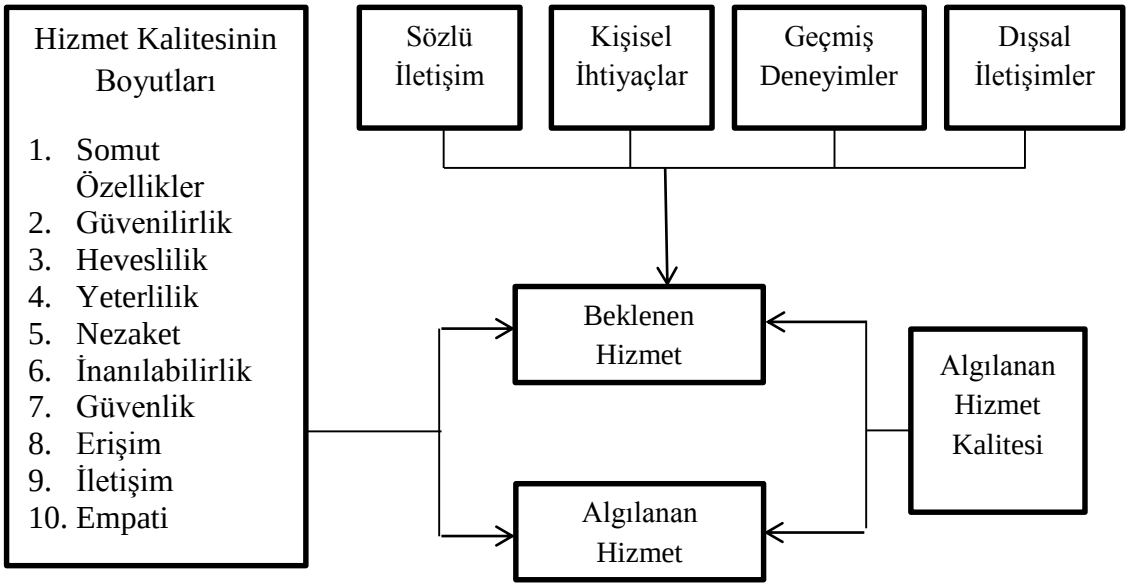
SERVQUAL modeli

Bu model; müşterilerin, hizmetin kalitesine yönelik değerlendirme şekilleri, bu değerlendirmede kullanılan faktörler, müşteri beklentilerini etkileyen unsurlar konularında yapılan araştırmaları içermektedir. Modelde Parasuraman, Zeithaml ve Berry; hizmet kalitesine yönelik daha fazla bilgi edinebilmek ve kavramsal bir hizmet kalite modeli ortaya koyabilmek adına geniş çaplı araştırmalar yapmıştırlar. Konuya yönelik yapılan araştırmalarda hizmet kalitesi için boşluklar belirlenmiş ve belirlenen boşlukların doldurulmasına ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. SERVQUAL modeli, ilk kez 1985 yılında ortaya çıkmış, son halini 1988 yılında almıştır (52). Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yürütülen bu araştırmalarda öncelikle şu sorulara cevap aranmıştır (52, 55, 65):

- "Hizmet kalitesi, müşteriler tarafından ne şekilde değerlendirilmektedir?"
- "Müşteriler her şeyi içine alan bir değerlendirme mi yapmaktadır? Yoksa, toplam bir sonuca ulaşmak için hizmetin belli boyutlarını mı değerlendirmektedir?"
- "Eğer belli boyutlarını ele alarak bir sonuca ulaşmakta ise, değerlendirmelerinde kullandıkları boyutlar hangileridir?"
- "Bu boyutlar farklı hizmet türleri ve farklı müşteri kesimleri için değişiklik göstermekted midir?"
- "Eğer bir hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde müşteri beklentileri önemli bir rol oynuyor ise, bu beklentileri oluşturan ve etkileyen faktörler hangileridir?"

Servqual ölçeği, bu sorular ışığında, hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Buna göre öncelikle hizmet kalitesinin tanımlanması, hizmet kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve sonrasında da ölçülebilir hale getirilmek üzere tüm hizmet sektörlerinde uygulanabilecek bir model oluşturulması amaçlanmıştır. Bu hedefler

doğrultusunda geliştirilen modelde hizmet kalitesi; müşterilerin hizmete yönelik istek ve beklentileri ile hizmet algıları arasındaki farklılık ölçüsü olarak ifade edilmiştir. Servqual yöntemi; iki bölümden oluşan anket şeklinde bir ölçme yöntemidir. Anket formunun ilk bölümünde müşterinin hizmet sunucularına yönelik beklentileri, ikinci bölümde ise hizmet sunan işletmeye yönelik algılanan hizmet performansı ölçülmektedir. Servqual ölçek formunda bulunan sorular müşterilerin hizmet kalitesi konusunda önemsedikleri unsurlar da göz önünde bulundurularak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından oluşturulmuştur. Buna göre hizmet kalitesine yönelik 10 farklı boyuttan söz edilebilmektedir (66) (Şekil 5).



Şekil 5. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin (1985, 1988) kavramsal hizmet kalitesi modeli (44)

BULGULAR

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yatan hasta servislerinde tedavi görmekte olan hastaların, sağlık hizmeti sunumundan önce bekledikleri hizmet kalitesi ile sağlık hizmetinden yararlandıktan sonra algıladıkları hizmet kalitesinin karşılaştırılması ve elde edilen verilerin sosyodemografik özelliklerle ilişkilerinin ortaya konulmasına yönelik yapılan bu çalışmada elde edilen veriler bu bölümde sunulmaktadır.

Çalışmaya dâhil olan hastaların %71,2'si (n=148) son 1 yıl içinde ilgili hastaneden hizmet almış olup, %28,8'i (n=60) son 1 yıl içerisinde hastaneden hizmet almamıştır (Tablo 4). Katılımcıların büyük çoğunluğunun araştırmanın yapıldığı hastaneye daha önce geldiği ve hastaneden hizmet almış olduğu görülmektedir (Şekil 6).

Tablo 4. Hastaların hastaneden son bir yıl içerisinde hizmet alma durumlarına göre dağılımları (n=208)

Bu hastaneden son bir yıl içinde, hiç hizmet aldınız mı?	**Frekans (n)**	**Yüzde**
Evet	148	71,2
Hayır	60	28,8
Toplam	**208**	**100**

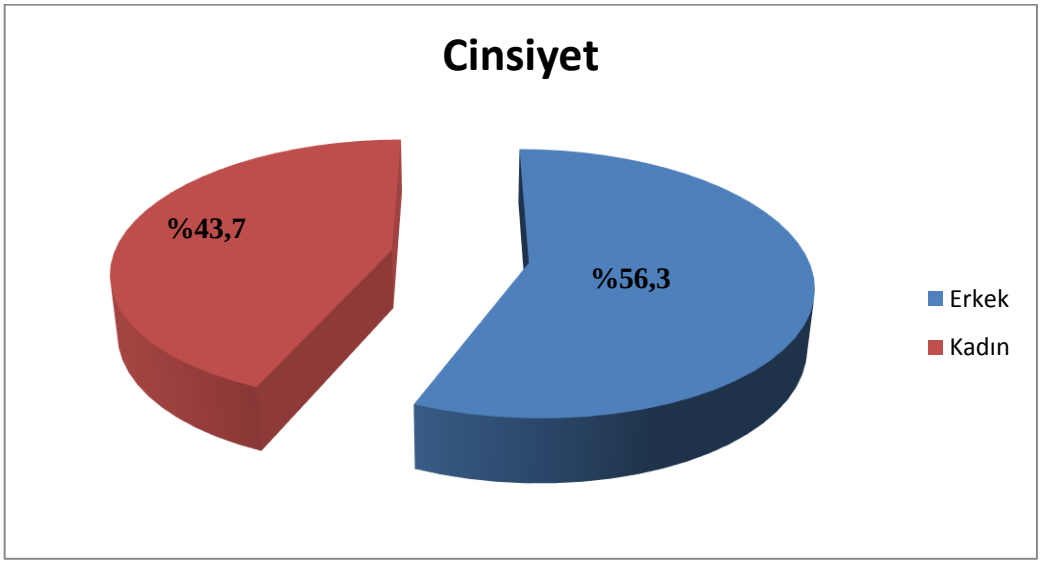


Şekil 6. Katılımcıların son bir yıl içerisinde hastaneden hizmet alma durumuna göre dağılımı

Araştırmaya; %43,7'si (n=91) kadın, %56,3'ü (n=117) erkek olmak üzere toplamda 208 hasta dâhil edilmiştir (Tablo 5). Erkek katılımcı sayısının daha fazla olması ile beraber katılımcıların cinsiyetleri konusunda önemli bir farklılık olmadığı görülmektedir (Şekil 7).

Tablo 5. Hastaların cinsiyet durumlarına göre dağılımları (n=208)

Cinsiyet	**Frekans (n)**	**Yüzde**
Kadın	91	43,7
Erkek	117	56,3
Toplam	**208**	**100**

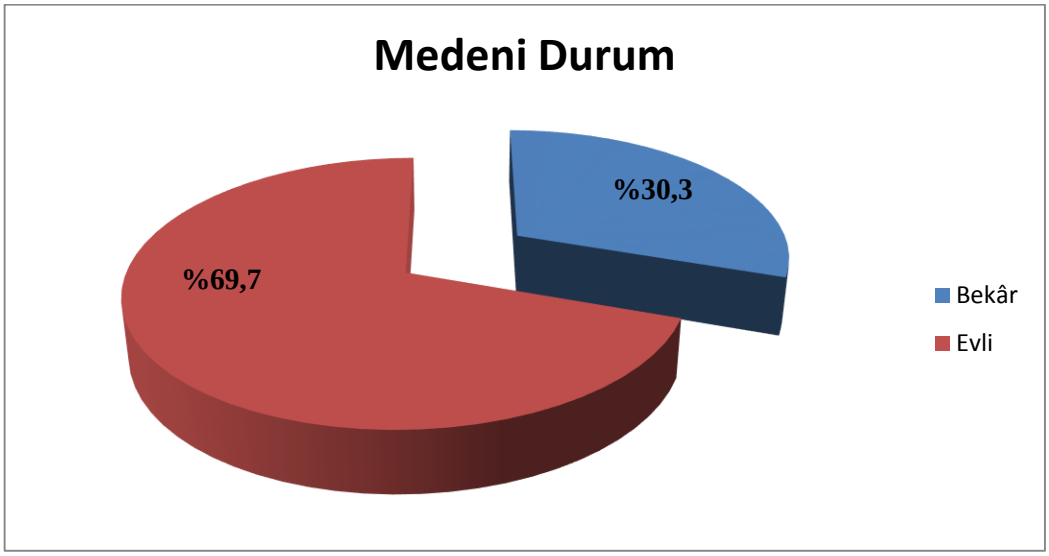


Şekil 7. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları

Hastaların yaş ortalaması 42,12 ±15,3 yıl olup; araştırmaya katılanların % 30,3'ü(n=63) bekâr, %69,7'si (n=145) evlidir (Tablo 6), (Şekil 8). Katılımcıların çoğunluğunun medeni durumunun evli olmasının sebebi, katılımcı grubun yaş ortalamasının yüksek olması olarak düşünülmektedir.

Tablo 6. Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları (n=208)

Medeni Durum	Frekans (n)	Yüzde
Bekâr	63	30,3
Evli	145	69,7
Toplam	**208**	**100**

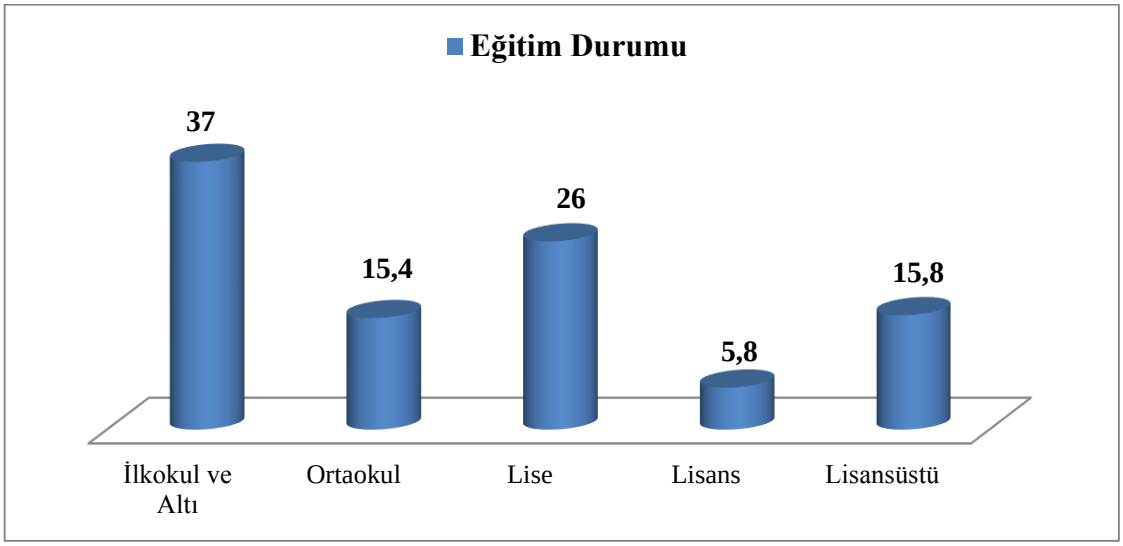


Şekil 8. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı

Katılımcıların %37'sinin (n=77) ilkokul ve altı düzeyinde, %15,4'ünün (n=32) ortaokul düzeyinde, %26'sının (n=54) lise düzeyinde, %5,8'inin (n=12) lisans düzeyinde ve %15,8'inin (n=33) lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Tablo 7). Katılımcıların en büyük yüzdesini ilkokul ve altı eğitim düzeyindekiler oluştururken, en az katılımcı oranının lisans eğitim düzeyine sahip katılımcılara ait olduğu görülmektedir (Şekil 9).

Tablo 7. Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları (n=208)

Eğitim Düzeyi	Frekans (n)	Yüzde
İlkokul ve altı	77	37
Ortaokul	32	15,4
Lise	54	26
Lisans	12	5,8
Lisansüstü	33	15,8
Toplam	**208**	**100**

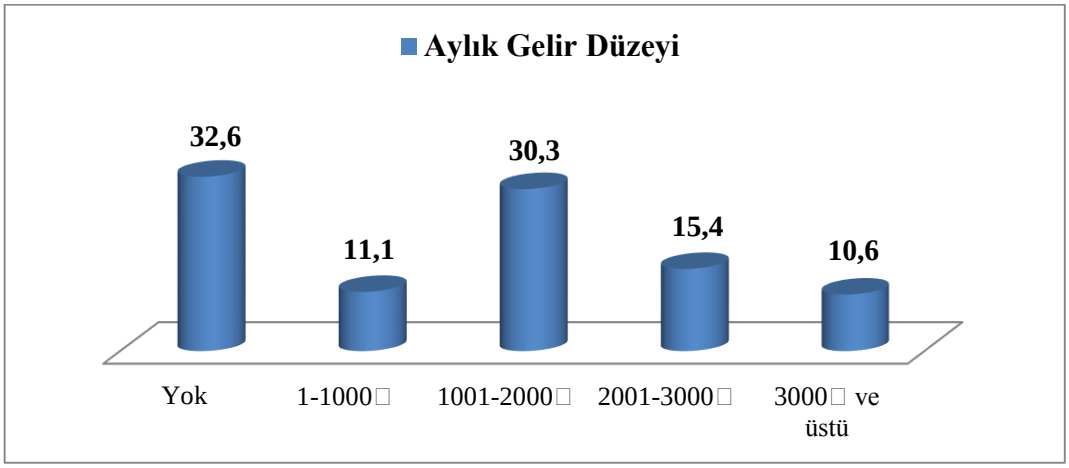


Şekil 9. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı

Katılımcıların %32,6'sının (n=68) ise herhangi bir aylık gelire sahip olmadığı, % 11,1'inin (n=23) 1-1000 ₺ arası gelir düzeyine, %30,3'ünün (n=63) 1001-2000₺ arası gelir düzeyine, %15,4'ünün (n=32) 2001-3000₺ arası gelir düzeyine ve %10,6'sının (n=22) 3000 ₺ ve üstü gelir düzeyine sahip olduğu belirlemiştir (Tablo 8). En büyük yüzdeyi aylık geliri olmayan katılımcı grubun oluşturduğu görülmektedir (Şekil 10).

Tablo 8. Hastaların aylık gelir düzeyi durumlarına göre dağılımları (n=208)

Aylık Gelir Düzeyi	Frekans (n)	Yüzde
Yok	68	32,6
1-1000₺	23	11,1
1001-2000₺	63	30,3
2001-3000₺	32	15,4
3000₺ ve üstü	22	10,6
Toplam	**208**	**100**

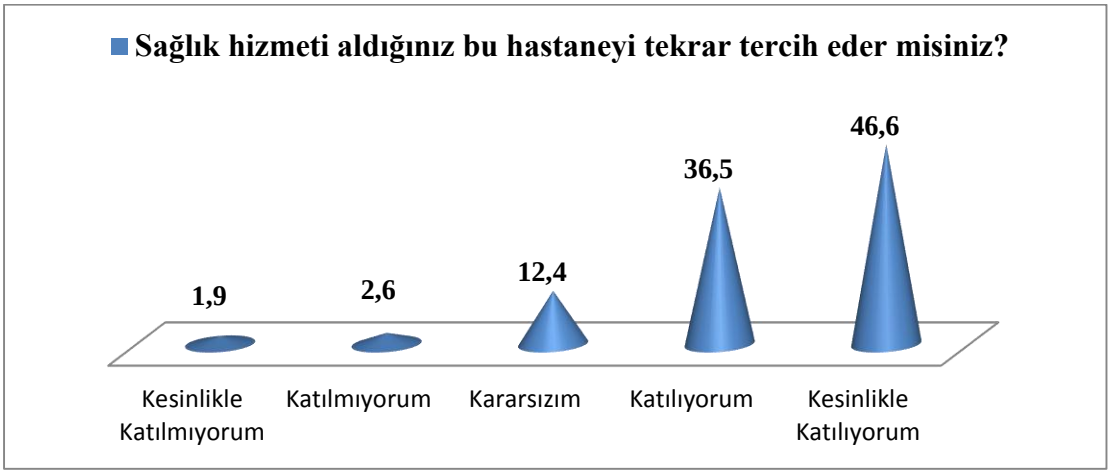


Şekil 10. Katılımcıların aylık gelir düzeyine göre dağılımı

Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi tekrar tercih eder misiniz sorusuna katılımcıların %1,9'u (n=4) "kesinlikle katılmıyorum", %2,6'sı (n=6) "katılmıyorum", %12,4'ü (n=25) "kararsızım", %36,5'i (n=76) "katılıyorum" ve %46,6'sı (n=97) "kesinlikle katılıyorum" cevabını vermiştir (Tablo 9). Katılımcıların büyük çoğunluğunun hastaneyi tekrar tercih edeceği yönünde görüş bildirdiği görülmektedir (Şekil 11).

Tablo 9. Hastaların sağlık hizmeti aldıkları bu hastaneyi tekrar tercih edip etmeme durumlarına göre dağılımları (n=208)

Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?	Frekans (n)	Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,9
Katılmıyorum	6	2,6
Kararsızım	25	12,4
Katılıyorum	76	36,5
Kesinlikle Katılıyorum	97	46,6
Toplam	**208**	**100**

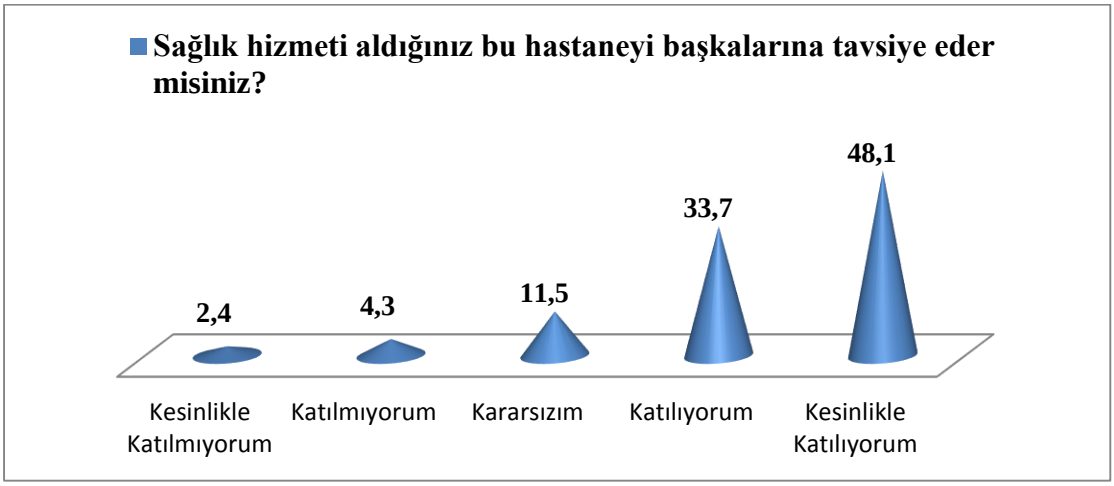


Şekil 11. Katılımcıların hastaneyi tekrar tercih etme durumlarına göre dağılımı

Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz sorusuna katılımcıların %2,4'ü (n=5) "kesinlikle katılmıyorum", %4,3'ü (n=9) "katılmıyorum", %11,5'i (n=24) "kararsızım", %33,7'si (n=70) "katılıyorum" ve %46,6'sı (n=100) "kesinlikle katılıyorum" cevabını vermiştir (Tablo 10). Katılımcıların büyük çoğunluğu hastaneyi başkalarına tavsiye edeceğini bildirmiştir (Şekil 12).

Tablo 10. Hastaların sağlık hizmeti aldıkları bu hastaneyi başkalarına tavsiye edip etmeme durumlarına göre dağılımları (n=208)

Sağlık hizmeti aldığınız bu hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz?	**Frekans (n)**	**Yüzde**
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,4
Katılmıyorum	9	4,3
Kararsızım	24	11,5
Katılıyorum	70	33,7
Kesinlikle Katılıyorum	100	48,1
Toplam	**208**	**100**



Şekil 12. Katılımcıların hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumlarına göre dağılımı

Hastaların sağlık hizmeti almadan önce bekledikleri hizmet kalitesi ile hizmet sunumundan sonra algılanan hizmet kalitesi arasındaki farkı ölçmeye yönelik yapılan analizler neticesinde; "Bu hastanenin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır/çekicidir." maddesine yönelik hasta beklentisi ve hizmet sunumu sonrasında hasta algısı arasındaki fark 1,11 olarak belirlenmiştir. Bu maddeye yönelik olarak algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesine oranla düşük olduğu görülmüştür.

"Bu hastane modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır/sahiptir." maddesine yönelik veriler incelendiğinde yine hastaların hizmet almadan önceki kalite beklentileri ile hizmet sunumundan sonraki kalite algıları karşılaştırıldığında fark 1,05 olarak belirlenmiştir. Bu maddeye yönelik olarak algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesine oranla düşük olduğu görülmüştür.

Hizmet sunumundan sonraki kalite algısının, hizmet alımından önceki hizmet kalite beklentisinin en yakın olduğu madde "Bu hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman dilimindedir/olmalıdır" olarak belirlenmiştir. Bu maddeye yönelik beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark 0,27 olarak belirlenmiştir.

Tüm maddeler incelendiği zaman beklenen hizmet kalitesi genel ortalaması ile algılanan hizmet kalitesi genel ortalaması arasındaki fark 0,62 olarak belirlenmiştir (beklenen hizmet kalitesi 4,51, algılanan hizmet kalitesi 3,89). Hastaların hizmet sunumundan önceki kalite beklentilerinin, hizmet sunumundan sonraki kalite algılarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Tabloda ortalamalar ve ortalama farklarının 0,6dan büyük olduğu veriler kalın yazı tipi ile gösterilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesinin karşılaştırılması

İfadeler	Beklenen		Algılanan			
	Ort.	St. Sp.	Ort.	St. Sp.	Fark	N
Bu hastane modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır/sahiptir.	**4,55**	0,78	**3,50**	1,13	**1,05**	208
Bu hastanenin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır/çekicidir.	**4,27**	0,88	**3,16**	1,14	**1,11**	208
Bu hastanede çalışanlar temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır/görünüşlüdür.	**4,69**	0,57	**3,96**	0,91	**0,73**	208
Bu hastanede kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır/modern ve kullanışlıdır.	**4,65**	0,64	**3,62**	1,06	**1,03**	208
Bu hastane, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirmiş olmalıdır/yerine getirmektedir.	**4,67**	0,64	**4,04**	0,91	**0,63**	208
Bu hastanede çalışanlar, hastaların bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi göstermelidir/gösterir.	**4,62**	0,65	**4,06**	0,92	0,55	208
Bu hastanede hastalara uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmalıdır/yapılmaktadır.	**4,58**	0,68	**4,00**	0,88	0,58	208
Bu hastane, hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirmelidir/gerçekleştirir.	**4,62**	0,59	**3,92**	0,96	**0,69**	208
Bu hastanede hastalara ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır/tutulmaktadır.	**4,72**	0,55	**4,19**	0,84	0,53	208

Tablo 11. Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesinin karşılaştırılması (devamı)

Bu hastanede, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmelidir/söylenmektedir.	4,53	**0,67**	3,87	**1,05**	0,67	**208**
Bu hastanede çalışanlar, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir/vermektedir.	**4,51**	0,65	**3,96**	0,99	0,55	208
Bu hastanede çalışanlar, her zaman hastaya yardım etmeye istekli olmalıdır/isteklidir.	**4,54**	0,70	**4,00**	0,99	0,54	208
Bu hastanede çalışanlar, meşgul dahi olsalar hastaların isteklerine cevap vermelidir/vermektedir.	**4,24**	0,91	**3,81**	1,05	0,43	208
Bu hastanede çalışanlar, davranışlarıyla hastalara güven vermelidir/vermektedir.	**4,62**	0,57	**4,07**	0,88	0,55	208
Bu hastanede hastalar, hastane personeli ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmelidir/hissetmektedir.	**4,66**	0.57	**3,98**	0.93	**0,69**	208
Bu hastanede çalışanlar, hastalara karşı kibar olmalıdır/kibardır.	**4,63**	0,62	**4,08**	0,95	0,55	208
Bu hastanede çalışanlar, hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır/sahiptir.	**4,61**	0,62	**3,97**	0,96	**0,64**	208
Bu hastanede ihtiyaçları doğrultusunda hastalara bireysel ilgi gösterilmelidir/gösterilmektedir.	**4,31**	0,82	**3,88**	1,03	0,43	208
Bu hastanede çalışanlar, hastalara kendini özel hissettirmelidir/ hissettirmektedir.	**4,20**	0,91	**3,75**	1,03	0,45	208

Tablo 11. Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesinin karşılaştırılması (devamı)

Bu hastanede çalışanlar, hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır/ tutmaktadır.	4,16	**1,00**	3,73	**0,99**	**0,43**	**208**
Bu hastane hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır/yapmaktadır.	**4,61**	0,61	**4,05**	0,92	0,56	208
Bu hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman diliminde olmalıdır/dilimindedir.	**4,35**	0.82	**4,08**	0,88	0,27	208
TOPLAM	**4,51**		**3,89**		**0,62**	

Kolmogorov Smirnov testine göre ölçümsel veri analizi sonucu; Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması (BHKO) p değeri <0,05 olduğundan dağılımın normal olmadığı için Non Parametrik Testlerin kullanılacağı, Algılanan Hizmet Kalite Ortalaması (AHKO) p değeri >0,05 olduğundan dağılımın normal olduğu için Parametrik Testler kullanılmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğunun ölçülmesi

	n	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**KS***	**p**
BHKO	208	4,5151	0,47577	2,222	0,000
AHKO	208	3,8949	0,73727	0,99	0,281

BHKO: Beklenen hizmet kalite ortalaması; **AHKO:** Algılanan hizmet kalite ortalaması.
* Kolmogorov smirnov.

Beklenen hizmet kalitesi ortalaması 4,515±(0,476), algılanan hizmet kalitesi ortalaması ise 3,895±(0,737)'dur. Yapılan Wilcoxon Signed Ranks Testi sonucuna göre anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için (p=0,001); beklenen hizmet kalitesi ortalaması (hizmet öncesi) ile algılanan hizmet kalitesi ortalaması (hizmet sonrası) ölçümlerinde

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durumda ana hipotez kabul edilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya katılan hastaların algılanan ve beklenen hizmet kalitesi ortalamalarının incelenmesi

	n	Ortalama	Standart Sapma	Z	P
BHKO	208	4,5151	,47577	10,354	0,001
AHKO	208	3,8949	,73727		

BHKO: Beklenen hizmet kalite ortalaması; **AHKO:** Algılanan hizmet kalite ortalaması.
Wilcoxon signed ranks testi

Independent Sapmle T Testi ile yapılan değerlendirme neticesinde; cinsiyet ile Algılanan Hizmet Kalite Ortalaması (AHKO) arasında anlamlı bir fark yoktur. P değeri 0,05'ten büyük olması sebebiyle (p=0,447) H_2 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Algılanan hizmet kalitesi ortalamasının cinsiyet ile değerlendirilmesi

Algılanan Hizmet Kalitesi Ortalaması(AHKO)						
		n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Cinsiyet	Erkek	117	3,861	0,733	0,761	0,447
	Kadın	91	3,939	0,744		

Independent sapmle t testi

Medeni durum ile Algılanan Hizmet Kalite Ortalaması(AHKO) arasında anlamlı bir fark yoktur. P değeri 0,05'ten büyük olması sebebiyle (p=0,092) H_3 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Algılanan hizmet kalitesi ortalamasının medeni durum ile değerlendirilmesi

Algılanan Hizmet Kalitesi Ortalaması(AHKO)						
		n	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**t**	**p**
Medeni Durum	Bekâr	63	3,764	0,803	1,694	0,092
	Evli	145	3,952	0,702		

Independent sapmle t testi

Son bir yılda hizmet alıp almama ile Algılanan Hizmet Kalite Ortalaması(AHKO) arasında anlamlı bir fark yoktur. P değeri 0,05'ten büyük olması sebebiyle (p=0,299) H_1 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Algılanan hizmet kalitesi ortalamasının son bir yılda hizmet alıp almama durumu ile değerlendirilmesi

Algılanan Hizmet Kalitesi Ortalaması(AHKO)						
		n	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**t**	**p**
Son Bir Yılda Hizmet Aldınız mı?	Evet	148	3,929	0,729	1,040	0,299
	Hayır	60	3,811	0,758		

Independent sapmle t testi

Çalışmada elde edilen verilere göre yapılan varyans analizi sonucu algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık vardır. F değeri 2,61 P değeri 0,037 olarak belirlenmiştir. P değeri 0,05'den küçük olduğu için anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 17). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Post HocTukey testi sonucunda ise farklılığın ilkokul ve altı ile lise (0,68) arasında olduğu tespit edilmiştir. H_4 hipotezi kabul edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerine ilişkin dağılımları Şekil 13'de verilmiştir.

Tablo 17. Algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile eğitim durumunun incelenmesi

Algılanan Hizmet Kalitesi Ortalaması (AHKO)						
		n	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**F**	**P**
Eğitim Durumu	İlkokul Ve Altı*	77	4,0183	,71214	2,61	0,037
	Ortaokul	32	3,9489	,78414		
	Lise	54	3,8788	,65341		
	Lisans*	12	3,3295	1,06426		
	Lisansüstü	33	3,7865	,66906		

*İlkokul ve altı ile lisans arasında (0,68) algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı farklılık vardır.
Tek yönlü varyans (Oneway-anova)

Anket çıktılarından alınan bilgilere göre yapılan varyans analizi sonucu P değeri 0,05 den büyük olduğu için aylık gelir ile algılanan hizmet kalitesi ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,542). H_5 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 18). Katılımcıların aylık gelir düzeylerine ilişkin dağılımları Şekil 14'de verilmiştir.

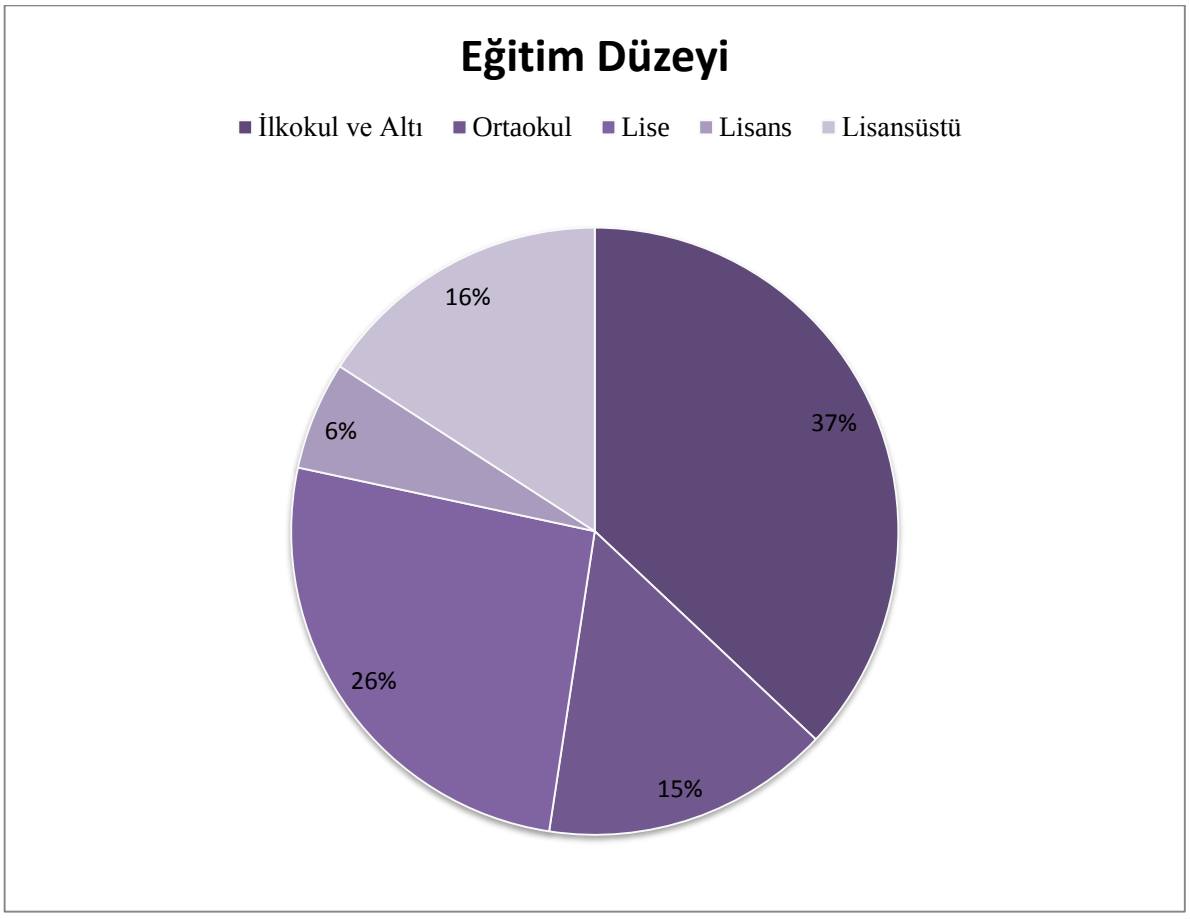
Tablo 18. Algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile aylık gelir durumunun incelenmesi

Algılanan Hizmet Kalitesi Ortalaması (AHKO)						
		n	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**F**	**P**
Aylık Gelir	Yok	68	3,9920	,65235	0,755	0,542
	1-1000₺	23	3,7945	,75052		
	1001-2000₺	63	3,8333	,82301		

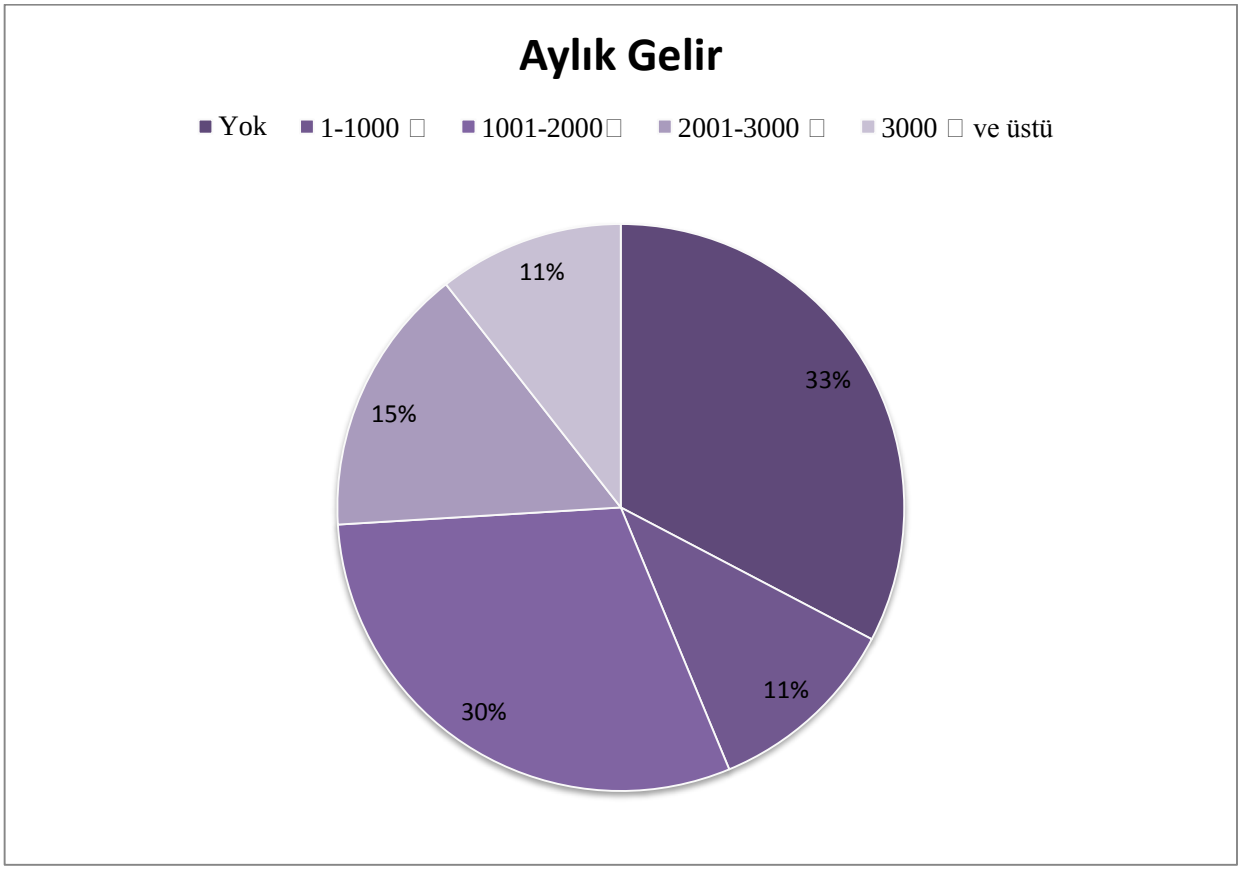
Tablo 18. Algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile aylık gelir durumunun incelenmesi (devamı)

Aylık Gelir	**2001-3000₺**	**32**	**3,9730**	**,65990**		
	3000 ₺ ve üstü	22	3,7624	,82881		
	Toplam	208	3,8949	,73727		

Tek yönlü varyans (Oneway-anova)



Şekil 13. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine ilişkin dağılımı



Şekil 14. Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir düzeylerine ilişkin dağılımı

Mann Witney U Testi sonucu elde edilen sonuçlara göre cinsiyet ile Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması (BHKO) arasında anlamlı bir fark yoktur. P değeri 0,05'ten büyük olması sebebiyle (p=0,59) H_7 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Beklenen hizmet kalitesi ortalamasının cinsiyet ile değerlendirilmesi

Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması(BHKO)						
		n	**Ort.**	**St. Sp**	**MW***	**P**
Cinsiyet	Erkek	117	4,466	0,474	1,888	0,59
	Kadın	91	4,578	0,473		

*Mann witney u testi ile

Medeni durum ile Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması(BHKO) arasında anlamlı bir fark yoktur. P değeri 0,05'ten büyük olması sebebiyle (p=0,546) H8 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Beklenen hizmet kalitesi ortalamasının medeni durum ile değerlendirilmesi

Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması(BHKO)						
		n	**Ort.**	**St. Sp**	**MW***	**P**
Medeni Durum	Bekâr	63	4,494	0,464	0,604	0,546
	Evli	145	4,524	0,482		

*Mann witney u testi ile

Son bir yılda hizmet alıp almama ile Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması(BHKO) arasında anlamlı bir fark yoktur. P değeri 0,05'ten büyük olması sebebiyle (p=0,620) H_6 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Beklenen hizmet kalitesi ortalamasının son bir yılda hizmet alıp almama durumu ile değerlendirilmesi

Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması(BHKO)						
		n	**Ort.**	**St. Sp**	**MW***	**P**
Son Bir Yılda Hizmet Aldınız mı?	Evet	148	4,519	0,485	0,496	0,620
	Hayır	60	4,505	0,455		

*Mann witney u testi ile

Kruskal-Wallis Testi sonucunda elde edilen verilere göre eğitim durumu ile Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması(BHKO) arasında anlamlı bir fark vardır. P değeri 0,05'ten küçük olduğu için p=0,042. Bu durumda H_9 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Beklenen hizmet kalite ortalaması ile eğitim durumunun incelenmesi

Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması (BHKO)					
		N	**Ort.**	**KW***	**p**
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	77	114,64	9,9	**.042**
	Ortaokul	32	115,09		
	Lise	54	86,16		
	Lisans	12	83,29		
	Lisansüstü	33	108,29		

*Kruskal-wallis testi

Aylık gelir ile Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması(BHKO) arasında anlamlı bir fark yoktur. P değeri 0,05'ten büyük olduğu için p=0,831. Bu durumda H_{10} hipotezi reddedilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Beklenen hizmet kalite ortalaması ile aylık gelirin incelenmesi

Beklenen Hizmet Kalite Ortalaması (BHKO)					
		N	**Ort.**	**KW***	**p**
Aylık gelir	Yok	68	104,96	1,475	0,831
	1-1000₺	23	92,33		
	1001-2000₺	63	109,32		
	2001-3000₺	32	101,36		
	3000 ₺ ve üstü	22	106,59		

*Kruskal-wallis testi

Yapılan korelasyon analizi ile elde edilen verilere göre beklenen hizmet kalite puan ortalaması ile algılanan hizmet kalite puan ortalaması arasında yapılan korelasyon analizi neticesinde p değeri 0,05'ten küçük olarak bulunmuş ve BHKO ile AHKO arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. H_{11} hipotezi kabul edilmiştir (p=0,001) (Tablo 24).

Tablo 24. Algılanan hizmet kalite ortalaması ile beklenen hizmet kalite ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi

Hizmet Kalitesi		**Beklenen hizmet kalite ortalaması**
Algılanan hizmet kalite ortalaması	r	,352*
	p	,001

* Korelasyon, 0,01düzeyinde anlamlıdır.
Korelasyon analizi

Yapılan korelasyon analizi ile elde edilen verilere göre yaş ile algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p=0,628) ve aylık gelir ile algılanan hizmet kalitesi ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur. H_{12} hipotezi ve H_{13} hipotezi reddedilmiştir (p=0,325) (Tablo 25).

Tablo 25. Algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile yaş ve aylık gelir arasındaki ilişkinin incelenmesi

Demografik Veriler		**Algılanan Hizmet Kalitesi Ortalaması**
Yaş	r	,034
	p	,628
Aylık gelir	r	-,069
	p	,325

Pearson korelasyon analizi

Yapılan homojenlik testi sonucu veriler arasında homojen dağılım göstermediği elde edilmiştir. Homojen dağılım göstermediği için, non parametrik korelasyon testinde spearman testi uygulanır. Yaş ile beklenen kalite arasında pozitif yönde çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. H_{14} hipotezi kabul edilmiştir (p=0,037). Aylık gelir ile beklenen

hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. H_{15} hipotezi reddedilmiştir (p=0,890) (Tablo 26).

Tablo 26. Beklenen hizmet kalitesi ortalaması ile yaş ve aylık gelir arasındaki ilişkinin incelenmesi

Demografik Veriler		**Beklenen Hizmet Kalitesi Ortalaması**
Yaş	r	,144*
	p	,037
Aylık gelir	r	,010
	p	,890

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.
Spearman Korelasyon Analizi

TARTIŞMA

Yaşamın her alanında kendini gösteren değişim ve gelişimler, sağlık sektöründe de etkilerini yoğun şekilde göstermektedir. Özellikle teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, her türlü bilgi ediniminin kolaylaşmasını sağlayarak bireylerin her alanda bilgi sahibi olmasını ve bilinç düzeyinin artmasını sağlamıştır. Bu durum sağlık kullanıcılarını da etkileyerek nitelikli sağlık hizmeti sunumunu kaçınılmaz kılmıştır.

Sağlık sektörü karmaşık bir yapıdadır ve anlaşılması zordur. Hastanın sağlık hizmetine yönelik beklentileri vardır ve bu beklentilerin karşılanması oldukça önemlidir. Ancak sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı sebebiyle hastanın sunulan hizmeti nasıl algılayacağının öngörülmesi kolay olmamaktadır. Bu anlamda, sağlık kullanıcılarının hizmete yönelik algı düzeylerinin ölçülmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, kalite artırılması adına oldukça önemlidir.

Bu çalışmada hastaların hizmet alımından önceki beklenilen hizmet kalitesi ile hizmet sunumundan sonra oluşan hizmet kalite algısı kıyaslanmış ve ortaya çıkan veriler sosyodemografik veriler ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar ile literatürde yer alan diğer çalışmalar karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalaması 42,12 ±15,3'tür. Yalkın (15)'ın yaptığı çalışmada 256 kişilik araştırma grubunun %47'si 36-50 yaşları arasında; Gürsoy (6)'un araştırmasında 211 kişilik araştırma grubunun %23,2'si 19-29 yaş aralığında; Kaya (1)'nın 160 kişiden oluşan araştırma grubunun %38'i 60 yaş üstü olarak görülmüştür. Çalışmamızda; beklenen hizmet kalitesi ile hastaların yaş durumu arasında 0,037 değere sahip zayıf bir ilişki

olduğu, bununla beraber algılanan hizmet kalitesi verilerinin, hastaların yaş durumu ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Yalkın (15)'ın yapmış olduğu çalışmada beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Gürsoy (6)'un çalışmasına göre hastanın yaşı arttıkça beklenti düzeyinin artış gösterdiği ve yine hastanın yaşı ile beraber algı düzeyinin de arttığı görülmektedir. Kaya (1)'nın yaptığı çalışmada algılanan hizmet kalitesi ile yaş arasındaki ilişkiye yönelik analizler yapılmış ve algılanan hizmet kalitesi ile hastanın yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunarak; yaş ortalaması arttıkça algılanan hizmet kalitesi düzeyinin de artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların/hastaların yaş farklılıkları hizmet kalite algısına anlamlı bir katkı sunamamıştır. Yaş gruplarının farklılığına göre hizmet kalite algısında bir değerlendirme yapılmamalıdır.

Araştırmaya katılanların %43,7'si kadın, %56,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Gürsoy (6)'un yaptığı çalışmada araştırma grubunun %56,4 kadın, %43,6 erkek; Torun (18)'un yaptığı çalışmada araştırma grubunun %94,2 kadın, %5,8 erkek; Has (55)'ın çalışmasında ise grubun %52 kadın, %48 erkektir. Araştırma verilerimiz incelendiğinde; beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile hastaların cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Gürsoy (6)'un yaptığı çalışmada da; beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile hastaların cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Cinsiyet oranlarının farklılığının hizmet kalite algısına herhangi bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Araştırma grubumuzun %37'si ilkokul ve altı, %15,4'ü ortaokul, %26'sı lise, %5,8'i lisans ve %15,9'u lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. Bu dağılımın büyük çoğunluğunu ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip hastaların oluşturduğu görülmektedir. Torun (18)'un yapmış olduğu çalışmada araştırma grubunun %39,8'lik kısmını ilkokul mezunu bireyler oluşturmaktadır. Mirza (17)'nın çalışma yaptığı grubun %45,7'sini lise mezunları oluşturmaktadır. Harput (3)'un çalışmasında ise araştırma grubunu oluşturan hastaların %61,3'ü lisans mezunudur. Çalışmamızda yapılan analizler neticesinde beklenen hizmet kalitesi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark (0,042) olduğu ve algılanan hizmet kalitesi ile eğitim düzeyi arasında da anlamlı farklılık (0,037) olduğu görülmüştür. Torun (18)'un yaptığı çalışmada, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile hastanın eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Mirza (17)'nın çalışmasında ise beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Yine Harput (3)'un çalışmasında da, hastaların hizmet kalitesini algılama düzeylerinin, hastaların almış

olduğu eğitimler açısından hiçbir fark görülmediği tespit edilmiştir. Katılımcıların/hastaların eğitim düzeylerinin hizmet kalite algısına etkisi konusunda yapılan çalışmalarda, farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda ise eğitim seviyesi düşük olan bireylerin hastane hizmet kalitesine yönelik algı düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırma katılımcılarının %32,7'si her hangi bir aylık gelire sahip değildir. %11,1'i; 1-1000₺ gelir düzeyine, %30,3'ü 1001-2000₺ arası gelir düzeyine, %15,4'ü 2001-3000₺ arası gelir düzeyine ve %10,6'sı ise 3000₺ ve üzeri gelire sahiptir. Gürsoy (6)'un yaptığı çalışmada grubun %37,4'ü 500-1000₺ arası gelire sahiptir. Torun (18)'un çalışmasında ise çalışma grubunun %34'ü, 500₺ ve altı düzeyinde gelir düzeyine sahiptir. Elde edilen veriler ışığında yapılan analizler sonucunda, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile hastanın gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Yine Gürsoy (6)'un yaptığı çalışmada da beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile aylık gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Torun (18)'un çalışmasında ise, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile hastanın aylık gelir düzeyi arasında zayıf ve ters yönde bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda; beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasında p=0,001 oranında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu sonuç bize, bireyin hizmet kalitesine yönelik beklentisinin, hizmet kalite algısını etkilediğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin beklenen hizmet kalitesi ortalaması 4,515±(0.476), algılanan hizmet kalitesi ortalaması ise 3,895±(0,737) olarak bulunmuştur. Yapılan analizler neticesinde beklenen hizmet kalite ortalaması ile algılanan hizmet kalite ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Analiz sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, hastanın kalite algısının, kalite beklentisinden daha düşük olduğu görülmektedir. Harput (3)'un çalışmasında bireylerin hizmet kalitesi beklentilerinin ortalaması, 4,878±(0,220), sunulan hizmete yönelik kalite algılarının ortalaması ise 4,606±(0,488) dir. Elde edilen verilere yönelik yapılan analizlerle beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastaların hastaneye yönelik hizmet kalitesi beklentilerinin, hizmet kalite algılarından çok daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Mirza (17) ve Torun (18)'un yine kamu hastanelerinde yaptığı çalışmalarda da; beklenen hizmet kalitesinin, algılanan hizmet kalitesinden yüksek bulunduğu görülmüştür. Has (55)'ın; özel bir diş kliniğinde yapmış olduğu çalışmada ise beklenen hizmet kalitesi ortalaması 4,42±0,43, algılanan hizmet kalitesi ortalaması 4,61±0,37 olarak bulunmuştur. Söz

konusu çalışmada, literatürde bulunan ilgili çalışmaların büyük çoğunluğunda elde edilen sonuçların aksine, algılanan hizmet kalitesinin, beklenen hizmet kalitesinden yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmalarda beklenen ve algılanan hizmet kalite ortalamaları incelendiği zaman; bu çalışmada ve Mirza (17), Torun (18)'un yaptığı çalışmalarda elde edilen puan ortalamalarının, Harput (3)'un ve Has (55)'ın çalışmasında elde edilen puan ortalamalarından hem beklenen kalite hem de algılanan kalite bazında daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun sebebinin; bu çalışmaların devlet hastanesinde, Harput (3) ve Has (55)'ın çalışmalarının ise özel hastanelerde yapılmış olmasından ileri geldiği düşünülmektedir. Bu da; devlet hastanesine giden bireylerin kaliteye yönelik daha düşük bir beklentiye sahip olduklarını ve hizmet sunumu sonrasında kalite anlamında daha az tatmin olduklarını, özel hastaneden hizmet alan bireylerin ise daha yüksek bir kalite beklentisine sahip oldukları ve hizmet sunumu sonrasında nispeten yüksek kalite algısına sahip olduğu sonucunu gösterebilmektedir. Bu sonucun bilimsel olarak ortaya konabilmesi adına kamu hastaneleri ve özel hastaneleri kapsayan, beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin ölçümüne ve karşılaştırılmasına yönelik bir araştırma yapılması önerilmektedir.

SONUÇLAR

Çalışmamızda Haydarpaşa Numune Hastanesinde yatmakta olan hastalara; hastane hizmet kalitesi beklentileri ve hizmet sonrasında hastanın algıladığı hizmet kalitesini ölçmeye yönelik iki farkı anket uygulanarak, anketler arasında değerlendirmeler yapılmıştır. Elde edilen veriler literatürdeki benzer konularda yapılan çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılarak, benzerlikler ve farklılıklar tespit edilmiştir.

Elde edilen veriler incelendiğinde;

Beklenen hizmet kalitesi ile yaş arasında anlamlı bir fark olduğu, beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile eğitim durumu arasında yine anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Analizlerimiz sonucunda bireylerin yaşları ilerledikçe hastane hizmet kalitesine yönelik beklentilerinin yükseldiğini söyleyebiliriz. Bu durumun sebebi; bireylerin yaşları arttıkça fiziksel ve ruhsal hastalıkların da artmasıyla beraber sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları olarak düşünülmektedir. Bu konuya yönelik önerimiz ileri yaş grubu hastalara yönelik kalite beklentisini karşılayacak nitelikte çalışmalar yapılması yönündedir. Yine eğitim durumu ile kalite algısı arasındaki anlamlı ilişki düşünülerek, hizmet kalite algısında eğitim düzeyinin önemi de göz ardı edilmemelidir.

Algılanan hizmet kalitesi ile yaş arasında anlamlı bir fark olmadığı, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile hastaların cinsiyetlerinin ve gelir düzeylerinin arasında yine anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Hastaların hizmet almadan önce hizmetin kalitesine yönelik beklentilerinin [4,515±(0,476)], hizmet aldıktan sonra oluşan hizmet kalite algılarından [3,895±(0,737)] daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla beraber beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasında p=0,001 düzeyinde anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar neticesinde sunulan sağlık hizmetinin bireylerin beklentilerini karşılamadığı, hizmet sunumu sonrasında memnuniyetsizlik durumunun ortaya çıktığı söylenebilir. Bireylerin memnuniyetlerinin sağlanması ilgili kurumdan sağlık hizmeti alımı konusunda devamlılığın oluşması açısından önemlidir. Kalite algısının artırılmasına, dolayısıyla memnuniyet düzeyinin yükseltilmesine yönelik hastanenin bulundurduğu araç-gereç ve donanımlar, kullanılan malzemelerin yeterliliği, çalışanların temiz ve düzenli olma durumu, hastane personelinin güven vermesi, hizmetlerin zamanında gerçekleştirilmesi, çalışanların bilgi seviyeleri konularında çalışma ve geliştirmelerin yapılması önerilir. Ayrıca ilgili sağlık kurumunun fiziksel imkânları, özellikle de hastanenin köklü tarihinden kaynaklı bina yapısının tadilat yapılamaması ancak tarihi olmayan kısımların yeniden modern bir şekilde yapılması da tavsiye olunur.

ÖZET

Sağlık sektöründe meydana gelen hızlı değişimler sağlık sektörünü karmaşık kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler ise bu değişimlere gün geçtikçe ayak uydurmakta, bilinçlenmektedir. Sağlık hizmeti kullanıcıları sağlık hizmetinden yararlanmadan önce belli bir beklenti düzeyine sahiptirler. Bu kullanıcıların hizmetten memnun kalmaları, beklentilerinin hangi oranda karşılandığıyla ilgilidir. Hastanın hizmet aldıktan sonra hizmet kalitesine yönelik algı oluşmaktadır. Bu çalışmada, hasta beklenti düzeyi ile algı düzeyinin karşılaştırılarak, farklı demografik verilerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan 208 hasta ile yapılan anket sonuçlarına yer verildi. Veriler; demografik bilgiler ile beraber Beklenen

Hizmet Kalitesi ve Algılanan Hizmet Kalitesi ölçekleri kullanılarak toplandı. Veriler SPSS(Statistical Packageforthe Social Sciences) istatistik yazılım programı kullanılarak yorumlandı ve istatistiksel olarak Reliability, Frekans, Kolmogorov-Smirnov Z, Wilcoxon Signed Ranks, Mann Witney U, One Way-ANOVA, Kruskal-Wallis, Korelasyon Analiz yöntemleri kullanılarak değerlendirildi. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışma katılımcılarının; yaş ortalamaları 42,12 ±15,3, %56,3'ü erkek, %37'si ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip, %32,7'si aylık gelire sahip değildir. Beklenen hizmet kalitesi ile yaş ve eğitim düzeyi arasında anlamlı fark olduğu, algılanan hizmet kalitesi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile hastaların cinsiyetleri ve gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.

"Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir fark vardır" ana hipotezi verilerle desteklenerek; hastaların kalite beklenti düzeyleri 4,515±(0,476), kalite algı düzeyleri ise 3,895±(0,737) olarak bulundu ve beklenti ve algı düzeyleri arasında $p=0,001$ oranında anlamlı fark olduğu saptandı. Veriler neticesinde elde edilen sonuçlar tartışılarak önerilerde bulunuldu.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Kalite, Servqual, Beklenen ve Algılanan Kalite

EVALUATION OF EXPECTED AND PERCEIVED QUALITY OF SERVICE IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH SERVQUAL SCALE: HAYDARPASA NUMUNE HOSPITAL APPLICATION

SUMMARY

Rapid changes in the health sector are making the healthcare industry complicated. Individuals who benefit from health services are becoming more conscious of these changes.The users of medical service have certain level of expectation before they benefit from health service. The satisfaction of these users with the service is of interest to their expectations. After getting the service, the quality perception is formed. In this study, the level of patient expectation is compared with the perception level. And so, it is aimed to examine the relation between different demographic data.

The results of the survey conducted with 208 patients in Haydarpasa Numune Training and Research Hospital were included in the study. Data; Together with demographic information, were collected by using Scale of Service Quality and Perceived Quality of Service. The data were interpreted using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistical software program. Statistical analysis was performed by using Reliability, Frequency, Kolmogorov-Smirnov Z, Wilcoxon Signed Ranks, Mann Whitney U, OneWay-ANOVA, Kruskal-Wallis, Correlation Analysis methods. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Participants of the study; average age was 42.12 ± 15.3, 56.3% was male, 37% was primary school and had lower education level and 32.7% was not having monthly income. It was found that there was a significant difference between expected service quality and age and education level, and there was a significant difference between perceived quality of service and education level. It was seen that there was no significant difference between the expected and perceived quality of service and the gender and income levels of the patients.

By supporting the main hypothesis with data, "There is a significant difference between expected service quality and perceived quality of service"; The quality expectation level of the patients was found to be 4.515 ± (0.476) and the quality perception level was found to be 3.895 ± (0.737). It was found that there was a significant difference between the expectations and perception levels at p = 0.001. The results obtained from the data were discussed and suggested.

Keywords: Medical Services, Quality, Servqual, Expected and Perceived Quality

KAYNAKLAR

1. Kaya Ş. Yatan hasta kalite algısının servqual temelli analiz ve kalite fonksiyonu yayılımı ile değerlendirilmesi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde bir uygulama (tez). Eskişehir, 2014.

2. Tarım M. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçülmesi: servqual modeli ve bir hastane uygulaması. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası 2011 2002;52:15-36.

3. Harput S. Yeditepe üniversitesi hastanesinde yatan hastalarda beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 2014.

4. Aytekin S. Hastane işletmelerinde sıfır stok yönetimi (just-ın-tıme) uygulamalarının stok maliyetleri ve müşteri memnuniyeti üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi (tez). İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2010.

5. Dalgıç A. Hizmet sektöründe hizmet kalitesinin ölçümü ve hizmet kalitesini etkileyen faktörler (tez). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2013.

6. Gürsoy A. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi: bir kamu hastanesi uygulaması (tez). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, 2013.

7. Hizmet Sektörü ve Büyüme. Ekodialog.com. (Erişim Tarihi: 05 Aralık 2017). http://www.ekodialog.com/hizmet_ekonomisi/hizmet_ekonomisi_buyume.html.

8. Midilli Ö. Hizmet sektöründe müşteri memnuniyetinin pazarlamaya etkisi (tez). İstanbul Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü, 2011.

9. Kotler P, Armstrong G. Principles of Marketing. Pearson My Marketing Lab 2011:7-17.

10. Savaş H, Kesmez AG. Hizmet kalitesinin servqual modeli ile ölçülmesi: Aile sağlığı merkezleri üzerine bir araştırma. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;17:1-13.

11. Karalar R ve diğ. Genel İşletme. Zeytinoğlu GN (Editör). Eskişehir Anadolu Üniversitesi, 2001:7-8.

12. Kuzu A. Yaslı bakım kurumlarında hizmet kalitesi kavramı ve kavramsal hizmet kalitesi modeli: servqual uygulaması (tez). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.

13. Eldem E. Hizmet sektöründe Servqual analizini kullanarak hizmet kalitesinin ölçülmesi ve bir sağlık kuruluşunda uygulama denemesi (tez). Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, 2009.

14. Yıldırım O. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin "Servqual" ölçeği ile değerlendirilmesi: sağlık sektöründe bir uygulama (tez). Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.

15. Yalkın S. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve kalitenin servqual yöntemi ile ölçülmesine yönelik bir uygulama (tez). Ankara Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, 2010.

16. Soğancı E. Servqual ile beklenti ve algının birlikte ölçümüne yönelik eğitim sektöründe bir araştırma (tez). Ankara Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2012.

17. Mirza M. Hastanelerde hizmet kalitesinin servqual analizi ile ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Alan Araştırması (tez). Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2010.

18. Torun E. DR. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi (tez). Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

19. Öz M. Hizmetlerin tanımı ve özellikleri. (Erişim Tarihi: 15.12.2017) http://sasgem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=53:hzmetlern-tanimi-ve-oezellkler&catid=16:salk-ekonomisi&Itemid=58.

20. Özgüven N. Hizmet pazarlamasında müşteri memnuniyeti ve ulaştırma sektörü üzerinde bir uygulama. Ege Akademik Bakış 2008;8:651-682.

21. Gündoğan N. Hizmetler sektöründe istihdam. Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Kamu-İş,2002;7:1-16.

22. Bayuk N. Hizmet pazarlaması ve müşteri tutma. Akademik Bakış 2006;10:1-11.

23. Kalite Kavramı. (Erişim Tarihi: 18.12.2017) <https://www.artvin.edu.tr/files/user_files/files/kalite-yonetimipdfrnnsm.pdf>.

24. Ataman G. İşletme yönetimi. İstanbul: Türkmen Kitabevi, 2009:369-389.

25. Koçel T. İşletme Yöneticiliği. İstanbul Beta Yayıncılık, 2011:373-376.

26. Demircioğlu E.N, Küçüksavaş N. Kalite maliyetleri. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi 2009;13:32-67.

27. Yazgan M. Sağlık işletmelerinde, hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

28. Hayran O, UZ H. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi 2009. (Erişim Tarihi: 18.12.2017) http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm.

29. Özdemir T. İstatistiksel kalite kontrol. Ankara A.Ü.F.F. Döner Sermaye Işletmesi Yayınları, 2010:1-7.

30. Sözer AN ve diğ. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde lisansüstü eğitim kalitesinin arttırılmasına yönelik bir alan araştırması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2002;4:41-65.

31. Yılmaz Ö. Kalite ve Boyutları. Toplam Kalite. Sakarya: Sakarya Yayıncılık, 2008:1-13.

32. Gülen KG. Kalite yönetiminde çelişen amaçlar. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, 1997;26:17-20.

33. Devebakan N ve Aksaraylı M. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde servqual skorlarının kullanımı ve özel altınordu hastanesi uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2003;5:38-54.

34. Ayaz Ö. Hekim, hemşire ve sağlık yöneticilerinin meslekleşme düzeylerinin değerlendirilmesi (tez). İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 2010.

35. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi. 2005. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. (Erişim Tarihi: Nisan 2017). http://www.ttb.org.tr.

36. Kocasoy A. Türkiye'de sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar ve finansmanı (tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, 2014.

37. Burçoğlu Karaca Ş. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve hasta beklentileri konusunda bir uygulama (tez). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2014.

38. Kavuncubaşı Ş ve Kısa A. Sağlık Kurumları Yönetimi. Anadolu Üniversitesi, 2002.

39. Üşümüş Eren D. Liderlik ve örgütsel sessizlik: (Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışma örneği) (tez). Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, 2012.

40. Çoban H. Sağlık ekonomisi ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması (tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, 2009.

41. Erdem Ş. Sağlık hizmetleri pazarlaması: hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama (tez). Edirne Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.

42. Akdur R. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması. A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1999.

43. Yavuz Aİ. Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanlara yönelik şiddet (tez). İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 2014.

44. Yıldız Y. Yataklı sağlık kuruluşlarında yönetsel sorunların incelenmesi Edirne ilinde örnek bir uygulama (tez). Edirne Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.

45. Demir B. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesi (tez). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, 2011.

46. Aktan CC ve Işık AK. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler. 2017 http://www.canaktan.org.

47. Seçim H. Hastanelerin tanımı, sınıflandırılması ve işlevleri. MERİH. (Erişim Tarihi: Nisan 2017). http://www.merih.net.

48. Yıldırım Kaptanoğlu A ve diğ. Yıldırım Kaptanoğlu A (Editör). Sağlık Yönetimi. İstanbul: Beşir Kitabevi;2012:14-89.

49. Töz İ. Hastane işletmelerinde stok yönetimi ve bir uygulama örneği (tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2007.

50. Örücü E, Kılıç R, Yıldız H, Yıldız B. Biçimsel örgüt yapısının örgütsel iletişime etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Akademik Bakış Dergisi 2012;32:1-20.

51. Kertiş S. Hastane işletmelerinde iç kontrol sistemi ve özel bir x hastanesinde uygulanması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2005.

52. Yaşa E. Sağlık sektöründe hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve bağlılık ilişkisi: devlet, özel ve üniversite hastaneleri karşılaştırması (tez). Adana Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2012.

53. Ilıman, E. Türkiye muhasebe standartları-2 açısından stokların değerlendirilmesi (Özel hastane örneği) (tez). Ankara Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.

54. Kıdak LB, Nişancı ZN ve Burmaoğlu S. Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü: Kamu hastanesi örneği (tez). Yönetim ve Ekonomi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F., 2015.

55. Has L. Özel diş kliniğine başvuran hastalarda beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesine yönelik bir çalışma (tez). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.

56. Zerenler M ve Öğüt A. Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya Örneği 2007:501-519.

57. Odabaşı Y ve Oyman M. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi, 2002.

58. Caner E ve Külcü Ö. Üniversite kütüphanelerinde hizmet değerlendirme modelleri: Grönroos modeli örneği. Akademia Disiplinlerarası Bilimsel Araştırmalar Dergisi 2016;2:23-30.

59. Kurudal Ö. Ankara devlet hastanelerindeki kalite ve memnuniyet çalışmaları konusunda hasta ve hemşire görüşleri: Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi Örneği (tez). Ankara Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2015.

60. Tengilimoğlu D. Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2013.

61. Haberal EB. Hasta ve refakatçı tatmini: bir eğitim araştırma hastanesinde uygulama (tez). Ankara Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, 2012.

62. Mutlu S. Akredite edilmiş hastanelerde hasta memnuniyetinin karşılaştırılması: İki (Özel) Hastane Uygulaması (tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.

63. Şarbak M. Sağlık müdürlüklerinde hizmet kalitesinin ölçümü: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nde Uygulama (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2009.

64. Kılıç Delice E ve Güngör Z. Müşteri isteklerinin sınıflandırılmasında kano model uygulaması. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Akademik Bilişim 2008:193-198.

65. Altan Ş ve Altan M. Bankacılık sektöründe toplam hizmet kalitesinin servqual analizi ile ölçümü. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2004;1:17-32.

66. Altan Ş ve Ediz A. Türkiye'de yüksek hızlı tren(yht) için hizmet kalitesinin ölçümü. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2016;18:695-720.

ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLOLAR

Tablo 1. Hizmetin tarihsel tanımları (12) 4
Tablo 2. 5li Likert tipi ölçekte katılma dereceleri ve puanları 33
Tablo 3. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesine ilişkin sunulan soru formuna ait güvenirlik analizi 34
Tablo 4. Hastaların hastaneden son bir yıl içerisinde hizmet alma durumlarına göre dağılımları (n=208) 38
Tablo 5. Hastaların cinsiyet durumlarına göre dağılımları (n=208) 39
Tablo 6. Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları (n=208) 40
Tablo 7. Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları (n=208) 41
Tablo 8. Hastaların aylık gelir düzeyi durumlarına göre dağılımları (n=208) 42
Tablo 9. Hastaların sağlık hizmeti aldıkları bu hastaneyi tekrar tercih edip etmeme durumlarına göre dağılımları (n=208) 43
Tablo 10. Hastaların sağlık hizmeti aldıkları bu hastaneyi başkalarına tavsiye edip etmeme durumlarına göre dağılımları (n=208) 44
Tablo 11. Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesinin karşılaştırılması 46-49
Tablo 12. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğunun ölçülmesi 48
Tablo 13. Araştırmaya katılan hastaların algılanan ve beklenen hizmet kalitesi ortalamalarının incelenmesi 49
Tablo 14. Algılanan hizmet kalitesi ortalamasının cinsiyet ile değerlendirilmesi 49
Tablo 15. Algılanan hizmet kalitesi ortalamasının medeni durum ile değerlendirilmesi 50
Tablo 16. Algılanan hizmet kalitesi ortalamasının son bir yılda hizmet alıp almama 50
Tablo 17. Algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile eğitim durumunun incelenmesi 51
Tablo 18. Algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile aylık gelir durumunun incelenmesi 51-53
Tablo 19. Beklenen hizmet kalitesi ortalamasının cinsiyet ile değerlendirilmesi 53
Tablo 20. Beklenen hizmet kalitesi ortalamasının medeni durum ile değerlendirilmesi 54

Tablo 21. Beklenen hizmet kalitesi ortalamasının son bir yılda hizmet alıp almama durumu ile değerlendirilmesi 54
Tablo 22. Beklenen hizmet kalite ortalaması ile eğitim durumunun incelenmesi 55
Tablo 23. Beklenen hizmet kalite ortalaması ile aylık gelirin incelenmesi 55
Tablo 24. Algılanan hizmet kalite ortalaması ile beklenen hizmet kalite ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi 56
Tablo 25. Algılanan hizmet kalitesi ortalaması ile yaş ve aylık gelir arasındaki ilişkinin 56
Tablo 26. Beklenen hizmet kalitesi ortalaması ile yaş ve aylık gelir arasındaki ilişkinin incelenmesi 57

ŞEKİLLER

Şekil 1. Hizmet kalitesi denge üçgeni (28) 11
Şekil 2. Hastane girdi, dönüşüm ve çıktı süreci (48) 20
Şekil 3. Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini belirleyen unsurlar (56) 24
Şekil 4. Sağlık hizmetlerinde kalite boyutları Grönroos modeli (58) 26
Şekil 5. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin (1985, 1988) kavramsal hizmet kalitesi 37
Şekil 6. Katılımcıların son bir yıl içerisinde hastaneden hizmet alma durumuna göre dağılımı 39
Şekil 7. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları 40
Şekil 8. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı 41
Şekil 9. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı 42
Şekil 10. Katılımcıların aylık gelir düzeyine göre dağılımı 43
Şekil 11. Katılımcıların hastaneyi tekrar tercih etme durumlarına göre dağılımı 44
Şekil 12. Katılımcıların hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumlarına göre dağılımı 45
Şekil 13. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine ilişkin dağılımı 52
Şekil 14. Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir düzeylerine ilişkin dağılımı 53

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Sivas'ta doğdum. İlk ve orta öğrenimini Sivas'ta tamamladım. 2010 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümünde başladığım lisans eğitimimi 2014 yılında tamamladım. 2015 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimime başladım. Şu an İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde Satın Alma Personeli olarak görev yapmaktayım.

EKLER

Ek 1: Beklenen Hizmet Kalitesi Ölçeği

Ek 2: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği

Ek 3: Etik Kurul Onay Yazısı

Ek 4: Haydarpaşa Numune Hastanesi Anket İzni

EK 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı olarak "Yatan hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Haydarpaşa Numune Hastanesi Uygulaması" amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

I.BÖLÜM: BU BÖLÜM YATIŞ SIRASINDA DOLDURULMALIDIR.

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1	Bu hastaneden son 1 yıl içinde, hiç hizmet aldınız mı?	Evet ( )				Hayır ( )					
2	Cinsiyetiniz	Kadın ( )				Erkek( )					
3	Medeni haliniz?	Bekâr ( )				Evli ( )					
4	Yaşınız?	……									
5	Eğitim durumunuz?	İlkokul ve altı ( )	Ortaokul ( )	Lise ( )	Lisans ( )	Lisansüstü ( )	Diğer …….				
6	Aylık geliriniz nedir? (TL)	YOK	1-1000 TL	1001-2000 TL	2001-3000 TL	3000 TL ve üstü					

BEKLENEN HİZMET KALİTESİ

Hastanelerden hizmet alan bir hasta olarak ve tecrübelerinize dayanarak; **MÜKEMMEL BİR HASTANENİN** aşağıda tarif edilen özelliklere ne ölçüde sahip olması gerektiğini düşününüz. Her bir özellik için seçtiğiniz değeri işaretleyiniz.

	İFADELER	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
E1	Hastane modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	1	2	3	4	5
E2	Hastanenin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	1	2	3	4	5
E3	Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	1	2	3	4	5
E4	Hastanede kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.	1	2	3	4	5
E5	Hastane, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirmelidir.	1	2	3	4	5
E6	Hastane çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi göstermelidir.	1	2	3	4	5
E7	Hastanede hastalara uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmalıdır.	1	2	3	4	5
E8	Hastane, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirmelidir.	1	2	3	4	5
E9	Hastanede hastalara ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.	1	2	3	4	5
E10	Hastalara, hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmelidir	1	2	3	4	5
E11	Hastane çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir.	1	2	3	4	5
E12	Hastane çalışanları her zaman hastaya yardım etmeye istekli olmalıdır.	1	2	3	4	5
E13	Hastane çalışanları meşgul dahi olsalar hastaların isteklerine cevap verebilmelidir.	1	2	3	4	5
E14	Hastane çalışanları, davranışlarıyla hastalara güven vermelidir.	1	2	3	4	5
E15	Hastalar, hastane personeli ile olan ilişkilerinde kendini güvende hissetmelidir.	1	2	3	4	5

E16	Hastane çalışanları hastalara karşı kibar olmalıdır.	1	2	3	4	5
E17	Hastane çalışanları, hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır.	1	2	3	4	5
E18	Hastanede ihtiyaçları doğrultusunda hastalara bireysel ilgi gösterilmelidir.	1	2	3	4	5
E19	Hastane çalışanları, hastalara kendini özel hissettirmelidir.	1	2	3	4	5
E20	Hastane çalışanları, hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır.	1	2	3	4	5
E21	Hastane, hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	1	2	3	4	5
E22	Hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman diliminde olmalıdır.	1	2	3	4	5

EK 2

II.BÖLÜM: BU BÖLÜM TABURCULUK SIRASINDA DOLDURULMALIDIR.

ALGILANAN HİZMET KALİTESİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri sağlık hizmeti aldığınız bu hastanede uygulanma düzeyine göre işaretleyiniz.

	İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
P1	Bu hastane modern araç-gereç ve donanıma sahiptir.	1	2	3	4	5
P2	Bu hastanenin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekicidir.	1	2	3	4	5
P3	Bu hastanede çalışanlar temiz ve düzgün görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
P4	Bu hastanede kullanılan malzemeler modern ve kullanışlıdır.	1	2	3	4	5
P5	Bu hastane, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirir.	1	2	3	4	5
P6	Bu hastanede çalışanlar, hastaların bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
P7	Bu hastanede hastalara uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
P8	Bu hastane, hizmetlerini söz verdiği zamanda gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
P9	Bu hastanede hastalara ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmaktadır.	1	2	3	4	5
P10	Bu hastanede, hastalara hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmektedir.	1	2	3	4	5
P11	Bu hastanede çalışanlar, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermektedir.	1	2	3	4	5
P12	Bu hastanede çalışanlar, her zaman hastaya yardım etmeye isteklidir.	1	2	3	4	5
P13	Bu hastanede çalışanlar, meşgul dahi olsalar hastaların isteklerine cevap vermektedir.	1	2	3	4	5
P14	Bu hastanede çalışanlar, davranışlarıyla hastalara güven vermektedir.	1	2	3	4	5
P15	Bu hastanede hastalar, hastane personeli ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmektedir.	1	2	3	4	5
P16	Bu hastanede çalışanlar, hastalara karşı kibardır.	1	2	3	4	5
P17	Bu hastanede çalışanlar, hastaların sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahiptir.	1	2	3	4	5

P18	Bu hastanede ihtiyaçları doğrultusunda hastalara bireysel ilgi gösterilmektedir.	1	2	3	4	5
P19	Bu hastanede çalışanlar, hastalara kendini özel hissettirmektedir.	1	2	3	4	5
P20	Bu hastanede çalışanlar, hastaların menfaatlerini her şeyin üstünde tutmaktadır.	1	2	3	4	5
P21	Bu hastane hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmaktadır.	1	2	3	4	5
P22	Bu hastanenin çalışma saatleri hastalar için uygun zaman dilimindedir.	1	2	3	4	5

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/260	
	PROTOKOL ADI	Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Haydarpaşa Numune Hastanesi Uygulaması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 18/01**	**Tarih:25.10.2017**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi İbrahim ÖZTÜRK'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

İSTANBUL SBÜ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - HAYDARPAŞA NUMUNE EAH EĞİTİM ve AR-GE BİRİMİ
12/12/2017 16:06 - 62977267 - 773.99 - E.18
000583299934

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 62977267-773.99
Konu : Araştırma Başvurusu Hk.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı Balkan Yerleşkesi-Edirne

İlgi : 08.12.2017 tarihli ve 62977267-000-2977 sayılı yazınız.

Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi İbrahim ÖZTÜRK'ün "Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi " başlıklı çalışması Hastane Yönetimi tarafından incelenmiş olup uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Eyüp Veli KÜÇÜK
Başhekim

Tıbbiye Cad. No:40 Üsküdar- İSTANBUL
Faks No:0216 336 0565
e-Posta:hatice.baran@saglik.gov.tr İnt.Adresi: haticebaran53@gmail.com
Bilgi için:Hatice BARAN
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0216 414 4502-1114

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 5d90b919-5fb9-45f7-b286-10ee54d911cc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.