



**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI**

**ÖZEL DİŞ KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
BEKLENEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN
SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİNE
YÖNELİK BİR ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

Ladise HAS

Okul no

135230192

Danışman: Prof.Dr. Metin ATEŞ

İstanbul, 2015



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI

**ÖZEL DİŞ KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
BEKLENEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN
SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİNE
YÖNELİK BİR ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Ladise HAS**

İstanbul, 2015

ONAY

Tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tezim/Raporum sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.

Tezimin/Raporumunyıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

04/12/2015

Ladise HAS

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum " **Özel Diş Kliniğine Başvuran Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi** " başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

04/12/2015

Ladise HAS

ÖNSÖZ

Proje çalışmamın gerçekleşmesinde katkıları olan ve projemin her aşamasında yoğun çalışma temposu içerisinde zaman ayırarak, bilgi ve tecrübeleriyle yüksek lisans tezimi yönlendiren, danışmanım ve değerli hocam **Prof. Dr. Metin ATEŞ** 'e teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

İSTANBUL,2015

Ladise HAS

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
KISALTMALAR	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	3
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	4
1.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özellikleri	4
1.2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması.....	5
1.2.1.3. Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi.....	5
1.2.1.4. Sağlık Hizmetleri Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi	5
1.2.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği	6
1.2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin İkâmesinin Olmaması	6
1.2.1.7. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği	6
1.2.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Kişinin Talebini Hekimin Belirlemesi	7
1.2.1.9. Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı olması	7
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri.....	7
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sektörleri	7
1.2.3.1. Kamu Sağlık Hizmetleri.....	8
1.2.3.2. Özel Sağlık Hizmetleri.....	9
1.2.4. Sağlık Politikaları.....	9
1.3. Sağlık Yönetiminde Genel İlkeler	11
1.3.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	11
1.3.2. Ana ve Çocuk Sağlığına Öncelik	12
1.3.3. Koruyucu Hizmetlere Öncelik	12
1.3.4. Toplum Katılımı.....	13
1.3.5. Denetim ve Hizmet İçi Eğitim	13
1.3.6. Sosyal Eşitlik	13
1.3.7. Sürekli Hizmet	14
1.3.8. Bütünleştirilmiş Sağlık Hizmetleri.....	14
1.3.9. Kademeli Sevk Sistemi	14
1.3.10. Ekip Hizmeti	15

1.3.11. Esnek Bir Planlama	15
1.3.12. Sektörler Arası İşbirliği	15

2. BÖLÜM

SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. Kalite, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	19
2.1.1. Kalite Kavramı.....	19
2.1.2. Hizmet Kavramı.....	19
2.1.3. Hizmet Kalitesi	20
2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	22
2.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri	24
2.2.1. Sağlık Hizmetleri (SH).....	25
2.2.2. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)	27
2.2.3. Hastane Kalite Sistemi (HKS)	29
2.2.3.1.Etkenlik ve Etkilik	30
2.2.3.2.Verimlilik ve Optimal Olma	30
2.2.3.3. Kabul Edilebilirlik, Yasallık ve Eşitlik	31
2.2.3.4. Süreklilik ve Tam Zamanında Hizmet Sunumu	31
2.2.3.5. Katılım ve Erişebilirlik.....	31
2.3. Hasta Memnuniyeti.....	31
2.3.1. Hasta Memnuniyeti ve Kalite İlişkisi.....	35
2.3.2. Hasta Memnuniyetini Oluşturan Öğeler.....	37
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Sağlama Sistemleri	38
2.5. Sağlık Hizmeti Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati	40

3. BÖLÜM

HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE SERVQUAL ANALİZİ

3.1. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü	42
3.2. Hizmet Kalitesi Ölçümü Yöntemleri.....	44
3.2.1. Grönross'un "Algılanmış Hizmet Kalite Modeli"	44
3.2.2. Lehtinen ve Lehtinen'in "Hizmet Kalite Modeli"	46
3.2.3. Normann'ın "Müşteri Tatmini Modeli"	47
3.2.4. Kano Modeli	48
3.2.5. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin "Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli"	49
3.2.6. SERVQUAL Ölçeği ve Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli	50
3.2.6.1. Servqual Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler	56

4. BÖLÜM **ARAŞTIRMA**

4.1. Araştırmanın Amacı	58
4.2. Araştırmanın Önemi	58
4.3. Kullanılan Metod ve Teknikler:	58
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ve Sınırlılığı	59
4.5. Araştırmanın Hipotezi	59
4.6. Varsayımlar:	61
4.7. Geçerlilik ve Güvenilirlik	62
4.8. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	63
4.9. Hastaların Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Ortalamaları	64
4.10. Hastaların Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları.....	67
4.11. Genel Yorum Diğer Çalışmalarla Karşılaştırma	80
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
KAYNAKÇA.....	88
EKLER.....	101
ÖZGEÇMİŞ	107

ÖZET

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ALGILANAN-BEKLENEN HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİ: ÖZEL DİŞ KLİNİĞİNDE BİR UYGULAMA

Ladise HAS

Yüksek Lisans Tezi İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr Metin ATEŞ

Aralık, 2015-108 sayfa

Günümüz rekabetinde ayakta kalmayı ve başarıyı hedefleyen kurumlar hizmet kavramı üzerine yoğunlaşmaktadırlar. Hizmetin yapısal özellikleri, önemi günden güne artan hizmet kavramı üzerine yoğunlaşan ve sunduğu hizmette müşteri memnuniyeti sağlayacak hizmet kalitesine ulaşmayı amaç edinen kurumların işlerini daha da zorlaştırmaktadır.

Son yıllarda gündemde olan ve uygulanan hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi göstergelerinden biridir. Bu bağlamda, rekabetin çoğalması, insanların gelirlerinin yükselmesi, hastaların bilinçlenmesi, teknolojik gelişmelerdeki hızlı artış, sağlık sigortacılığının gelişmesi gibi etkenler, işletme piyasasını rekabete devam edebilmesi için müşteri memnuniyetine önem vermek durumunda bırakmıştır. Yoğun rekabet ortamında, ayakta kalmak isteyen kurumlar, doğru işi, doğru zamanda, doğru yolla, doğru araçlar kullanarak yapmaya ve hasta memnuniyetine gereken önemi vermeye başlamışlardır.

Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması veya hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Bu çalışmanın amacı sağlıkta giderek daha fazla önem kazanan hasta memnuniyeti uygulamalarının “özel diş kliniğinde” verilen hizmetlerle ilgili olan hastaların beklentilerini ve ihtiyaçlarının ne boyutta gerçekleştiğini tespit ederek, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini belirleyen faktörleri ortaya koymaktır.

Dolayısıyla hizmet alanların bu hizmete ilişkin algılarının beklentilerini karşılayıp karşılamadığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Özel bir diş kliniğinde uygulanan bu çalışmada sağlam ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada özel bir diş kliniğinde hastaların memnuniyetinin tespit etmek için beklenen ve algılanan hizmet düzeylerini belirlemeye fırsat veren “servqual” ölçeğinden faydalanmıştır. Hizmet sektörlerinde beklenen – algılanan hizmet kalitelerini tespit etmek için “servqual” ölçeği Parasuramann tarafından ortaya atılmış ve geniş uygulama alanı bulmuştur. (Parasuramann, 1990).

İstatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson Korelasyon testi, Beklenen ve Algılanan SERVQUAL puanlarının değerlendirilmesinde eşlendirilmiş t testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Hasta Tatmini, Sağlık Yönetimi.

ABSTRACT

PERCEIVED-EXPECTED IN HEALTH SERVICE QUALITY AND PATIENT SATISFACTION OF BUSINESS: AN APPLICATION IN SPECIAL DENTAL CLINIC

Ladise HAS

Master Thesis Department of Business

Supervisor: Prof. Dr. Metin ATEŞ

December, 2015-108 page

The survival and success in today's competitive corporate goals are focused on the concept of service. Structural features of the service, the importance is growing from day to day focused on the concept of service and quality of service that HİMET the aim to reach customer satisfaction to ensure that institutions work more difficult.

On the agenda in recent years and applied to patient satisfaction, quality of service is one of the indicators. In this context, the proliferation of competition, the rise in people's incomes, awareness of patients, rapid increase in technological developments, factors such as the development of health insurance, has forced emphasis on customer satisfaction in order to stay competitive the business market. In a highly competitive environment, organizations wanting to stay alive, the right job at the right time, the right way, using the right tools and have started to give importance to patient satisfaction.

Patient satisfaction, in general, to meet the expectations of the patients served or are based on the patient's served detect The aim of health increasingly gained importance in patient satisfaction, implementation of "private dental clinic" Noting that held what extent patients' expectations and needs that are relevant to the services provided, the service quality and reveal the factors determining patient satisfaction.

Thus, the service area has been studied to determine whether they meet the expectations of their perception of the service. This study was implemented in a private dental clinic robust and meaningful results are obtained.

In a private dental clinic in the study to determine the satisfaction of patients and giving you the opportunity to determine the expected level of perceived service "SERVQUAL" it took advantage of the scale. Expected in the services sector - to determine the perceived service quality "SERVQUAL" scale was introduced by Parasuramann and has found wide application area. (Parasuramann, 1990).

Statistical analysis using NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) was performed by software package.

Descriptive statistical methods for evaluation of data (mean, standard deviation) as well as multiple group comparisons between the one-way analysis of variance sub-group comparisons Tukey's multiple comparison test, independent t-test comparison of two groups of variables in determining their relationship with each other, Pearson correlation test, the expected and perceived SERVQUAL score t test was used for evaluating mating. The results are significant when $p < 0.05$ level.

Key Words: Health Services, Patient Satisfaction, Health Management.

KISALTMALAR

C. : Cilt.

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü.

HKS :Hastane Kalite Sistemi.

JCI :Joint Comission International (uluslararası toplumda hasta güvenliği).

S. :Sayı.

SH :Sağlık Hizmetleri.

TKY :Toplam Kalite Yönetimi.

TTB :Türk Tabipleri Birliği.

WHO : Dünya Sağlık Örgütü.

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Sağlık ve İyilik Halinin İlişkili Olduğu Alanlar	18
Şekil 2.2. Satıcı ile Alıcı Arasındaki İlişkinin Hizmet Kalitesine Yansıması.....	22
Şekil 2.3. Yönetimin İşlevleri	27
Şekil 3.1. Grönross'un Kalite Modeli.....	45
Şekil 3.2. Lehtinel'in hizmet kalitesi modeli	47
Şekil 3.3. Kano Modeli	48
Şekil 3.4. Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları.....	50
Şekil 3.5. Boşluklar Modeli	54
Şekil 4.1. Beklenen SERVQUAL	65
Şekil 4.2. Algılanan SERVQUAL.....	66

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 2.1. Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	20
Çizelge 3.1. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları (Bileşenleri)	52
Çizelge 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	63
Çizelge 4.2. Çalışmada Kullanılan Servqual Ölçeğine Ait Alpha Cronbach Güvenirlik Katsayıları.....	64
Çizelge 4.3. Araştırmaya Katılan Hastaların “Beklenen” Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Ortalamaları.....	64
Çizelge 4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların “Algılanan” Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Ortalamaları.....	65
Çizelge 4.5. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	66
Çizelge 4.6. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre karşılaştırılması	67
Çizelge 4.7. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre karşılaştırılması	68
Çizelge 4.8. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Cinsiyet Gruplarına Göre karşılaştırılması.....	68
Çizelge 4.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Cinsiyet Gruplarına Göre karşılaştırılması.....	68
Çizelge 4.10. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Eğitim düzeylerine Göre karşılaştırılması.....	69
Çizelge 4.11. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	69
Çizelge 4.12. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Eğitim düzeylerine Göre karşılaştırılması.....	70
Çizelge 4.13. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	70
Çizelge 4.14. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Sağlık Güvencesine Göre karşılaştırılması	72
Çizelge 4.15. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Sağlık Güvencesine Göre karşılaştırılması	72

Çizelge 4.16. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi	
Düzeylelerinin Gelir Düzeyine Göre karşılaştırılması	73
Çizelge 4.17. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	73
Çizelge 4.18. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi	
Düzeylelerinin Gelir Düzeyine Göre karşılaştırılması	73
Çizelge 4.19. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	74
Çizelge 4.20. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Sağlık Kuruluşunu Seçme Nedeni Göre karşılaştırılması	75
Çizelge 4.21. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	75
Çizelge 4.22. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi	
Düzeylelerinin Sağlık Kuruluşunu Seçme Nedeni Göre karşılaştırılması	77
Çizelge 4.23. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	77
Çizelge 4.24. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi.....	78
Çizelge 4.25. Araştırmaya Katılan Hastaların Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi	
Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı	79
Çizelge 4.26. Araştırmaya Katılan Hastaların SERVQUAL Skorları.....	80

GİRİŞ

Ülkemizde kalite anlayışının her geçen gün biraz daha önemli hale gelmesi sağlık sektörünü de büyük ölçüde etkilemiştir. Yine aynı şekilde devlet tekeline çıkıp özelleşen sağlık hizmetleri hem hastane yöneticileri hem de seçiciliği giderek artan hasta ve hasta yakınları için büyük bir rekabet ortamı haline dönüşmüştür. Sağlık sektöründe müşteri, hastalardır. Hastaların sağlık işletmelerinden beklentileri sürekli artmakta ve bu artan beklentilerin karşılanması için her geçen gün çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık işletmeleri sundukları hizmetin kalitesini sürekli olarak iyileştirme çabası içinde olmalıdırlar. Bu süreç içerisindeki kurumun amacı her zaman topluma fayda sağlamakla birlikte çalışan memnuniyetini dikkate alarak kazanç elde etmek olmalıdır. Diğer bir ifade ile verimli çalışan, kaliteli hizmet ve hizmetten memnun müşteri ilişkisi ortaya çıkmalıdır.

Hizmet bir ürün olarak sunulmadığından, hizmetin değerlendirilmesi ancak hizmetten yararlananların algılarını ölçmekle mümkün olmaktadır. Sağlık kurumlarında da verilen hizmetin değerlendirilmesinde, hizmet alıcıların verilen hizmeti nasıl algıladığının tespiti önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesiyle ilgili çalışmalar son yıllarda giderek artmıştır (Albrektsson, v.d., 1986: 11). Sağlık sektöründe kalitenin nasıl belirleneceği üzerine farklı görüşler bulunmaktadır. Yüksek kalite önceleri nadir ve pahalı hizmetlerin verilmesi olarak algılansa da, son dönemde hizmet alanın beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Bundan dolayı sunulan hizmetin değerlendirilmesinde ve hizmetin devamlılığının sağlanmasında hasta görüşlerinin dikkate alınması giderek önem kaydetmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance" raporunda da sağlık sistemlerinin üç ana amacından biri olarak hasta beklentilerinin karşılanması yer almaktadır (<http://www.who.int/whr/2000>).

Yaşamın insana sunduğu en değerli varlık sağlıktır. Bunun bilincine daha da vardığımız bilgi çağında sağlığımızı korumalı ve daha sağlıklı nesiller yetiştirerek ulusal gelire katkı sağlanmalıdır. Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinin, biride sunulan sağlık hizmetleri kalitesini arttırmaktır. Düşük beklenti düzeyinde sağlanan

memnuniyetin kaliteli hizmet anlamına gelmeyeceği aşıkardır. Türkiye'de hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin ölçülmesi alanında çalışma yapılmıştır. Fakat her iki konunun bir arada işlendiği çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu araştırmanın Türkiye açısından önemli olduğu ve literatüre katkıda bulunacağı düşünölmektedir.

Çalışma, kalite kavramlarının belirleyicisi olan beklentilerin araştırılması ve sağlık hizmetleri kalitesi göstergelerinden olan hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla seçilmiştir.

Bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı tanıtılarak hizmet sektörü tanıtılmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde hizmet sektöründe hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi konuları açıklanmaktadır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde hizmet sektöründe kalitenin ölçülmesi ve bu konudaki önemli yöntemlerden biri olan SERVQUAL yöntemi tanıtılmaktadır.

Dördüncü bölüm; hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi için SERVQUAL yöntemi kullanılarak yapılmış olan araştırmalara ve bu araştırma için dikkat edilmesi gereken hususlara tahsis edilmiştir.

Beşinci bölümünde ise bulgular ve tartışma bölümü yer almaktadır. Bu bölümde özel bir diş kliniğinde düzenlenmiş olan anket çalışmasına ve anket uygulaması sonuçlarının değerlendirilmesine yer verilmektedir. Beşinci bölüm sonuç ve önerileri içermektedir.

1. BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı tüm dünyada birçok farklı şekilde tanımlanmaktadır. Kesin bir karara varılmamakla birlikte, hekimler ve hastalar tarafından çoğu zaman farklı anlaşılır. Kişilere göre sağlık, genellikle hastalık halinin olmaması olarak tanımlanır. Bazıları ise kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak değerlendirmezler. Oysa hekimlere göre en basit yakınma, ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilmektedir.

Sağlık kavramı sadece bireyi değil toplumu da ilgilendirdiği için kişiye bırakılmayacak kadar önemlidir öyle ki insan hakları arasında önemli yer almaktadır. Hak ve yükümlülükler açısından ele alındığında sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında en öncelikli sırada yer alan bir hak olarak, toplumsal bir müdahale alanı oluşturur (Fişek, 1983: 35).

Sağlık, tanımlanması zor kavramlardan biridir. DSÖ'nun sağlık tanımına göre sağlık, "fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali"dir (TC 1982 Anayasası).

Modern anlamdaki sağlık sektörü ise; ilaç sanayii, yataklı tedavi kurumları, tıbbi alet, cihaz ve sarf malzemeleri sanayii ile sağlık hizmetleri alanının kendisinin sermaye birikim merkezlerinden birisi olması ile ortaya çıkmıştır.

1.2. Sağlık Hizmetleri

İnsanların sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik verilen hizmetler sağlık hizmetleri olarak adlandırılır.

Sağlık hizmetleri, sağlık bilimleri ve teknolojisi temelinde sağlığı korumaya ve gerektiğinde yeniden tesis etmeye yönelik örgütlenmiş hizmetlerdir. Toplumda sağlıklılık durumunu amaç edinmiş hizmetlerdir. "Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne

'sağlık hizmetleri' denir". (Öztek, ve Eren, 1997: 374). Tanımdan da anlaşılacağı gibi ve kavramın İngiltere'de ortaya çıkış biçimiyle, sağlık hizmetleri kavramı asıl olarak kamusal sağlık hizmetleri için kullanılmıştır. Ancak dilimizde, kamu ve özel, tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Fişek, 1983: 4).

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 2000: 5).

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır. Bu hizmetler aşağıdaki şekilde sınıflanır (Hayran ve Sur, 1998: 17)

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde kendine özgün kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Günümüzde ülkemiz açısından düşünüldüğünde çok farklı pozisyonlarda ve uzmanlık alanlarında sağlık personeli ile sağlık hizmetleri görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin günümüzdeki amaçları da geçmişe göre değişmiştir. Bu açıdan sağlık hizmetleri ülke genelinde geniş ve uzmanlık alanı yüksek bir örgütlenmeyi ifade etmektedir. Ayrıca koruyucu ve tedavi edici nitelikte sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi gereklidir. Bu da basamak tipi sağlık örgütlenmesini gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayrı tutan bazı temel özellikleri vardır. Sağlık hizmetleri pazar açısından değerlendirildiğinde hizmetlerin özellikleri aşağıdaki başlıklarda incelenebilir (Ak ve Sevin, 2000: 29).

1.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özellikleri

Hizmetin sunma şeklinden başlayıp hizmeti alan, sunan ve çevredeki diğer sektörleri, kurumları içine alan bir bütünlük olmaktadır. Sargutan çalışmasında, sağlık hizmetlerinin bütünlük özelliğini şu şekilde tanımlamıştır: Sağlıkla doğrudan, dolaylı veya uzaktan etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri tutan, temel, koruyucu, geliştirici tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan, temel sağlık hizmetlerini ve ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütünlüktür (Sargutan, 1993: 13). Bu durumda sağlık

hizmetlerinin bütün sektörü kurum ve kuruluşları ilgilendirdiği, hizmetin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için her kesimin dâhil olduğu bir bütünlük içerisinde yürütülmesi gerektiği ifade edilmektedir.

1.2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması

Sağlık hizmetleri tüm toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi için gerekli olduğundan tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. “Sosyal bir devlet olmanın gereği sağlık hizmetleri serbest piyasa mekanizmasına bırakılmayıp devlet sorumluluğunda sunulan hizmetlerdir.” (Turan, 2004: 8). Salgın hastalıklarda hasta veya hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her bireyi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarında da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine şu an için gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. “Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir.” (Odabaşı, 1994: 28).

1.2.1.3. Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi

Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli yanlardan biri, talebin ne zaman ortaya çıkacağına belli olmamasıdır. Ayriyeten hastalığın maliyeti de belirsiz ve büyük boyuttadır (Turan, 2004: 18). Yani kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilemez. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerine nerede, hangi durumda, hangi zaman diliminde ve ne ölçüde gereksinim olacağını öngörmek tespiti zor bir durumdur.

1.2.1.4. Sağlık Hizmetleri Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi

Bireyler sağlık sektörü dışındaki birçok ihtiyaç ve hizmetlere olan taleplerini en başta ekonomik sıkıntılar gibi birçok nedenlerle taleplerini öteleyebilmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerinin doğası gereği bir çok durumda hizmetin kullanımı ertelenemez (Tokat, 1998: 3).

1.2.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği

Sağlık hizmeti gereksinimi çeşitli nedenlerle, farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkar. Hastalık her bireyde farklı şekillerde etki gösterebileceği için herhangi bir üründe olduğu gibi sağlık hizmetlerinde belirli bir standarttan söz etme olanağı yoktur. Sağlık hizmeti kişiye, hekime, sağlık kuruluşlarında teşhis ve bakımda kullanılan teknolojinin özelliğine ve benzer faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.

1.2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin İkâmesinin Olmaması

Mal ve hizmetlerdeki ikâme özelliği, yani birinin sağlayacağı yararın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, tüketici için seçim alternatifini oluşturduğundan oldukça önemli bir özelliktir.

1.2.1.7. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği

Sağlık, fiyatı biçilemeyen, ekonomik ölçülerin dışında tutulması gereken bir olgudur. Sağlık hizmetlerinde fiyatların oluşması ile maliyetler arasında çoğu zaman korelasyonun olmamasının iki önemli sebebi vardır. Birincisi bu hizmette talebin diğer hizmetlerde olduğu kişilerin istekleri doğrultusunda planlı bir şekilde olmamakta tam tersine ertelenmesi ciddi sorunlar yaratacak bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu durumda, hizmetin ihtiyaca göre oluşması, bu hizmetin ihtiyacının olması demek bireyin hasta ya da aciliyet içeren bir durumun söz konusu olduğu düşünülürse hastanın hekimin söyledikleri dışında başka bir hizmeti talep etme olanağı yoktur. Sağlık hizmetinin talebini hekimin vermiş olduğu tedavi şekli ve kararları belirlemektedir. hekimin belirlemiş olduğu tedavinin gerekliliğinden dolayı, sunulan hizmetlerin fiyatı konusunda da hizmet alanın pazarlık yapma şansı bulunmamaktadır. İkinci neden ise, alınan hizmetlerin karşılığının ödenme şeklidir. Burada, hizmetin her alınışında bir ödemenin söz konusu olamadığı genel olarak oluşturulmuş bir sistem tarafından sağlanmaktadır (Tokat, 1998: 3).

1.2.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Kişinin Talebini Hekimin Belirlemesi

İnsanlar serbest piyasada var olan birçok ürün ve hizmet hakkında bilgi sahibi olup kendi kendilerine satın alma kararı verebilirler, ancak sağlık alanında karar verirken mutlaka bir uzmandan yardım almak zorundadırlar.

1.2.1.9. Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı olması

Toplumda yaşayan her bireyin sağlığının korunması, sürdürülmesi devletin esas görevleri arasında yer almaktadır. “İnsan sağlığına parasal bir değer biçilememesi sağlık hizmetlerinin kâr amacından çok sosyal amaçlı sunulması gereğini doğurmuştur.” (Tokat, 1998: 38).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri

Ekonomik açıdan sağlık sektörü bir hizmet sektörüdür, doğrudan mal üretmez. Toplumsal üretim sistemine, temel üretim faktörlerinden emeğin lojistik destek unsurlarından birisi olarak eklenmiş bir sistemdir. İşgücünün yeniden üretiminde, devamlılığının sağlanmasında ve işgücü kayıplarının önlenmesinde işlev görür. Toplam olarak işgücünün verimliliğine katkı sunar (Ersoy, 1998: 25).

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi: (Ersoy, 1998: 25).

- Kişilerin hasta olmamalarını sağlamak,
- Hasta olanların tedavisini sağlamak,
- Sakatların ve işgücünü kaybedenlerin rehabilitasyonunu sağlamaktır.

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sektörleri

Günümüzde sağlık sektörünün işleyişini derinden etkileyen birçok gelişme yaşanmaktadır. Esas olarak, sağlık harcamaları büyük oranda kamu tarafından gerçekleştirilen harcamalardır. 2000’li yıllarda yaşanan ekonomik krizler, kamunun borç yükünün ve faiz ödemelerinin artması, nüfusun yaşlanmasının artması ve geleneksel aile kalıplarının değişmeye başlaması, tıp teknolojisi ve medikal mühendislik alanlarında ortaya çıkan yenilikler ve hızlı gelişmeler, fikri mülkiyet hakları ve tekeller nedeniyle büyük ilaç şirketlerinin fiyatlarının piyasaya hâkim olması Türkiye’nin sağlık sektörünün karşı karşıya olduğu gelişmeler arasında sayılabilir (Yentürk, 2008: 145).

Sağlık sektörü, toplumda arz ve talep dengesinden oluşan, toplumun ve bireyin gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinin, ülkedeki GSMH değerleri göz önünde bulundurularak, sunumunda çeşitli meslek gruplarının da içinde olduğu bir sistem bütünüdür.

Türk sağlık sektörü, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen politikalar sonucunda son on yılda yaklaşık dört kat büyüyerek önemli bir sektör haline gelmiştir. (Erol ve Özdemir, 2014: 9). Dünyanın gelişen ekonomileri arasında ilk sıralarda yerini alan Türkiye’de, sağlığa erişimin hükümet politikaları tarafından da desteklenmesiyle sağlık sektörü önemli bir ivme kazanmıştır. Bu büyümede SGK’nın sağlık giderlerindeki büyük artış ve kamu bütçesinden sağlık alanına aktarılan tutardaki yükselme belirleyici olmuştur. Bu büyüme ile birlikte, doğal olarak özel sağlık sektörü de hızla gelişmiştir (Erol ve Özdemir, 2014: 34).

Türkiye’de, erişebilirliğin artması ve olumlu ekonomik gelişmeler neticesinde artan satın alma gücü gibi etkenler ve son yıllarda sektöre ilişkin gerçekleşen destekleyici gelişmelere paralel olarak büyümektedir. İlaç, hizmet sunumu, sigorta ve tıbbi cihazlar gibi alt sektörler bazında bakıldığında dünya genelinde önemli bir noktaya gelinmektedir. Bu olumlu gelişmelerle sürdürülebilir kamu finansmanın sağlanması amacıyla politika belirleyicileri tarafından çeşitli eylem stratejileri planlanmaktadır. Bu stratejiler sektördeki modernleşmeyi hedeflediği gibi aynı zamanda kamu maliyetlerini sınırlandırmaya yönelik de olmaktadır. Ancak kamu maliyetlerini sınırlandırmayı amaçlayan uygulamalar; sektör oyuncularının faaliyetlerinin sürdürülebilirliğini ve sektör çıktılarının kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yased, 2012: 56).

1.2.3.1. Kamu Sağlık Hizmetleri

Kamusal sağlık hizmetleri bir yönüyle "toplumsal yatırım" diğer bir yönüyle "toplumsal tüketim"e yol açan niteliğiyle tipik bir "toplumsal sermaye" harcamasıdır. "Özel sermaye birikiminin kârlı olabilmesi için gerekli bir harcamadır ve üretime dolaylı yoldan katkıda bulunmaktadır" (Saybaşıh, 1994: 69).

Emek gücünün verimliliğini artırarak ve emeğin yeniden üretim giderlerini toplumsallaştırarak sermaye birikim sürecine bir girdi sağlar. Üretim süreci dışındaki emek ve yoksul kesimler için sağladığı sağlık hizmetleri ile "toplumsal meşruluk" ve

"toplumsal uyum" harcamalarının bir parçasıdır. Kamu sağlık harcamalarının artışı ve sektörel olarak büyümesinde emek hareketi de rol oynamıştır. Kamusal kaynakların kendi sınıfsal talepleri doğrultusunda kullanılmasının mücadelesini veren işçi sendikaları ve liderleri sağlık hizmetlerinin sınıfsal tabanlarına ulaşmasının kamu hizmetleri ve kamu fonlamasıyla olabileceğini görmüşlerdir. Sendikaların işçi sınıfının kullandığı sağlık hizmetlerinin artırılması için sürekli bir talebi olmuş ve yaptıkları toplu sözleşmelere de bu amaca ilişkin maddeler koydurmaya çalışmışlardır.

1.2.3.2. Özel Sağlık Hizmetleri

Özel sağlık hizmetleri piyasa unsurlarınca yerine getirilir. Yasa ve tüzüklerle belirlenen emek girdileri sınırlamaları altında, piyasanın en olağan güdüsü ve yasaları olan kâr maksimizasyonu girişimcileri yönlendirir. Özel sağlık hizmetlerinde, girişimcilerin başlıca amacı, herhangi bir mal ve hizmet üretiminde olduğu gibi, kâr tatminlerini sağlamaktır. Bu haliyle, Özel sağlık hizmetleri alanı sermaye birikim yollarından birisidir. Diğer mal ve hizmetlerden ayrı bir yönü, pozitif dışsal etkilerinin yüksek olmasıdır." "Klinik hizmeti, tıpkı okul eğitimi ve motorlu taşımacılık gibi sermaye yoğun mal üretiminin bir ürünüdür; üretilen hizmetler başkaları için tasarlanmıştır, başkalarıyla birlikte ya da üreticinin kendisi için değil." (Illich, 1995: 148).

Sağlık mal ve hizmeti, piyasa koşulları içerisinde, piyasanın ürettiği herhangi bir mal, bir metadır. Özel sağlık hizmetlerinin bu niteliğine karşın, sağlık hizmeti talebinin ortaya çıkış özellikleri gereği ve toplum tarafından -doğal olarak- herhangi bir mal gibi değerlendirilmeyişi sonucunda, pratikte birçok sorun ve tartışma yaşanmaktadır. Sorunların temelinde piyasa aksaklıkları yatmaktadır.

1.2.4. Sağlık Politikaları

Sağlık politikası yapılan tanımlara göre; sağlık sistemindeki kurumların hizmetlerini ve finansman yapılarının düzenlemelerini etkileyen faaliyetlerdir. Sağlık sisteminde hizmetlerin sunulması için kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarının faaliyetleri sağlık politikası kapsamında incelenir. Sağlık kavramının geniş kapsamı ile ele alınarak sağlık üzerinde bulunan etkenler ve bu sektörlerde kapsam içerisinde değerlendirip politikanın oluşturulması gerekmektedir. Ulusal sağlık politikaları

belirlenirken toplumun sosyo-ekonomik yapısı, finansmanı, sürdürülebilirliği, demografik yapısı, çevre politikaları, çevrenin canlıların yaşamına uygunluğu, bireylerin eğitim durumları, yapıların fiziki şartları, teknolojik altyapılar, bireylerin beklentilerinde göz önünde bulundurulması gereklidir. Sağlık politikaları düzenlenirken, sağlık hizmetlerinin kimler tarafından üretileceği, nasıl sunulacağı, nasıl finanse edileceği, hizmetin kullanıcılara nasıl ulaştırılacağına bilinmesi önemlidir. Bu bağlamda alınan kararlar yasal dayanaklara göre belirlenmelidir. Oluşturulacak politikaların dayanağı uluslararası anlaşmalara, anayasaya aykırı, insan hakları, onurunu aşağılayıcı düzenlenmemesi gerekmektedir.

Sağlık politikası, sağlık hizmetleri ve programlarının sunulmasını ve bunlara erişimi sağlayan yönetmelik ve teşvikleri tanımlayan mevzuat veya diğer kural koyma şekilleri ile yürürlüğe konur. Belirlenen birçok politikada olduğu gibi, sağlık politikaları da, toplumun genel tercihleri, politik gerçekler, kısıtlı kaynakların mevcudiyeti ile bütünleşmiş mevcut kanıta dayalı toplum sağlığı eylemine yönelik sistematik destek toplama sürecinden doğar. (TCSB: 10) Sağlık politikası toplumsal amaçlara etkili bir yararlılık sağlayıcı, toplumun sağlıkla ilgili eğitimine, politika dışı bir şekilde öğrenmek için fırsat tanınmalı ve teşvik edilmelidir. Topluma daha iyi bir hizmet sunmak adına Sağlık politikaları oluşturulurken toplumun ihtiyaçları, beklentileri ve kolay ulaşılabilirliği ön planda tutulmalıdır. Tüm bireylerin sağlık hizmetlerini hakkaniyet ölçüsünde erişimin sağlanması için sağlık sigortası kapsamının toplumun her kesimine yayılması, sağlık hizmetinin sunumunda gerekli iyileştirme ve geliştirmelerin yapılması içinde büyük önem taşımaktadır.

Ateş, 2013 yılındaki yaptığı çalışmada, sağlık sisteminin 2003 yılına kadar merkezi bir yapıya sahip olduğunu, SB'nin merkez teşkilatı, kamu ve özel hizmetleri yönetmekte iken 2003 yılı itibariyle yerelleştirmeye önem verildiğini belirtmektedir. Ayrıca Kamu Hastaneler Birliği (KHB) kurularak özerk işletmelere dönüştürülmesi, çalışanların sözleşmeli personel alma ve giderlerini karşılanma hakkının tanınması uygulamasının sayılabildiğini belirtmiştir (Akdur, 1999: 7).

Sağlık politikasının temel ilkeleri doğrultusunda, merkezi örgütlenmenin getirdiği olumsuzlukları yerinde çözüme ulaştırıcı politika geliştirilmesi ve idari ve mali açıdan kurumları özerkleştirmedir. Kurumları günümüz koşullarında rekabet

edebilir duruma getirilmesinde sağlık sekt6r6ndeki bu gelişmeler kamu ve 6zel hastanelerini de içine alarak ivme kazandı.

G6n6m6zde toplumların gelişip modernleşmesiyle paralel olarak bireyler kendi yaşamları, aileleri için değişen yaşamlarını ve gereksinimlerini karşılama adına sağlık sistemlerinden daha kaliteli ve ulaşılabilir sağlık sunumu talep etmektedirler. Bu taleplerinde haklı olarak temel beklenti hakkaniyetli, ayrımcılığın olmadığı, hizmeti alan ve 6retenin daha mutlu olduğu bir hizmet anlaşılmaktadır. Bireylerin beklenti ve gereksinimlerine odaklanmış bir sağlık hizmet sunumu oluşturmak amacı ile sağlık politikalarının toplumun genel sağlık yapısında koruyucu, 6nleyici bir b6t6n olarak değerlendirilmelidir. 1990 yılından itibaren yapılan sağlıkta reform çalışmalarının en 6nemlileri; sosyal g6venlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin 6zerk sağlık işletmelere d6n6řt6r6lmesi olarak açıklanabilir.

1.3. Sağlık Y6netiminde Genel 6lkeler

Sağlık 6rg6tlenmesinde g6z 6n6ne alınması gereken temel ilkeler, yukarıdaki bilgiler doğrultusunda ve Alma-Ata bildirgesine g6re (WHO, 1978) ve sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin bir devlet g6revi olduğu g6z 6n6ne alınarak saptanmıştır (Ateş, 2012: 14).

1.3.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Bu ilkenin gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin halkın yaşadığı en u noktalara kadar gitmesini sağlar. Bu durumda hizmetler, k6ylere, mezralara kadar uzanan bir 6rg6t içinde sunulacaktır. Bunun gereği olarak, hizmetler 6ncelikle n6fus yoğunluğu temel alınarak 6rg6tlenmelidir (Ateş, 2012: 14). Genellikle hastaların hastanelere başvurmadan 6nce başvurup, gerekli g6r6ld6đ6nde hastanelere g6nderildikleri sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetleri kapsayan birinci basamak tedavi hizmetleri; ilk yardım sağlık hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrol6, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri, hasta sevk ve izleme hizmetleri gibi hizmetlerden oluşmaktadır. T6rkiye’de aile hekimleri, muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, ana-ocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan bazılarıdır

(Hayran ve Sur, 1998: 13). Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teŖviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teŖhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte verildiği, kiŖilerin hizmete kolayca ulaŖabildikleri, dŖŖk maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur (Akdağ, 2011: 78 ; AteŖ, 2012: 16) Birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluŖlar, yataklı tedavi kuruluŖlarının 6nŖnde birer filtre g6revi yapmaktadır. Hastalar 6ncelikle birinci basamak sağlık kuruluŖlarına baŖvurmakta, buradaki doktorun uygun g6rmesi halinde hastanelere g6nderilmektedir. Hastaların yaklaŖık %90'ı birinci basamakta yeterli bakım ve tedaviye ulaŖmakta, yaklaŖık %10'u ise ikinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluŖlara y6nlendirilmektedir (Altay, 2007: 46).

1.3.2. Ana ve ocuk Sağlığına 6ncelik

Bu ilke, risk altındaki gruplara 6ncelik verilmesi gerektiğini belirtir. Risk gruplarının baŖında ise, ana ve çocuklar gelir. Bu hizmetlerdeki ana 15-44 yaŖları arasındaki doğurgan kadınları, ocuk ise 0-6 yaŖları arasındaki nŖfusu anlatır. Bu hizmetler içinde doğum 6ncesi bakım, doğum hizmetleri, doğum sonu bakımı ve çocukların izlenmesi gelir. Bu iŖler içinde bađıŖıklama, çocukların geliŖmelerinin izlenmesi ve sağlık eğitimi hizmetleri ağırlıklıdır (AteŖ, 1912: 89).

1.3.3. Koruyucu Hizmetlere 6ncelik

Sağlık hizmetleri yalnızca hastalara sunulan bir hizmet tŖrŖ olmayıp, hasta ya da sağlam olsun; toplumdaki her bireye g6tŖrŖlmesi gereken bir hizmettir. 6zellikle sağlık ocağında alıŖan ekibe verilen g6revlerin pek çoğu koruyucu sağlık hizmetlerinden oluŖmaktadır. Bu hizmetleri yalnızca bađıŖıklama ve evre sağlığı hizmetlerinden ibaret olmayıp aile planlaması, erken tanı, ilaçla koruma, sağlık eğitimi, beslenmenin dŖzeltilmesi gibi daha baŖka hizmetler de vardır (AteŖ, 2012: 29). KiŖileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken 6lŖmden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. KiŖiye y6nelik olarak yapılan bađıŖıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileŖtirilmesini sağlamak için gıda gŖvenliđi ve sağlıklı beslenme alıŖkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi iŖler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koŖullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını 6nlemek amacıyla çevreye yapılan mŖdahaleler koruyucu hizmetlerdir.

1.3.4. Toplum Katılımı

Sağlık hizmetleri bir sosyal hizmettir. Sosyal hizmetlerde, halkın hizmete sahip çıkması, hizmetin başarısını olumlu yönde etkiler (Ateş, 2012: 16). Sağlık hizmetleri halk tarafından benimsendiği, bir başka deyişle, bu hizmetler halka mal edildiği takdirde başarı da artacaktır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında halkın görüşüne başvurmak, halkla birlikte çalışmak bir ilke olmalıdır.

1.3.5. Denetim ve Hizmet İçi Eğitim

Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez öğelerinden birisi de denetim ve eğitimidir. Denetim, geleneksel teftiş anlayışından farklı olarak; aksaklıkların belirlenmesi, bu aksaklığın nedeninin bulunması ve bu nedenin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Bu önlemler, destek eğitim ya da ödüllendirme-cezalandırma biçiminde olabilir (Ateş, 2012: 19).

1.3.6. Sosyal Eşitlik

İnsan hakları Evrensel Beyannamesi'nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde yerine getirilmesini sağlamak amacıyla sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetler bir kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilmelidir. Çünkü sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Bu hizmetler, yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara ve kentlerde oturanlara değil, toplumdaki herkese ve en uzak yerleşim biriminde oturan kişilere de sosyal adalet içinde, eşit olarak sunulmalıdır (Ateş vd, 2012: 14). Toplumdaki her bireyin en az fedakarlıkla sağlık hizmetlerinden, eşit şekilde yararlanması esastır. Sağlık hakkı temel haklardandır. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinin eşit, dengeli ve sürekli olarak tüm bireylere ulaştırılması zorunludur (DPT., 1989: 289). Diğer bir tanımda ise sağlık hizmetlerinde eşitlik; eşit gereksinimlerde sağlık hizmetlerine eşit erişim; eşit gereksinimler için eşit kullanım, herkes için eşit kalitede hizmet herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta eşitsizlik; sağlık durumu, sağlıkla ilgili risk etmenleri, sağlık hizmetlerinin kullanımı için söz konusudur (Whitehead, 2001: 75).

1.3.7. Sürekli Hizmet

Sağlık hizmetlerinin önemli ilkelerinden biri de herkese, her yerde ve her zaman hizmet sunulmasıdır. Bu ilke, yerleşik, planlı ve programlı hizmet sunumunu gerektirir. Sağlık ocaklarından başlayıp ilçe ve il hastanelerine ve özel dal hastanelerine kadar uzanan hizmet ağı, bu ilkeye göre örgütlenmiş bir modeldir (Öztek, 1986: 53). Düzenli bir hizmet kaynağının varlığı ve bunun kullanımınıdır. Sürekli hizmet, kişilerin sağlık hizmeti aldıkları kaynağı tanıması ve benimsemesi, uygulayıcı kişi ya da kurumun da hizmet verdiği kişi ya da toplumu tanıması ve bu etkileşimin belli bir zaman diliminde devam etmesidir. Hizmet kullanımını etkileyen en önemli faktörlerden biri sürekli hizmet kaynağının varlığıdır.

1.3.8. Bütünleştirilmiş Sağlık Hizmetleri

İkinci dünya savaşı'ndan önceki dönemde, "geniş bölgelerde tek amaçlı hizmet" şeklinde örgütlenmek genel bir anlayıştı. Bu tür örgütlenmeye sıtma, trahom, verem, frengi ve lepra savaş örgütleri ile anne çocuk sağlığı hizmetleri örnek olarak gösterilebilir. İkinci dünya savaşı sonrası dönemde bu görüş değişmiştir. Zamanımızda ise "dar bölgede çok yönlü hizmet" yaygın görüştür. (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961). Dikey örgütlenmede, birey alacağı hizmetin türüne göre ,değişik kuruluşlara başvurmak zorundadır. Yatay örgütlenmede ise, her türlü sağlık hizmetini almak için aynı kuruluşa başvurmak durumundadır.

1.3.9. Kademeli Sevk Sistemi

Bu ilke sağlık ocağı benzeri birimlerden bölge hastanelerine ve oradan da il hastane özel dal hastanelerine hasta sevkini öngörmektedir. Böylelikle, ilk basamak hastanelerin önünde filtre görevi görmüş olacaklardır. Sağlık ocaklarına her yüz hastadan beşi ya da onu hastanelere sevk edilmektedir (Öztek ve Eren, 1997; Ateş, 2012: 14). Oysa sağlık ocaklarının bu süzme görevi olmasa kuramsal olarak yüz hastanın hepsi başvurması gerekecekti. Bu durumda, yüz hastanın 90'nma hizmet veren sağlık ocakları hastanelerin yükünü %90 azaltıyor demektir. Şayet sağlık ocakları birimleri olmasaydı, bu hastalar ya hiçbir sağlık kuruluşuna gitmeyecek ya da hastanelere gideceklerdi. İkinci seçenek gerçekleştiğinde hastanede çalışan uzmanlar pratisyen hekim gibi çalışıyor olacaklardı (Ateş, 2012: 14).

Bundan dolayı gerek hastaneye gelen yığılmaları önlemek gerekse personelin daha verimli çalışması için kademeli sevk sistemi uygulanmalıdır.

1.3.10. Ekip Hizmeti

Sağlık ekibi; ortak hedefi hastaya en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımını vermek olan, değişik sağlık mesleklerinden üyelerden oluşan, her bir üyenin kendi görevlerini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir . Sağlık ekibi; ortak hedefi hastaya en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımını vermek olan, değişik sağlık mesleklerinden üyelerden oluşan, her bir üyenin kendi görevlerini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir (Özsoy ve diğerleri 2000: 106). Sağlık hizmetlerinin sunumu, bir ekip işidir.

1.3.11. Esnek Bir Planlama

Planma bir süreçtir. Hiçbir plan başlangıçtaki gibi kalmaz, uygulanır, değerlendirildiğinden plan yapılır. O nedenle, planların esnek olması bir kuraldır. Sağlık hizmetleri ile ilgili planlarda zaman içinde, günün koşullarına uygun olarak değiştirilebilir. Örneğin beş on bin kişi için kurulan sağlık ocakları, ülkenin nüfusundaki, insan gücündeki ve kaynaklarındaki gelişmeler sonucu yeniden düzenlenebilir.

1.3.12. Sektörler Arası İşbirliği

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu diğer sektörlerin işbirliği ile olmalıdır. Örneğin güvenilir içme suyunun sağlanması, sağlığa zararlı etkenlerin ortadan kaldırılması belediyeler ile sağlık eğitimi için okullarla işbirliği yapmak gerekir. Bilindiği gibi Alma-Ata bildirgesinde sektörler arası işbirliğine vurgu yapılarak, bu konudaki düzenlemeler ülkelere bırakmıştır.

2. BÖLÜM

SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlığa ilişkin farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Bunların bazılarına baktığımızda, sözlükte sağlık anlamı; vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet; vücudun iyi veya kötü olması durumu ve sağ, canlı, diri olma durumu beden, ruhen ve sosyal yönden iyi olma olarak değerlendirilir ([https://www.saglik.nedir.com./](https://www.saglik.nedir.com/), s.2).

Sağlığın tanımı, hemen her yerde "hasta olmama" anlamında, hastalık kavramı ile bağlantılı, yani negatif bir mesaj verecek şekilde yapılmaktadır. Buna uygun olarak bugün egemen olan batı tıbbındaki gelişmeler, hep var olan hastalıkların nedenlerini açıklama çabaları sonucu olmuştur. Özellikle son yüzyıldaki tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler sayesinde hastalıklara ilişkin engin bir bilgi birikimi sağlanmıştır. Bu bilgi birikimi doğrultusunda örgütlenen ve verilen "sağlık hizmetleri"nin ne derece "sağlık"la ilgili olduğu, üzerinde durmaya değer bir konudur. Çünkü, aslında bu hizmetler büyük ölçüde "hastalıkların", hatta "hasta olan kişilerin" tedavisi ile, nedeni bilinen bazı hastalıkları önleme çabalarından başka bir şey değildir (Hayran, Haydar, 1998: 1). Sağlık sadece beden değil ruhen de iyi hissetme durumudur. Sağlık; yalnız bireyin vücudunda hastalık, sakatlık ve engel olmayışı değil, bireyin ruhen ve sosyal yönden de iyilik halinde olmasıdır (<https://www/http://saglik.nedir.com/>, s.3) Çeşitli yazarların vurguladığı gibi sağlık, kişinin beden, ruh, ve sosyal bakımdan diğer bireyler ile karşılaştırılınca standardın altına olmaması halidir.

Sağlık Bakanlığına göre ise sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik yönden verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 1).

Bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda sağlık, "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziken ve sosyal yönden de iyi hali olması" (Hayran ve Haydar,

1998: 3) olarak tanımlanmaktadır. Bilim ve teknolojideki hızlı gelişmeler sağlık alanına yansiyarak, sağlık ve hastalık kavramlarında büyük değişikliklere yol açtığından bu tanıma yakın zamanda “ sosyal ve ekonomik olarak üretici yaşam sürme” (<https://www/http://saglik.nedir.com/>, s.2) eklenmiştir. Bu yeni yaklaşıma göre sağlık bir durum olarak tanımlanmayıp değişen gereksinimlere ve hayata verdiğimiz anlama göre değişiklik gösterebilmektedir. Dünya sağlık örgütüne göre sağlığın 3 temel unsuru vardır:

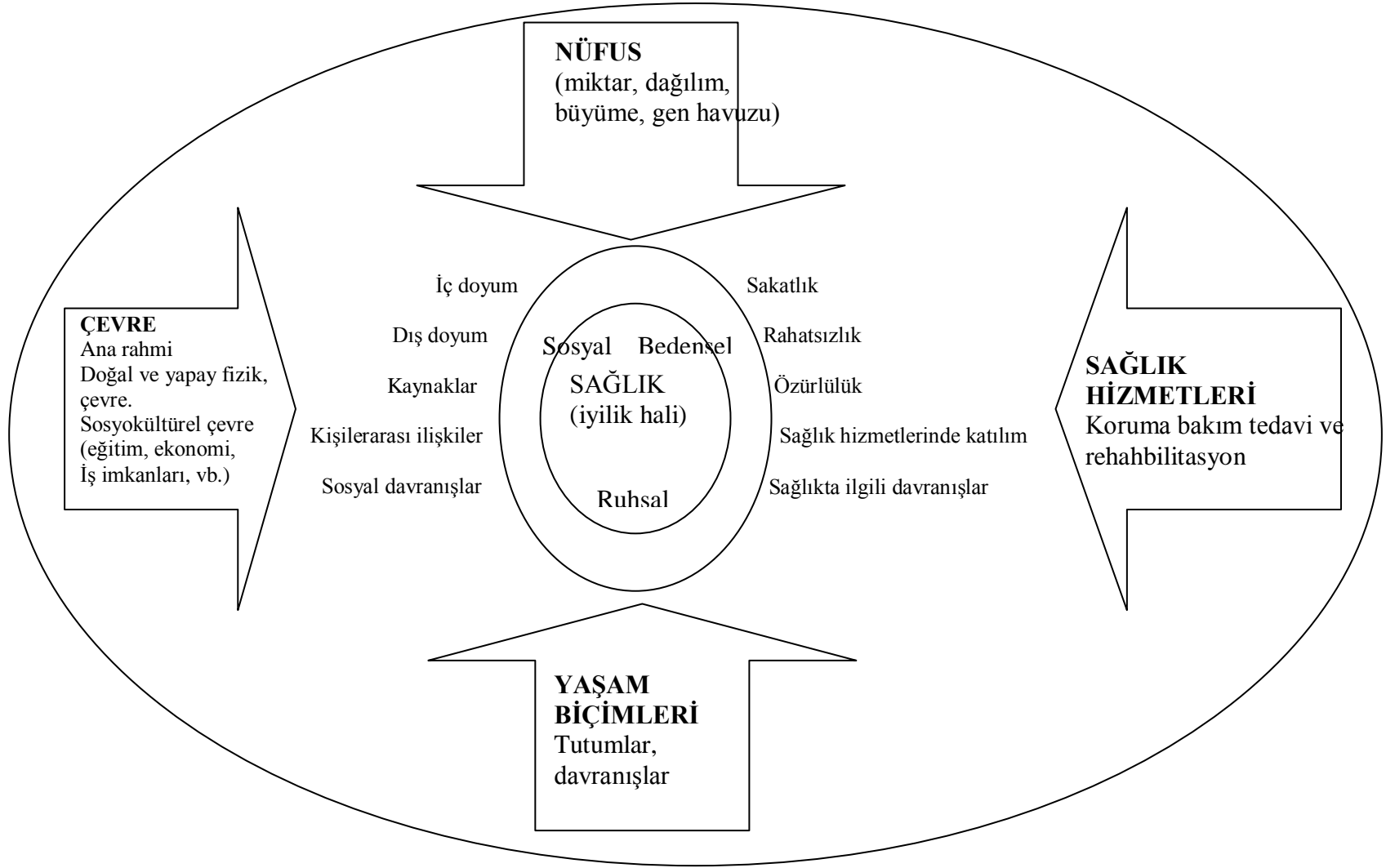
“1- Bedensel iyilik: Vücudu oluşturan bütün doku ve organlarda eksiklik, bozukluk, mikrop taşıma gibi hallerin olmaması.

2- Ruhsal iyilik: Yaşına uygun olarak düşünebilen, düşündüklerini anlaşılır şekilde ifade edebilen, başkalarını anlayabilen, yerinde ağlamasını ve gülmesini bilen, güçlüklerle mücadele edebilen, koşullara uygun hareket edebilen, başarılarında mutlu olup başarısızlıkları kabullenebilen, kendisiyle barışık olma hali.

3- Sosyal iyilik: Nerede ne şekilde davranacağını bilen, iyi ilişkiler kurabilen, hoşgörülü davranan, çevreyle barışık olma halidir” (<https://www/http://saglik.nedir.com/>, s.3).

İnsanın en önemli sorunlarından birisi sağlıktır. Yaşamak, öğrenmek, iş yapabilmek için sağlıklı olmak gerekir. Sosyal varlık olan insan çevresindeki kişi ve olaylarla etkileşim içindedir, dolayısıyla olaylar kişinin sağlığını da etkiler. Sağlığın hizmet olarak sunumu esnasında müşterilerin bedensel ruhsal ve sosyal olarak beklentilerinin karşılamasını hedefler.

Sağlık kavramını tanımlamaktan öte iyi anlayabilmek için sağlığı olumlu yönde destekleyen çeşitli etkenler (sağlık kaynakları) ile olumsuz yönde etkileyen koşullar ve etkenleri (sağlık riskleri) tanımak gerekir. Son olarak elimizde olan tanımlar ışığında sağlık belli başlı kaynak ve riskler Şekil 2.1. de özetlenmiştir. (Hayran ve Haydar, 1998: 4).



Şekil 2.1. Sağlık ve İyilik Halinin İlişkili Olduğu Alanlar

2.1. Kalite, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite

2.1.1. Kalite Kavramı

Kalite kavramının insanoğlunun karşısına ilk olarak M.Ö. 2150 yılında Hammurabi yasalarında çıktığı kabul edilmektedir. Ev yapımında dikkat edilmesi gereken hususların belirtildiği bu şartname, gerekli şartlara uyulmaması halinde cezalandırmanın nasıl olacağını belirlediği bir kayıt olarak tarihe geçmektedir. Romalıların beton ile imal edilen bina yapımını, şehir planlamacılığını, trafik sıkışıklığını, sarnıç ve su kanallarının imalatını şartname biçiminde yasalarla düzenlediği bilinmektedir (Kostak, 2007: 4).

Günümüzde kalite kavramı, ürün veya hizmetlerin tüketicilerin beklenti ve gereksinimlerini karşılama derecesidir. Bir ürün ya da hizmetin belirlenen koşullara bağlı olarak, gerekli denetimlerinin yapılarak ilgili kayıtların tutularak tüketiciye temininin sağlanmasıdır. Kalite, üretim ve hizmet kuruluşlarının, uzun dönemli karlılığı, rekabet edebilirliğin kazanımı ve maliyetlerin düşürülmesi konularında belirleyici bir unsurdur. Yüksek kalite anlayışı tüm çalışanların potansiyelinin en üst düzeye çıkışında oldukça etkili bir rol oynar (Marşap 2014: 1).

Sağlıkta ise kalite olması gereken bir zorunluluktur. İyi hizmet almak her insanın hakkıdır. İnsan hayatı göz önüne alınca geri dönüşü telafisi mümkün olmayan sonuçlar oluşabilir. Bir ürünü yenilemek telafisi mümkünken insan hayatında sağlıkla ilgili bir hata kişinin yaşamını bütünüyle etkileyebilir ve yaşam hak ve kalitesini düşürebilir. Sağlık hizmetinde kalite aranmaktadır. Kişinin sağlığının yaşam kalitesini etkilemesi, hasta psikolojisi ve kişi üzerinde etkileri, telafisi mümkün olmayabilecek sonuçları göz önünde bulundurulduğunda kalite olması gereken bir durumdur (Kostak, 2007: 4).

2.1.2. Hizmet Kavramı

Hizmeti tanımlamak kolay değildir ve genel kabul görmüş bir hizmet tanımı yoktur. Hizmetin tanımı ile ilgili incelemeler yapıldığında, farklı tanımları görmek mümkündür. “Gayri maddi olan ve gereksinimleri gideren tüm faaliyetler” (Sarıyer, 1996: 2). Maddi olmayan tüm ihtiyaçları gideren faaliyetler bütünü olarak ele alınmıştır. Farklı bir tanımı ise, “Bir faaliyetin temel amacı veya unsuru olarak tüketici isteklerini giderici nitelikte, belirlenebilen soyut çabalar” (M.Üner, 1994: 3)

olarak belirtilmektedir. Hizmetin en belirgin özelliği soyutluğudur. “Üretildiği anda alıcıya değer aktaran soyut bir ürün” (Konya, 1998: 78) bu tanımlardan bazılarıdır. Hizmet soyut bir kavram olmakla birlikte insanların ihtiyaçlarından doğmuştur. İnsanların ihtiyaçlarının karşılanmasının bir ekonomik karşılığı varsa orada hizmet de vardır. Hizmeti anlayabilmek için hizmetin özelliklerini bilmek gereklidir.

Tablo 1’de hizmete ilişkin tarihsel tanımlara değinerek hizmet kavramının tarih boyunca ne olarak algılandığı konusunu göstermek mümkündür.

Çizelge 2.1. Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar (- 1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723-90)	Somut (dokunulabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J. B. Say (1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler
Alfred Marshall (1842-1924)	Oluşturulduğu anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri (1925-60)	Çağdaş Tanım Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Kaynak: Öztürk, 2012:3.

Tarih boyunca hizmet için farklı tanımlamalar yapılmıştır. Diğer bazı tanımlara da değinecek olursak, Goetsch ve Davis hizmeti, “Hizmet başka birisi için iş icra etmektir.” şeklinde tanımlarken (Goetsch ve Davis, 1998:104), Dibb, hizmeti; insanların ve makinelerin kullanıma sundukları elle tutulamayan ürünler olarak tanımlamaktadır (Koçbek, 2005: 23).

Sonuç olarak hizmet, bireylerin veya toplumların ihtiyaçlarını gidermek amacıyla belirli bir fiyattan satışa sunulan, elle tutulamayan, standartlaştırılmayan, yarar ve doyum oluşturan soyut faaliyetler bütünüdür (Sevimli, 2006: 2).

2.1.3. Hizmet Kalitesi

Odabaşı’ya göre hizmet kalitesinin en geniş tanımı; müşteri beklentilerinin tümünün karşılanabilmesi için yoğunlaştırılmış mükemmel hizmet sunulmasıdır.

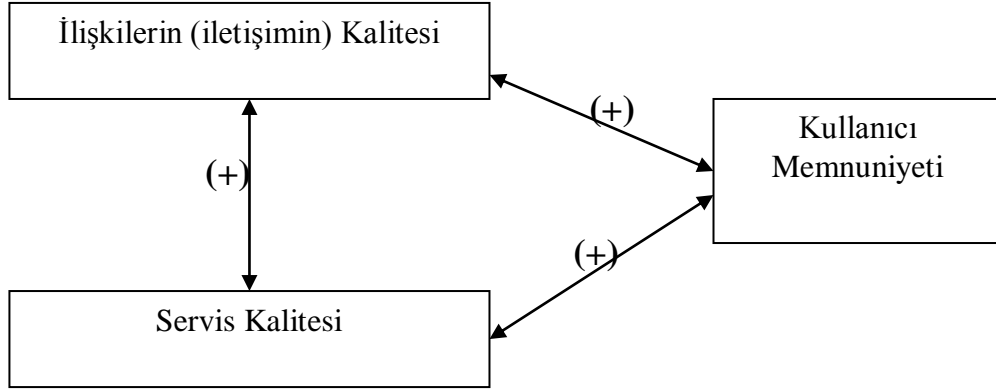
Böylece işletmelerin müşteri beklentilerinin karşılanması ve hatta aşılması yeteneği olarak da hizmet kalitesini belirtmek gerekir (Akt. Okumuş ve Duygun, 2008: 19).

Hizmet kalitesiyle ilgili diğer bazı tanımları da şöyle sıralamak mümkündür (Rosander, 1989: 73):

- Hizmet kalitesi mekanizmaların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmeleridir.
- Hizmet kalitesi insanların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmeleridir.
- Hizmet kalitesi, kusursuz ürünlerin satılmasıdır.
- Hizmet kalitesi, doğru tanıdır.
- Hizmet kalitesi doğru önlemin bulunmasıdır.
- Hizmet kalitesi sorunların ortadan kaldırılmasıdır.
- Hizmet kalitesi güvenilir olmaktır.
- Hizmet kalitesi etkili performans gerçekleştirmektir.
- Hizmet kalitesi nazik davranmaktır.
- Hizmet kalitesi, güvenli performans göstermektir.
- Hizmet kalitesi zamana uygunluktur.
- Hizmet kalitesi, derhal önlem alınmasıdır.
- Hizmet kalitesi müşterinin parasının değerini almasıdır.
- Hizmet kalitesi, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır.
- Hizmet kalitesi, güvenli olmayan koşullara karşı korunmaktır.

Hizmet kalitesi ile ilgili olarak; üç hipotez kurulabilir. Bunlardan birincisi; satıcı ile alıcı arasındaki ilişkinin kalitesinin, satıcının verdiği hizmetle pozitif ilişkisi

olduğudur. İkinci hipotez; Satıcı ile alıcı arasındaki ilişkinin müşteri memnuniyetine pozitif yönde etkisi olduğu; üçüncüsü ise satıcının vermiş olduğu hizmetin müşteri memnuniyeti üzerine pozitif etkisidir. Aşağıda şekil 2.2.'te olarak görülen üç unsur arasında bu yönlü bir pozitif bir ilişki kurulduğunda en yüksek hizmet kalitesi ortaya çıkmaktadır (Chakrabarty ve diğerleri., 2007-2008: 4).



Şekil 2.2. Satıcı ile Alıcı Arasındaki İlişkinin Hizmet Kalitesine Yansıması

Kaynak: Chakrabarty vd., 2007-2008: 4.

Hizmet kalitesine gösterilen özen, bir organizasyonun kendini rakiplerinden farklı kılmasını ve bu şekilde rekabette kalıcı bir avantaj elde etmesini sağlar. Yüksek hizmet kalitesi sadece hizmet veren organizasyonların değil, üretim yapan organizasyonların da uzun dönemdeki karlarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bazı üretim endüstrilerinde hizmet kalitesinin, siparişler söz konusu olduğunda, ürün kalitesinden daha önemli olduğu kabul edilir. Üstün hizmet kalitesi iş yapmanın bedeli değil, daha yüksek kar marjları için bir anahtardır. Hizmet bir sonraki satışın zeminini hazırlar (Yumuşak, 2006: 22).

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri, sağlığı koruyan, geliştiren, hastalıkların oluşumunu önleyen; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi eden; sakatlıkları önleyen; sakatlananlara tıbbi ve sosyal hizmet sunarak insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sağlarken sunulan hizmetlerin tümüdür. Ancak sunulan emek taşıyan sağlık odaklı işlerin iyi anlaşılacak şekilde algılanması oldukça önemlidir (Marşap, 2014: 26). Hizmet sunumu olmadan diğer tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de kalite değerlendirilemez (Sevimli, 2006: 49). Bu bakımdan hastanenin amacı modern çağın gereğine uygun, hızlı, disiplinli, üstün

kaliteli ve ekonomik nitelikte modern bir hastane işletmeciliğidir. Hastaneler insan sağlığı odaklı amaçlarına en az maliyetle erişirken, sürekli yenilenebilir kalite sürecini büyük bir azim, gayret ve işbirliği içinde geliştirir (Marşap, 2014: 26).

Mc GLYN,'a (1997) göre, sağlık sektöründe kalite, farklı müşteriler için farklı anlama gelmektedir. Kaliteli bir sağlık sisteminin oluşturulabilmesi için sağlık sisteminin tüm müşterilerinin birbirinden farklı olan kalite anlayışları dikkate alınmalıdır. Bunun için gerekli iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır (Özatkan ve diğerleri, 2008: 79). Bu faaliyetlerle, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, hasta ve müşteri konumundaki diğer kişilerin istek ve ihtiyaçları iyi belirlenmesi, mevcut kaynakların değerlendirilip teknik hizmetlerin güçlendirilmesi, karar mekanizmasında kullanılacak olan verilerin iyi analiz edilmesi ve uygun çözüm yollarının seçilmesine bağlıdır. Kalite çalışmaları yapılırken, çalışan ve müşteri memnuniyetini artırmak ve maliyetleri düşürmek esas alınmalıdır. Bununla birlikte karşılaşılan sorunlarla mücadele etmek, birlikte çalışma gerektiren zorlu bir iştir.

Bu zorluk sağlık hizmetlerinde kaliteyi yönetmek, ölçmek ve tanımlamak, kalitenin çok boyutlu doğası nedeniyle meydana gelmektedir. (Schmidt, v.d., 1992: 307). Müşteriler, sağlık hizmeti sunanları değerlendirirken yine onların kalite ile ilgili yaptıkları tanım ve ölçümlerden yararlanırlar (Schmidt, ve diğerleri, 1992: 311). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde kalite tanımlarına baktığımızda, Donabedian, kaliteyi; "Hizmet sürecinde kazançlar ve kayıplar dengesinin hesabı yapıldıktan sonra hastanın iyilik halini en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet" olarak tanımlamıştır (Donabedian, 1980: 5).

Sağlık hizmetlerinde, hizmeti oluşturan tüm unsurlar birbiri ile bütünsel bir uyum içinde olmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşım uygulamak için sağlam bir yönetim modeli ve organizasyonun var olması, işlerin, kim tarafından, ne zaman, nerede, hangi araçlar kullanılarak, ne yöntemle yapıldığının bilinmesi büyük önem taşımaktadır (Aslantekin, 2007: 68). Çünkü sağlıkta kalite; artan rekabet, eğitim düzeyi, insani yaklaşımlar ve iletişimin artması sebebi ile çağımız işletmeleri açısından kaçınılmaz bir olgudur.

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi yönetmek, ölçmek ve tanımlamak, kalitenin çok boyutlu doğası nedeniyle farklılık arz etmektedir. Müşteriler, sağlık hizmeti sunanları

değerlendirirken yine onların kalite ile ilgili yaptıkları tanım ve ölçümlerden yararlanırlar (Schmidt, ve diğerleri., 1992:307).

Uluslararası olarak kabul gören bir değerlendirme sistemi akreditasyona gittikçe artan bir ilgi vardır. Bunun sebebi ise, sağlık kuruluşlarının verimliliğini, kalitesini ve performansını değerlendirmeyi amaçlayan akreditasyon kanıtı dayalı standartlara, verilen hizmetlerin uygunluğunu denetler. Özellikle artan hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin temini gelişmiş bir ortamda yapılmasını gerektirir (Marşap, 2014: 172).

Son olarak sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme çalışmalarına engel olan faktörler incelendiğinde;

- Doktorların kalite iyileştirme çabalarına genellikle katılmamaları
- Kalite çalışmalarının iş yükünü artıracak olduğunu düşüncesi ve bu çalışmaların bir tehdit olarak algılanması
- Üst düzey yöneticilerin kalite çalışmalarına yeterince önem vermemesi veya kuruma çok az katkı sağlayacak kalite iyileştirme çalışması yapması
- Sağlık hizmet sunucularının maliyet/etkililik prensiplerinden uzak çalışması bununla birlikte kalite iyileştirme çalışmalarını destekleyecek bütçeleme ve planlama sistemleri arasındaki uyumsuzluk da iyileştirme çalışmalarını etkileyen engeller arasında yer almaktadır (Koç, 2006: 74).

2.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri

Kalite sistemlerinin tarihsel gelişimi, faaliyetlerin standartları karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi olan kalite kontrolü ile başlamıştır. Daha sonra sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapıldığı faaliyetler olan kalite güvencesi ile devam etmiştir. Tarihsel gelişimin son evresi ise, bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesini ve müşterilerin memnun edilmesini hedefleyen toplam kalite yönetimi ile devam etmiştir. (Günel, 2007: 36)

2.2.1. Sağlık Hizmetleri (SH)

Sağlık hizmetleri uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi olarak düşünölmüş, yapılan çalışmalar ve gelişmelerle birlikte sağlık hizmetlerinin alanında genişlemiştir. Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesini sağlayan çalışmalarıyla kişinin yaşam standartlarını yükseltmiştir. “İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ne göre, her insanın sağlıklı yaşamaya, hastalandığında devletten bakım istemeye, sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinden yararlanmaya hakkı vardır.” (<http://www.toplumdusmani.net...>) Bu kapsamda sağlık hizmetleri ele alındığında vatandaşların sağlığını korumak ve bozulan sağlığını tedavi etmek devletin görevidir. Ülkemizde de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürdürölmektedir. Sağlık Bakanlığı, bakanlığa bağlı yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarının yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetlerin planlanması ve denetimi gibi işleri yürütür. “Sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür” (Öztek, 2000: 73).

Pala'ya (2008) göre sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür. (Tengilimoğlu ve diğeri, 2009: 73).

Sağlık hizmetlerinin diğeri hizmetlerden farklı, önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri insan niteliklerinin geliştirilmesi için en temel hizmet olma özelliğine sahiptir. Beşeri sermaye, insana ait niteliklerin değeri olarak ifade edilmekte olup, sağlık hizmetlerinin bünyesinde taşıdığı özellikler ile bire bir ilişkilidir (Altay, 2005: 3).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporuna göre sağlık hizmetleri;

- Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup Dünya Sağlık Örgütü'ne göre koruyucu hekimlik; “bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş gayretleriyle önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim

tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzer gayretlerle herkes tarafından, bir bütun olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek amacıyla tüm imkânlar kullanılarak yapılan hekimliktir”.

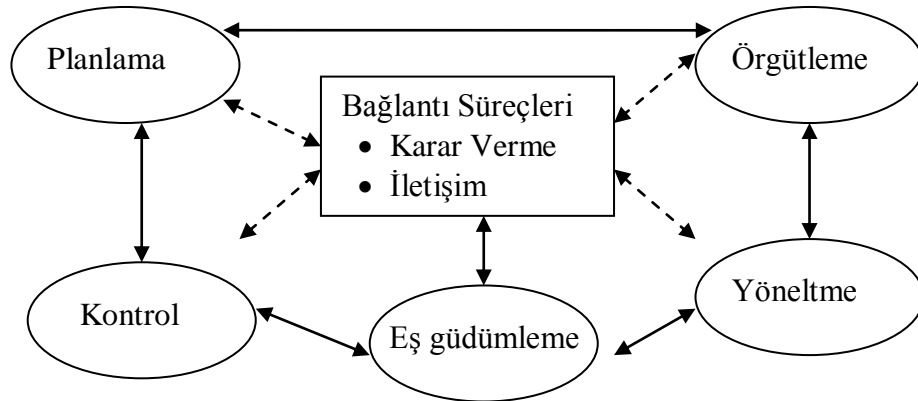
- Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha çok maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetişmiş personel ve fiziki imkânlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları bulunmaktadır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiyacı nedeniyle tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri” şeklinde ele alınmaktadır.

- Rehabilitate edici sağlık hizmetleri ise, özellikle kaza, savaş ve felaketler gibi beklenmedik ve ani ortaya çıkan ve insanların sakat kalmalarına neden olan ve/veya çalışma güçlerini, motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrası hastaların topluma yeniden kazandırılmaları ve bu sayede ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmelerini sağlamaya yönelik hizmetlerdir (WHO, 2014).

Odabaşı'na (2001), göre bu tanımların özellikleri şu şekilde özetlenebilmektedir (Tengilimoğlu, ve diğerleri., 2009: 73):

- Sağlık hizmetleri faaliyetleri "kişilerin sağlığının korunması" ve "teşhis, tedavi ve bakım" olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır.
- Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilmektedir.
- Sağlık hizmetleri hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Bu konuda geliştirilmiş bir gruplandırma Şekil 2.5'de gösterilmiştir.

- Sağlık hizmetleri kamu ya da özel şahısların sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim (mübadele) süreç inin kâr amacı taşıması ya da taşınamaması önemli değildir. Önemli olan, hizmet aracılığıyla ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri sektöründe kâr amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlarda yer almaktadır.



Şekil 2.3. Yönetimin İşlevleri

2.2.2. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Sağlık hizmetlerinde, son yıllarda, toplam kalite yönetiminin önemi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda temel amaç sağlık hizmetinin bir bütün olarak iyileştirilmesi olmalıdır. Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi “Hasta bakım hizmetlerinin ve bu hizmeti destekleyen örgütsel süreçlerin sunumunun sürekli olarak geliştirilmesi yoluyla hem verimliliğin hem de sadece klinik boyutu değil finansal, yönetsel ve hasta memnuniyeti ölçülerini de içeren kalitenin iyileştirilmesini amaçlayan bir sistem ya da süreç” olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2005: 32).

TKY'nin yapısı dikkate alınarak ayrıntılı bir tanımlama şu şekilde yapılabilir: “TKY, müşteri ihtiyaç, istek ve beklentilerinin karşılanması ve iş sonuçlarında mükemmelliğe ulaşılabilmesi için tüm süreçlerde kusursuzluğun, sıfır hata prensibine dayalı olarak sürekli kılınmasını ve bu sürekliliğin işletmenin bütün iç ve dış çevresinin katılımı ile hayata geçirilmesini hedefleyen; yönetsel ve organizasyonel yapıda insan unsurunu sürekli eğitim ve grup çalışmasıyla ön plana çıkararak; sürekli gelişme ilkesiyle işletmenin rekabet gücünü artırmayı amaçlayan; tüm bunların da

ancak en üst düzeyde sorumluluk bilincine sahip bir liderlik anlayışıyla gerçekleştirilebileceğini savunan çağdaş bir yönetim anlayışıdır” (Günel, 2007: 36).

TKY, müşteriye odaklanmış bir yönetim sistemidir. Bireysel değil grup çalışması gerektirir. TKY’de kaliteye ulaşmak için üst yönetimden başlayarak kademeli bir şekilde tüm çalışanlara kadar herkesin sorumluluğunu yerine getirmesi ekip çalışması ve disiplin süreklilik gerektiren bir durumdur. Yeniliklerin takip edilmesi, sürekli eğitim, sorumluluk bilinci gerektirir. Toplam Kalite Yönetimi, tüketicilerin ihtiyaç ve isteklerini en ekonomik seviyede karşılamak amacıyla işletmede kalitenin oluşturulması, geliştirilmesi ve korunmasını sağlamak için çeşitli bölümler tarafından yürütülen çabaları etkili bir şekilde koordine eden bir sistemdir.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenlerinden biri olarak Sağlık Tesislerinin Kalite Güvencesi ve Akreditasyonu kapsamında SSK hastanelerinin yönetimini devraldıktan sonra, Bakanlığa bağlı hastanelerde uygulanacak kalite kriterlerini geliştirmek, ülkemizdeki hastanelerde uygulamak ve Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi kurmak amacıyla Joint Comission International (JCI) ile çalışma başlattı. Bu çalışmalar kapsamında bakanlıkça hazırlanan ve uygulamada olan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme yönergesi ile özellikle bakanlığa bağlı hastanelerde kaliteyi geliştirirken performans, etkinlik ve verimliliğin ölçümü ve artırılması amaçlandı. Bu yönerge zaman içinde geliştirilip, değiştirilerek son olarak Sağlıkta Performans ve Kalite yönergesi olarak yayınlandı. Halen Sağlık Bakanlığına bağlı hastane ve sağlık kurum ve kuruluşlarında bu yönerge usul ve esasları uygulanmaktadır. Toplam kalite yönetimi, sistematik bir yönetim yaklaşımı olarak her tip organizasyonda başarı ile uygulanabilecek özelliğe sahiptir (Özevren, 1997:2). Günerk (2004) yılında yaptığı araştırmasında, organizasyonların hayatta kalabilmesi için müşteri memnuniyetine dayalı toplam kalite yönetimi uygulaması ile mümkün olabileceğini ortaya koymuştur.

TKY’nin amaçlarına baktığımızda, odak noktasını müşteri oluşturmaktadır. Bu nedenle, TKY’nin temel amacı, müşteri beklentilerine uygun ürün üretmek ve buna bağlı olarak firmanın ürün ve hizmetlerinin kalitesini artırarak geliştirmektir (Yükçü, 1999: 8).

TKY'nin bu amaçlara ulaşmada yer alan diğer amaçlarını da aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- İşletmenin üst yönetiminden alt birimlerine kadar yer alan bütün çalışanların iş birliği yapmalarını sağlamak, Sürekli iyileştirme ve geliştirme bakış açısını yerleştirmek,
- Her zaman en üst kalite düzeyine ulaşmayı hedef edinmek, Sıfır hata ile üretim yapmak,
- Çalışanların moral ve verimliliğini yükseltmek için tedbirler almak,
- Ürünün üretim süreç ve zamanını kısaltmak ve dağıtım hızını yükseltmek,
- Rekabet gücü elde etmek için maliyetleri düşürerek kaliteli ürünü daha ucuza satmak,
- Müşteriyi yüksek düzeyde tatmin ederek güvenini kazanmak, İşletme amaçlarına ulaşmayı sağlamaktır.

2.2.3. Hastane Kalite Sistemi (HKS)

Sağlıkta kalite; gelişim, çevreye hızla uyum, daima iyi ve mükemmelin topyekün arayan, hasta beklentilerini karşılayan ve artan uluslararası rekabette başarı için bir araç ve yönetsel bir bakış açısıdır. Bu yaklaşımda başarının önemli koşulu değişime hazırlık, benimsemek ve sürekliliktir. Sağlık kurumlarında değişim; hastane organizasyonunda yapı, sistem, süreç ve uygulanan politikalarda yeniden tasarım, organizasyonun daha yüksek bir performansa erişimini amaçlayan yeni tekniktir. Kısacası, çağdaş bir sağlık organizasyon ve yönetimi yeniden inşası ya da yeniden biçimleme projesidir (Marşap 2007: 221). Bireylerin sağlık hizmetlerinin kalitesi ve rekabetin artması hakkında giderek artan ölçüde haberdar olmaları ve sonucunda aldıkları sağlık hizmetlerinde kalite garantisi aramaları sebebiyle kalite gelişimi kavramı sağlık hizmetinin de gündemine girmiştir. (Çoruh, 1998: 28).

ABD'nin liderliğinde sağlık hizmetlerinde TKY ve diğer adıyla Sürekli Kalite İyileştirme'ye (SKI) olan ilgi ekonomik koşulların-maliyetleri azaltmak gereksinimi

ve 1970'lerden itibaren artan hatalı tedavilerin artışına bağlı olarak şikâyetlerin de artması ve davaların açılması sonucu oluşturulmuştur. 1990'lı yılların ilk yarısında sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları hızlanmış ve sağlık kuruluşları açısından meşruiyet konusu haline gelmiştir. Bu bağlamda ABD'de 2700 hastanede TKY'yi benimseyen hastanelerin kar amacı güttüklerini görüyoruz(<http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?>).

Avrupa'da 193 hastanede yapılan araştırmada ise TKY ile performans arasında anlamlı bir ilişki olduğu, TKY'nin tek başına uygulayıp uygulamamanın başarı için yeterli olmadığı, fakat uygulamanın, içerik yönünden düzeyinin belirleyici olduğu sonucuna varılmaktadır (<http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?>).

Türkiye'de sağlık hizmetlerine alâkalı tatbikatlarda, dünyadaki gelişmelerin incelendiği görülmektedir. Bu sebeptendir ki 1996 yılında, Ankara'da çalışma yapan iki özel hastanede ISO 9001 belgesi alınmıştır (<http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?>).

Hastane kalite sistemi çeşitli yazarlar tarafından çeşitli kriterler üzerinde farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar da aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

2.2.3.1.Etkenlik ve Etkilik

Etkenlik: Bilimsel bilgiler içerisinde ve mevcut kaynaklarla hastanın durumunda yapılabilecek en üst düzeydeki gelişimi ve en kısa sürede sağlanması olarak tanımlanır. Belirli bir amaca ulaşma derecesidir.

Etkililik: Yapılan hizmetlerin, ideal hizmet düzeyine göre kişilerin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yapılan değişiklik için ihtiyaç duyulan tüm kaynakların etkili bir biçimde kullanılması olarak tanımlanır (Çatalca, 2003: 17)

2.2.3.2.Verimlilik ve Optimal Olma

En az maliyetle etkili bir hizmetin üretilmesi, uygun olmayan tedavinin yapılmaması, bakımın gereksiz şekilde uzatılmaması verimlilik olarak tanımlanır. Doğru hastaya etkili ve doğru tedavinin yapılması uygun görülmeyen tedaviler ile hastanın tedavi süresinin uzatılmaması hem hastanın en optimal sürede yeniden sağlığına kavuşması sonucunu hem de mali anlamda kazanımı düşük maliyeti beraberinde getirmektedir. En az sürede sağlığına kavuşan bireyler tekrar sosyal

hayatlarına dönmekte ve çalışma hayatlarında yaşanan işgücü kaybını sonlandırıp üretim ve sosyal hayatlarına yeniden katılmaktadırlar. Maliyetler ve fayda arasında optimum bir dengenin sağlanması yanında hastanın ruhsal, sosyal ve fiziksel yönden de bu dengenin gözetilmesi optimal olma olarak tanımlanabilir (Çatalca, 2003,18).

2.2.3.3. Kabul Edilebilirlik, Yasallık ve Eşitlik

Hastaların ya da yakınlarının değerlerini, isteklerini ve verilen hizmetin beklentileriyle uyumlu olması kabul edilebilirlik olarak tanımlanır. Yasallık ise; verilen tüm hizmetlerin toplum tarafından iyi karşılanıp kabul edilmesidir. Bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması, tüm bireylere adil bir biçimde hizmet edilmesi ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması eşitlik olarak ifade edilir. Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanacağını ifade eder. Her birey hasta olarak eşit haklara sahiptir. Herkes hak ettiği yani hastalığının gerektirdiği şekilde ve ölçüde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır. Sağlık hizmetleri adil bir şekilde dağıtılmalıdır (Çatalca, 2003: 18).

2.2.3.4. Süreklilik ve Tam Zamanında Hizmet Sunumu

Süreklilik; bakımda sürekliliğin sağlanması olarak tanımlanır. Hastanın tıbbi kaynaklarının yeterli düzeyde ve düzenli olması hastanın başka sağlık kuruluşuna gittiği zaman değerlendirilmesinin kolay bir şekilde yapılmasıdır. Hizmetin çeşitli nedenlerle geciktirilmeyerek tam zamanında sunulması, erken teşhis ve tedavinin uygulanması tam zamanında hizmet sunumu olarak görülür.

2.2.3.5. Katılım ve Erişebilirlik

Katılım hasta ile işbirliği halinde bakım sürecine hastanın bilinçli katılımının sağlanmasıdır. Erişebilirlik ise; bireylerin hizmete ihtiyaç duyduğunda hizmeti alabilmesidir. Bütün bireyler ihtiyaç halinde ihtiyaç duyduğu gerekli sağlık hizmetini istenilen yerden ve gecikmeden almalıdır.

2.3. Hasta Memnuniyeti

Carr ve Hill memnuniyeti: yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavram olarak tanımlanmıştır. Bazı yazarlara göre, bakımın sonuçlarının

algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (Yılmaz, 2007: 70).

Dedhia (2001: 658) 'ya göre; "müşteri kraldır, o bize bağımlı değildir, biz ona bağımlıyız (Marşap 2014: 173).

Carr ve Hill memnuniyeti kişiye ait içsel ve çevresel birçok sebebe bağlı karmaşık bir kavram olarak tanımlarken, Donebedian hasta memnuniyetini; bakımın kalitesini daha basite indirgeyerek hasta odaklı beklentilerin karşılanma düzeyi olarak açıklamıştır. Literatür taramasında da görülmektedir ki Donebedian'ın ait tanım yapılan araştırmalarda da desteklenmektedir (Yılmaz, 2007: 71).

Marşap'a göre bir "velinimet" olarak müşteri, o kurumun kuruluş ve varoluş amaçlarına ve bu amaçlarını gerçekleştirebilmesi için en önemli unsur olarak yerini ve önemini korumaktadır. Müşterinin önemi arttıkça müşteri memnuniyeti ölçümleri aynı oranda önem kazanmaktadır. (Marşap 2014: 179).

Sezgin'e göre, hasta memnuniyeti; hasta veya hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden ve hizmet ortamından hoşnut olması veya beklentilerin gerçekleştirebilmesi olarak tanımlanabilir (Sezgin,1998: 96).

Aksakal, vd.'ne göre, hastaların beklentilerinin karşılanması, hizmette kalitenin önemli bir ölçüsü ve hasta memnuniyetinin belirleyicisi olmaktadır (Aksakal ve Bilgili, 2008: 214).

Hills R, Kitchen S. ise memnuniyetin eş anlamlıları tatmin, hoşnut olma, başarı, gerçekleştirme ve çözüm kelimelerini kapsamaktadır (Hills ve Kitchen, 2007: 254.).

Yılmaz, memnuniyeti, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir yapıda olduğu ve hasta bakımının sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. (Yılmaz, 2007: 73.).

Taylor ve Cronin’de müşteri, hasta memnuniyetini, işletmenin başarısının anahtarı ve hizmetin müşteri tarafından incelenmesi subjektif değerlendirmedir. Memnun olmayan müşteriler, şikayet etmeksizin hizmet kullanım ve alımlarını durdurabilirler (Taylor ve Cronin, 1994: 34).

Donebadiana göre bakım kalitesinin ne boyutta olduğu konusunda hastalar sağlık hizmeti sunanların algılamaları farklı olmaktadır. Hastalarında beklenti ve tercihlerinin her zaman farklı olabileceği düşünülerek hasta doyumu ölçüm araçlarına kuşku ile bakılmakta ve subjektif ölçümler olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte hasta memnuniyeti ölçümü kalite güvenliği programları için oldukça yararlı ve vazgeçilmez bir ölçümdür. Donebedian 1992 yılında hasta memnuniyetini tanımlarken hastanın değer ve beklentilerinin karşılanma düzeyi ile ilişkilendirmiş ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçütteki esas otoritenin hasta olduğunu söylemiştir. (Öksüz, 2010: 11).

Sağlık hizmeti alan kişi, yani müşteri her zaman bir hasta olmayabilir. Endüstri üretiminde müşterinin tanımını yapmak kolaydır. Oldukça somut ve anlaşılır sınırları olan bir müşteri tanımı yapılabilir. Ancak sağlık sektöründe böyle değildir. Müşterinin bir hasta olması ihtimalinin yanı sıra, hasta yakınları, sağlık sigorta kurumları, sağlık kurumuna dışarıdan hizmet sunan doktorlar ve harici müşteriler de sağlık hizmeti talebinde bulunabilir. Bunlara dış müşteriler denir. Kurum görevlileri ve sağlık personeli iç müşterilerdir. Sağlık hizmeti sunan bir organizasyon (Özgirgin, 1996: 18):

- Klinik (doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli)
- Alt yapı (laboratuvarlar, radyoloji, görüntüleme merkezleri vb.)
- Destek hizmetleri (hasta kabul, güvenlik, ulaşım, evde bakım vb.)
birimlerden oluşmaktadır.

Bu birimlerin birbiriyle koordinasyonunun sağlanması ve uyum içinde çalışması gerekmektedir. Diğer tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetinde de memnuniyeti “müşteri” yani hizmeti alan hasta belirler. Hasta memnuniyetin sağlanabilmesi için; hastanın hizmeti almadan önce var olan beklentilerinin hizmeti aldıktan sonra tatmin edilmesine bağlıdır. Burada sağlık müşterisi olan hastanın

algıladığı ve beklediği kalitenin kıyası sonucunda memnuniyeti ortaya çıkmaktadır. Bu memnuniyet algıları olumlu beklentilere dönüşürse hasta memnuniyeti sağlanmış, beklentiler olumsuz yönde gelişmiş ise de hasta memnuniyeti sağlanamamış demektir.

Sağlık kurumlarının kapasiteleri, sağlık personelinin eğitimi, ilaç ve tedavi maliyetleri, devlet politikaları ve sağlık güvencesi standartları sağlık hizmetlerinin sunumunu etkileyen faktörler arasındadır. Sağlık hizmetinden faydalanan müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını anlamak hassas bir diyalogu gerektirir. Kalite iyileştirme çalışmaları, süreçlerin iyi anlaşılması, takım oluşturma, istatistikî ve bilimsel düşünme, grafikleri iyi kullanma gibi metotlarla yürütülür.

Memnuniyet, beklentilerin bir fonksiyonu olduğuna göre beklentilerin nasıl oluştuğu da önem kazanmaktadır. Bu nedenle bireyin önceki deneyimlerinden elde ettiği memnuniyet düzeyinin, onun beklentilerinin şekillenmesinde, buna bağlı olarak kendisine sunulan hizmetten memnuniyet duyup duymamasında, memnuniyet gücünün belirlenmesinde etkisi vardır (Esat ve Ersoy, 1996: 61). Beklentiler zaman içinde değiştikçe duyulan memnuniyet düzeyi de değişecektir. Buna bağlı olarak geçmişte yeterli olarak algılanan bir hizmet, daha sonra yetersiz olarak düşünülebilir. Bireylerin değer yargıları zaman içinde değişmektedir. Değişen değer yargılarının gerisinde kalan hizmetler de memnuniyetsizlik yaratmaktadır (Esat ve Ersoy, 1996: 66).

Sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetini yüksek düzeyde tutabilmeleri için, sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekmektedir. Bunlardan birisi; modern tıbbi bakımın gerektirdiği en uygun sağlık hizmetinin verilmesidir ve diğeri de hastaların haklarının, gereksinimlerinin, istek ve beklentilerinin karşılanmasıdır (Tükel ve diğerleri,, 2004: 205.). Beklentilerin karşılanması beraberinde hasta memnuniyetinin de artmasını sağlamaktadır. Hastaların kendilerine sunulan bakım ve tedavi hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeyleri arttıkça iyileşmeleri de olumlu yönde etkilenmektedir (Görgen, 2000).

Tedavi kalitesinin gözden geçirilmesi ve sağlık sistemi yönetiminin ayrılmaz bir parçası olması dolayısıyla hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi bir zorunluluk haline gelmiştir (Baumann, Rat, 2006: 366). Memnuniyetin değerlendirilmesi genel

birkaç varsayıma dayanan karmaşık bir yapıdır. (Jones ve diğerleri., 2000: 1745). Birinci varsayım hasta memnuniyeti kişinin sağlık durumundan etkilenmektedir. İkinci varsayım ise memnuniyetin hasta beklentilerinden, yaş, eğitim, cinsiyet, etnik köken gibi demografik özelliklerden ve psikososyal değişkenlerden etkilendiğidir (Jones ve diğerleri., 2000: 1752).

Yapılan çalışmalarda memnuniyet yaratma sürecine ilişkin birçok yaklaşım olduğu görülmüştür. Müşterilerin değişmesine rağmen müşteri ihtiyaçlarının tespitine yönelik bu yaklaşımların değişmediği ortaya konulmuştur.

2.3.1. Hasta Memnuniyeti ve Kalite İlişkisi

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesini ölçmede önemli göstergelerden biridir. Yapılan araştırmalarda hasta memnuniyet faktörlerinin hastaya ilişkin özellikler ve kurumsal özellikler açısından değerlendirildiği görülmüştür.

Tıbbî bakımın kalitesini değerlendirmede kullanılacak kriterlerden bir tanesi hasta memnuniyetidir. Sağlık personeli kalite değerlendirme ve geliştirme çalışmalarında hasta tercihlerini ve toplumsal beklentileri dikkate almak; verilen hizmetin hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadırlar (Kardeş, 1997: 231).

Algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu olarak ifade edilen memnuniyetin sağlık hizmetlerindeki uygulaması hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır. Memnuniyete ilişkin veriler, hizmet kalitesinin değerlemesinde olduğu kadar bu hizmeti sunan sistemlerinin şekillenip herkesi şaşırtan ustaca yönetimi de çok önemlidir. Sağlık mali boyutu, hizmetlerin kalitesinden ayrılamaz bir özelliktir, çünkü kaynaklar sonsuz değildir. Kaynakların kısıtlı olduğu noktada sağlık ekonomik boyutu devreye girer. Hedeflenen sonuçların optimize edilmesi, sağlık hizmetleri için ayrılan finansman kaynaklarına ekonomik değerlendirme bakış açısı ile yaklaşıldığında mümkündür. Hastaların, sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili beklentisini etkileyen temel olgular ön plana çıkar (Marşap, 2014: 177).

Karahan ve Lamba'nın yaptığı bir çalışmada, Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 2007 yılında başlatılan kalite belgesi çalışmalarının Hasta hakları birimine yapılan ve hasta memnuniyetsizliğini ifade

eden başvuruların sayısında %36 gibi önemli bir azalmaya sebep olduğu görülmüştür. Şahin ve Tatar (2006), 387 astım hastası üzerine yaptıkları araştırmada hasta tatmini etkileyen faktörleri incelemiştir. Araştırma sonucunda hasta tatmininin % 22,7'si hekim yeterliliği, % 25,6'sı hastalara sunulan bilgi, % 46,2'si bakım kalitesi, % 13,7'si hizmet almak için bekleme süresi ve % 9'unun genel hastane kalitesi tarafından açıklandığı bulunmuştur (Güler ve diğerleri., 2010:23).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesini ölçmede önemli göstergelerden biridir. (Yılmaz, 2007: 70-71). “Hasta memnuniyeti, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre, bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir” (Tükel ve diğerleri 2004: 206)

Sağlık hizmeti sunan hastaneler hizmet kalitesi ve hasta tatmini konusuna odaklanır. Hastaneden memnun ayrılan hastalar tekrar hastaneyi tercihle, eş, dost ve arkadaşlarına tavsiye edeceklerdir. Sağlık kurumları kendine özgü iş standartları doğrultusunda, iş şekline uygun kalite maliyetini izleyeceği yeni bir sistemi tasarımı, işletimi ve denetimidir. Kalite maliyet verilerinin, önleme, değerlendirme ve başarısızlık maliyetleri olarak sınıflaması, muhasebeleştirilmesi, raporlaması ve analizi, işletme üst yönetimine alacağı stratejik kararlarda yardımcı olacaktır. Ayrıca, kurumun daha verimli, etkin ve rekabetçi bir yapı tasarımını gerektirir. Bu açılarından bakıldığında, sağlıkta kalite gelişimi ve yönetimi tüm paydaşların ortak katılım, anlayış ve sürekli gelişim ruhunun canlı tutulduğu yaşayan dinamik bir süreçtir (Marşap, 2014: 177).

Sonuçta; sağlık hizmeti kalite değerlendirmesinde, kalite çalışmalarının yönetim tarafından benimsenip icrası, hizmetin sorgulanarak harcanan maliyetin analizi, hasta memnuniyeti ile verimliliğin belirlenimi oldukça önemlidir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak genellikle bakım kalitesinin açık bir göstergesidir. Aynı zamanda belirlenen kalite ile ilgili sürekli bir geri bildirim sağlar. Bu nedenle hasta memnuniyet ölçümü oldukça yararlı ve gereklidir.

Kalite yönetimi felsefesi yaklaşımıyla konuya bakıldığında, aldıkları eğitim ve öğretimden memnun olan öğrenciler ile veliler beklentileri doğrultusunda tatmin

olmuşlar, emek ve zamanlarının başka bir değişle çabalarının karşılığını elde etmişler demektir. Tersi düşünöldüğünde, müşterilerin memnuniyetsizliği var demektir. Bir organizasyonun mal ve hizmet üretiminden müşteriler memnun değillerse harcanan zaman, emek ve para savurganca kullanılmış ya da kullanılıyor demektir. Günümüzde yeni bir anlayış olarak sürekli gelişme felsefesini içeren kalite yönetimi anlayışı, müşteri memnuniyetini ön plana çıkartmıştır. Müşteri memnuniyetinin sağlanması hizmetin devamı ve kurumun gelişmesi açısından önemlidir. Bunun için kurumda görev yapan herkesin belli amaçlar doğrultusunda işbirliği yaparak bir araya gelmesi gerekir. O kurumun ürettiği mal ve/ya da hizmetten faydalanan kişilerin beklentilerinin karşılanabilmesi ve böylece memnuniyetinin en üst derecede temin edilmesi durumunda, müşteri aldığı mal ve hizmetten tatmin olacak ve gerektiğinde (ihtiyaç duyduğunda) aynı kurumdan ihtiyacını karşılama yoluna gidecek, sonuçta da kurum ve çalışanlar ve de müşteriler bundan kazanç elde edeceklerdir.

2.3.2. Hasta Memnuniyetini Oluşturan Öğeler

“Sağlık hizmetlerinde memnuniyetin ölçüldüğü bazı araştırmalarda yaş arttıkça memnuniyetin de arttığı gözlenirken bazılarında ise yaşın memnuniyet ölçümünde bir faktör olmadığı gözlenmiştir.” Yine yapılan pek çok araştırmada eğitim düzeyinin memnuniyetin belirlenmesinde önemli bir faktör olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça beklentilerin artmasına paralel memnuniyetin azaldığı, eğitim düzeyinin azalması ile beklentilerin düşmesine paralel ise memnuniyetin arttığı gözlenmiştir. Araştırmalarda medeni durumun memnuniyetin ölçülmesinde önemli bir faktör olmadığı gözlenmiştir. Bunu yanı sıra Trabzon ilinde sosyal güvenlik kurumunun memnuniyetin ölçülmesinde önemli bir değişken olduğu saptanırken, İzmir ilinde sosyal güvenlik kurumunun hizmete yönelik kalite algısında önemli bir fark ortaya koymadığı gözlemlenmiştir. Kayseri ilinde öğretmenlere yönelik yapılan bir araştırmada ekonomik durumun sağlık kuruluşlarında memnuniyete etkisi saptanamamış, nedeni ise aynı meslek grubunun eşit ekonomik seviyede olmalarına bağlanmıştır(<http://tader.org/tader53/Aralik2007-64-67.pdf>).

Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu öncesi, sırasında veya sonrasında hastaların teknik beceriler konusunda bilgi sahibi olmamaları, teknik becerileri

değerlendirmede zorluklar yaşanmasına sebep olmaktadır. Bu gerekliliklerin tümü hizmetin memnuniyet ölçümünde önemlidir (Papatya ve diğerleri, 2012: 91).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Sağlama Sistemleri

Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti sağlanması iç ve dış müşterilerin beklentisinin karşılanmasıyla mümkündür. TKY, yalnızca, dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan hizmet alan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmaz, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin tatminini de on planda tutar (Kavuncubaşı, 2000: 284).

SH'de iç müşteri, çalışan; dış müşteri yerine ise hasta terimleri ön plana çıkar. Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan müşteri tatmini, genel olarak müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesidir. Tanımdan da çıkarılabileceği gibi müşteri tatminini iki faktör belirler. (Kavuncubaşı, 2000: 292). Müşteri tatminini belirleyen ilk faktör müşteri beklentileridir. Onların sağlık kurumlarında aradığı veya görmek istediği bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanan beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşır (Kavuncubaşı, 2000: 293).

Hasta tatminini belirleyen ikinci faktör ise, hastanın aldığı hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları sağlık hizmetleri ve sağlık hizmet süreci ile ilgili görüş veya değerlendirme esas alınarak ölçülür. Algılama faktörü de, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşır.

Hastaların tatmin düzeyleri oldukça öncelikli bir konudur. Sağlık hizmeti sunumunda insani boyut öne çıkar. Hasta, hassas ve incinebilir bir durumdadır. Fiziki, duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları vardır. Hizmet sunumundan memnun olan hastanın davranışları ile memnun olmayan hastanın davranışları farklıdır. Memnun olmayan hasta hizmeti veren çalışanlara yardımcı olmaktadır. Tatmin olana hizmeti vermek daha kolay olmakta çünkü hasta uyumu sağlanabilir. Ekonomik açıdan, en düşük maliyetle en iyi kalitede hizmet sunumu öncelik kazanır. Hizmeti alan hasta ve yakınları, hastane deneyimini başkalarına aktarır. İletişim hızı, sağlık hizmeti konusundaki gelişimlerin toplum tarafından duyulmasını sağlar. Gelişimi izleyerek hastalarına daha kaliteli hizmeti sunan ku-

ruluşlar kısa sürede ön plana çıkar; hastalar memnun olmadığında ise sayıları giderek azalır.

Hasta ve hasta yakını tatmininin tıbbi bakım hizmeti, hemşirelik hizmeti, laboratuvar hizmeti, sağlık personelinin ilgisi, temizlik, teknolojik altyapı, genel otelcilik hizmeti, yemek sunumu, hizmete erişim hızı, bürokratik işlemler, yönetim anlayışı, fiyat ve kalite gibi unsurlardan etkilendiği söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinin yapısından dolayı bazen memnuniyetsizlik kaçınılmazdır. Örneğin, kemoterapi alan bir hastanın ya da aşı olan bir çocuğun müdahale sürecinde ve bazen de sonrasında tam memnun kalmadığı durumlar olabilir. Fakat hizmetin sunumundan dolayı toplumun çoğunluğunun elde edeceği kazançlardan, özellikle pozitif dışsallığı olan müdahalelerden dolayı bu tür müdahalelerin ihmal edilerek diğer unsurların sağlanması oldukça önemlidir. Sağlık işletmesinde kalitenin yeni tarzları ile harmanlanan bir yaklaşımla çok katmanlı kalite süreci başlatılabilir. Sağlık hizmeti daha şeffaf, daha akışkan ve kalite enerjisini veren yaklaşımları benimseyebilir. Böylece parıltılı çok modern yapıyla oluşan kalite hayranlığının detaylarda gizli özgün tarzlarının izlenebilirliği açıkça ortaya çıkabilir (Kardeş, 1997:284).

Sağlık organizasyonu yüksek kaliteli yapısı, onun iç işleyişi ve dışarıyı ile ilgili kalite odaklı kaygılarını uyumlu hale getirmek için en iyi çabayı yansıtır. Aynı anda sağlık yöneticileri, örgütün kalite odaklı sürekli ikilemleri çözerek dengelemeye çalışırlar. "Çok mu gevşek ya da çok mu sıkıdır? Sağlık çalışanları kaliteye az mı yoksa yeterince önem veriyor ve buna göre mi çalışıyorlar? Sağlık kalite standartlarına yeterli önem ve değer veriliyor mu? Hastanede insanlar hemşire ve hastanın durumunu izleyerek mi hareket ediyorlar? Hemşire araç-gereç masasını zamanında hazırlamış mı? Hastanın acile ilk başvurduğu anda ve nakil sürecinde hemşire hastayı operasyon için yeterince titizlikle hazırlıyor mu? İlgili birimlerle iletişim nasıl sağlanıyor? Kalite standart formları bu esnada mı yoksa daha sonra mı dolduruluyor? Ameliyata alınan hasta ile ilgili işlemler ve hazırlık süreci nasıl işliyor? Gerekli cerrahi malzemeler yerinde hazır ve kullanım için gerekli ön hazırlıklar nasıl yapılıyor? Anestezi uzmanı hastanın yaşam belirtilerini kontrol ederek yardımcı hemşireyi denetliyor mu?" Bu hayat kurtaran yüksek kalite içeren

tüm işlemler cerrahın teknik bilgi, yetkinlik ve deneyimi yanı sıra, sağlık ekibinin ortak kalite ve performansına yakından bağlıdır.

Hasta memnuniyeti sağlık kurumları için ne kadar büyük önem taşıyorsa; çalışanların memnuniyeti de bir o kadar önemlidir. Bir sağlık kuruluşundaki iç paydaşı; hekim, hemşire, teknisyen ve diğer tüm çalışanlar oluşturur. Organizasyonlarda yalnızca belli bölümler doğrudan hastalara ürün ya da hizmet sunarken, birçok bölüm, kişi ya da ekip bir başka bölüm, kişi ya da ekip için hizmet üretir. Başka bir ifade ile her ekibin, kişinin ya da bölümün çıktısını kullanan bir müşteri ve girdisini sağladığı bir tedarikçisi bulunur. Esas olan, sağlıkta kalite temasını gönülden benimseyen, onu her işlem sürecine yansıtan, yeni kalite tasarımını anımsatan çağdaş kalite hizmetinin başarılı sunumudur.

Sağlık kurumlarında, hasta kadar çalışan memnuniyetine de önem verilmelidir. Hizmet sunan personelin de gerek yaptığı işten, gerek hastalarından, gerekse diğer iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnuniyeti gerekir (Güler ve diğerleri., 2010: 89).

Hastaların tatminini sağlarken hastaların ihtiyaç ve beklentiyi belirleyerek ona sunulacak ürün veya hizmet kalite gelişimi nasıl mümkünse, üretim ya da hizmetin her evresinde çalışanların ihtiyaç ve beklentileri bağlılık kazanarak bulaşıcı hastalıkların tedavisi gibi verimlilik ve etkililik performans ve kalite gelişimi sağlanabilir. Çalışanlar kendisine ürün ya da hizmet sunan bir diğer çalışanın ürün ya da hizmetinden memnun kaldığı sürece hem kendinden sonraki çalışana iyi hizmet sunacak hem de olabildiğince yüksek bir düzeyde iş tatmini duyacaktır. Bu çerçevede, çalışan memnuniyeti sağlandığı ölçüde hasta memnuniyeti de sağlanabilir. Çalışan memnuniyeti ile hasta memnuniyeti birbirine oldukça yakından bağlı bir biçimde ortaya çıkmaktadır.

2.5. Sağlık Hizmeti Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati

Hasta memnuniyeti çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bilişsel, duygusal ve davranışsal dinamikleriyle çok yönlü bir süreç olan hasta memnuniyetine ilişkin değerlendirme, değerlendirmenin yapılacağı hastane kuruma göre değişiklik gösterir. Hastaların, tedavi gördükleri hastanelerden sağladıkları memnuniyet, hastanenin başarısını ve kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Hastanelerin

başarısını ve hizmet anlayışını geliştirmede önemli kavramlardan biri olan memnuniyet ile birlikte üzerinde durulan bir başka kavram da bağlılıktır.

“Pozitif deneyime sahip olan müşterilerin, aynı hizmeti tekrar satın alma ve hizmet sunan işletmenin devamlı müşterisi olmaya yönelik eğilimlere sahip olmaları” bağlılığı tanımlamaktadır. Müşterinin geliştirilen tüm rekabetçi etkilere ne düzeyde direndiği ve işletmenin ürün ve hizmetlerini kullanmakla ne düzeyde kararlılık göstermesi durumu olarak da ifade edilebilir (Bloemer ve Ruyter, 1999).

Hasta sadakati oranının artması hizmetten tatmin düzeyi ile orantılıdır. Birçok araştırma göstermiştir ki hasta sadakatini etkileyen demografik ve kişisel özellikler, sağlık durumları, hizmetin sunum şekli gibi sebeplerden etkilenmesinin yanı sıra hasta tatmini ile de ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin sağlık hizmeti talep eden müşteriye istediği zamanda, istediği kalitede, mümkün olan en düşük maliyette sunulmasıdır. Ülkelerin sosyoekonomik alandaki kalkınmışlık düzeyini belirleyen en önemli etmenlerden birisi de sağlık hizmetlerinin o ülkedeki sunum biçimidir. Hastanın tekrar aynı sağlık hizmetini tercih etmesinin yolu sağlık kuruluşuna duyduğu sadakatle alakalıdır. Hastanın sadık olmasının yararı sağlık hizmet giderlerine olumlu olarak yansıtacaktır. Sadık hasta ihtiyaç duyduğunda aynı sağlık işletmesini tercih edeceğinden, aynı hastalara yapılacak hizmet sunumunda faturalama, dağıtım, reklam giderleri vb. gibi azalma olacaktır. Araştırmalar ortaya koymuştur ki yeni hasta kazanmanın maliyeti eskisini elde tutmaktan daha fazladır (Tanrıverdi ve Erdem, 2010: 79-80).

3. BÖLÜM

HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE SERVQUAL ANALİZİ

3.1. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle tüm hizmetlerde geleceğe dönük yatırımlar artmaya ve gelişmeye başlamıştır. Gelişmişlik göstergelerinden birisi de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Sağlık hizmeti kalitesinde müşteri memnuniyeti ile yakından ilgilidir. Şahin, sağlık bakım hizmetleri kalitesinin değerlendirilmesinde hasta memnuniyetine daha fazla vurgu yapıldığı üzerinde durmuş ve hastaların almış oldukları sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerinin, hasta görüşleri ve değerlerinin araştırılması bakım kalitesinin farklı sonuçlarını değerlendirmede doğrudan kullanılabilirdiğini belirtmiştir. Hasta memnuniyeti bakım kalitesi ya da bakım sonuçları ile ilgili memnuniyete işaret edebileceği gibi hastaların kendilerine sunulan bakım hizmetleri konusundaki deneyimlerine de işaret ettiğini ve benzer biçimde hasta memnuniyetinin yüksek olması durumunda hastaların karşılaştıkları tıbbi hataların daha toleranslı karşılandığı, bunların yanı sıra hasta memnuniyeti yüksek olduğunda hasta şikâyetleri ile daha etkili biçimde başa çıkılabildiğini belirtmiştir. (Tengilimoğlu, 2001: 40) Hizmetin kalitesi ile hizmetten memnuniyet kavramları birbiriyle etkileşim halindedir (Şahin, 2013: 52).

Hasta memnuniyeti, hasta ihtiyaçlarının, isteklerinin ve beklentilerinin, sürekli olarak karşılanması, buna bağlı olarak da hasta bağlılığının oluşarak tekrar satın almanın ve tavsiyelerinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinde maliyetler giderek artmaktadır. Kaynakların hasta memnuniyetini sağlayacak şekilde etkin ve verimli kullanılması önem kazanmaktadır. Hizmetin sürekliliği için hasta bağlılığının sağlanmasının önemi büyüktür. Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığıdır, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır. Hasta memnuniyeti, kaliteli bakımın en önemli göstergelerindedir, temiz ve güvenli bir ortam, kaliteli hizmet verilmesi, kişilik haklarına saygı gösterilmesi, iyi iletişim kurulması gibi beklentileri karşılandığında mutlu olurlar. Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin hasta ile

sağlık çalışanı arasında iletişim ve hastayı bilgilendirme, sağlık personelinin iletişime açık, ilgili, destekleyici, hasta beklentilerini göz önüne alan davranış ve tutum sergilemesiyle artmakta olduğu belirlenmiştir. Tengilimoğlu, toplumun artık sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini yalnızca hastanenin yatak sayısına sahip olduğu teknolojiye ve uzman gücüne bakarak değerlendirmedeğini, hastanenin hastaların ihtiyaçlarını en uygun şartlarda tam olarak giderebilme özelliğine sahip olup olmadığına ve hastaların aldıkları hizmetlerden tatmin olma derecesine de bakmakta olduğunu belirtmiştir (Tengilimoğlu, 2001: 132). Toplum bilinçlendikçe bakış açısı değişmiş, çok yönlü değerlendirmeler yapmaya başlamıştır. Hastaların aldıkları hizmette tatmin olması hastaya hastane kurumu içindeki tüm personelin hasta ve yakınlarının sorunlarına yeterli zaman ayırması, nezaket ve saygı gibi davranışlarını göz önünde tutmak hasta memnuniyeti açısından büyük önem taşımaktadır. Hasta ile sağlık çalışanı güven ve saygıya dayalı olumlu ilişki kurulması durumunda hasta memnuniyeti artmaktadır. Odabaşı, müşteri tatmini ve hizmet kalitesi tatmin araştırma programlarının amacının, bütün müşterilere kaliteli ürün ve hizmet sunmak olduğunu ve bunun herkese aynı düzeyde hizmet etmek olmadığını üzerinde durmuştur. Bir bankanın çok yüksek düzeyde mevduatı olan bir müşterisine gösterdiği hizmeti, mütavazi bir hesaba sahip olana da sağlaması beklenemeyeceğini ancak, her hizmet düzeyinde gereken kalitenin sağlanmasına çalışılması gerektiğini belirtmiştir (Odabaşı, 2013: 17). Onur, günümüzdeki tüketicileri, toplumlarda eğitim düzeyinin artması ve özel sağlık sigortalarının yaygınlaşmasıyla, daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren bir tüketici modelinin ortaya çıkmaya başladığını belirtmekte ve günümüzde artık hastaların giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanılarını anlamak istediklerini ifade etmektedir. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutu aşan bir nitelik gösterdiğini bu bağlamda, Hasta memnuniyetinin, bireyin geçmiş deneyimlerinin gelecekte beklentileri ile birleştirip daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek açısından bir kavram olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir (Onur, 2007: 75). Hastaların sunulan hizmetler hakkında bildirdiği şikâyetler, öneriler iyileştirmeler yapılmasında önemli bir fırsattır. Problemin bilinmesi, hastayla birebir iletişim kurulması ve hastanın yakından takip edilip hızlı ve etkin çözümün sağlanması sonucunda, hasta gördüğü bu ilgiden memnun kalıp, geçmiş deneyimindeki bu memnuniyeti çevresine bahsedecektir. Hastanın bir sonraki ihtiyaç

duyduğunda yine aynı yeri seçmesini sağlayacaktır. “Günümüz tüketicilerinin memnun oldukları hizmetler zamanla değişiklik gösterebilmektedir ve tüketiciler şu anda sunulan hizmetten memnun oldukları kadar ileride memnun olamayabileceklerdir. Bu noktada memnuniyet ile hizmet kalitesi birbiri ile yakın ilişkili kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre hizmet kalitesi çoğunlukla hizmet bileşenlerine bağlı olarak değişmektedir. Hizmet kalitesi; tüketicilerin satın aldıkları ürünün erişilebilirliği, güvenliği, yanıt verilebilirliği, empati yeteneği ve somut niteliği ile ilgilidir. Hizmet kalitesinin ölçümünde Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğinin toplam beş boyutu kullanılmaktadır. Bu boyutlar arasında; güvenilirlik, yanıt verilebilirlik, güven, empati, fiziksel görünüm yer almaktadır. Bu ölçeği sağlık hizmetlerine adapte eden Cronin ve Taylor (1994) SERVQUAL modeline benzer özellikleri olan SERVPERF modeli isminde, sağlıkta hizmet kalitesini ölçen bir ölçek geliştirmişlerdir.” (Şahin, 2013: 58). Servperf çeşitli hizmet sektörlerinde uygulanan güvenilirliği test edilmiş ölçeklerden biridir. Bu model sağlık hizmetlerine uygulanarak hastaların hastanenin verdikleri hizmetlerin kalitesine yönelik düşünceleri öğrenilmiştir. Yılmaz 2001 yılında yaptığı çalışmada hasta memnuniyeti kavramını; hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavram olduğunu ve bundan dolayı da, hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin bir sonucu, bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edildiğini belirtmektedir (<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/596.pdf>).

3.2. Hizmet Kalitesi Ölçümü Yöntemleri

Birçok bilim adamı, hizmet kalitesini, soyut olmaktan çıkarıp, somut değerler içinde ölçebilmek için ölçüm modelleri geliştirmiştir. (Torun, 2009: 39) Sasser, Olsen ve Wyckoff 1978’de, Christian Grönroos 1983’de, Jarmo Lehtinen 1983’de, Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1985’de ve Normann 1988’de hizmet kalitesinin boyutlarını inceleyen başlıca kişilerdir. Bu yazar ve akademisyenlerin ortaya koyduğu boyutlardan bazıları Tablo 3.1’de özetlenmiştir (Özatkan, 2008:34).

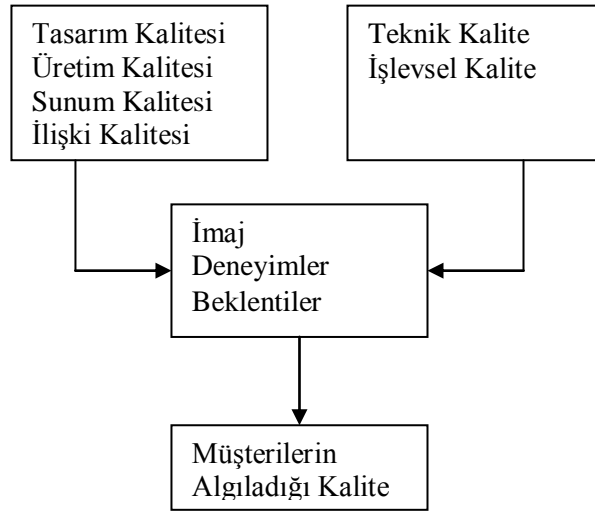
3.2.1. Grönross’un “Algılanmış Hizmet Kalite Modeli”

Bu modelde, müşterinin kaliteyi değerlendirmesi, kaliteyi algılama şekline bağlı olarak açıklanmıştır. Model, merkeze müşteri algısını yerleştirmekte ve

tüketicinin hizmetten bekladıkları ile deneyimleri arasında olumlu bir ilişki olduğunu varsaymaktadır (Mohammad, 2007: 35).

Bu modele göre hizmetler söz konusu olduğunda, tasarım, üretim sunum ve ilişkiler kalite yaratan dört önemli kaynaktır. İşletmenin bu yönlerini yönetme biçimi ise müşterinin kalite algılamasını etkilemektedir. Bu arada, hem teknik hem de işlevsel kalite bu kalite kaynaklarından etkilenmektedir. (Uyguç: 1998: 33).

Grönross'un 1988 yılında geliştirdiği "hizmet kalitesi modeli" tarafından yapılan çalışma ile bütünleştirilerek ortaya konulmuştur (Deniz C. Seyran, 2004: 45).



Şekil 3.1. Grönross'un Kalite Modeli

Kaynak: Deniz C. Seyran, 2004: s.47.

Grönroos'un hizmet kalitesi konusunda getirdiği modelin temelini, toplam algılanma kalitesi oluşturmaktadır. Toplam algılanan kalite, müşterinin beklediği kalite ile hizmet sunumu sonrası yada kalitenin karşılaştırılması ile oluşmaktadır. Modelde kalitenin iki cephesi vardır. Bunlar müşterinin beklediği hizmet ile algılanan hizmettir. Beklenen kalite birçok faktörün bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler;

- Pazar iletişimi,
- İmaj,

- Kulaktan kulağa iletişim (sözlü iletişim),
- Müşteri ihtiyaçlarıdır.

Teknik kalite: Müşterinin hizmetten ne elde ettiğidir, alınan hizmetin sonuçlarına bağlıdır. Teknik kaliteyi güvence altına alacak sistemlerin, prosedürlerin ve tekniklerin uygulanmasıdır. (Ardıç, Güler, 2000: 18). Teknik anlamda kalite, verilen hizmetlerin bilimsel norm ve standartlara uygun olmasıdır. Bilimsel norm ve standartlar, üniversiteler, meslek kuruluşları ve araştırma geliştirme kurumları tarafından belirlenmektedir (Kavuncubaşı: 2000: 272).

İşlevsel kalite ise hizmetin müşteriye nasıl ulaştırıldığıdır. İşlevsel kalite, müşterinin ön yargılarından, algılamalarından daha çok etkilenir. (Ardıç, Güler, 2000: 4).

Yapılan araştırmalar, işlevsel kalitenin yüksek olması teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebildiğini göstermektedir Bir hizmetin teknik kalitesi uygun düzeyde, ancak işlevsel kalitesi yetersiz düzeyde ise, teknik performansın müşteriye tatmin etme düzeyinden bağımsız olarak genellikle tatminsizlik hakim olmaktadır (Ardıç, Güler, 2000: 23).

3.2.2. Lehtinen ve Lehtinen'in "Hizmet Kalite Modeli"

Lehtinen hizmet kalitesini üç boyutta irdelemektedir. "Üç boyutlu kalite yaklaşımına" göre bu boyutlar şunlardır (Mohammad, 2007: 46):

1. Fiziksel Kalite: Hizmetin fiziksel elemanlarından kaynaklanan kalite boyutudur. Fiziksel elemanlar ise fiziksel ürün ve fiziksel destektir.

2. Etkileşim Kalitesi: Müşteri ile temasta bulunan kaynaklar arasındaki etkileşimden doğmaktadır. Hizmetin türüne göre, bu boyut müşteri ile hizmet veren personel arasında oluşabileceği, müşteri ile diğer müşteriler arasında yaratılabilir. Örneğin, bir diskoda müşterilerin kendi aralarındaki karşılıklı ilişkileri etkileşim kalitesini daha fazla etkiler.

3. Şirket (Firma) Kalitesi: Müşteriler ve potansiyel müşterilerin şirket ya da firmayı kamuoyunda yarattığı imaj bakımından değerlendirmeleri ile ilgilidir. Bir

kuruluşun verdiği hizmetin kalitesinde bozulmalar olsa bile şirket kalitesi (firma imajı) daha uzun bir süre geçerliliğini koruyabilir.



Şekil 3.2. Lehtinen'in hizmet kalitesi modeli

Kaynak: Kuzu, 2010: 43.

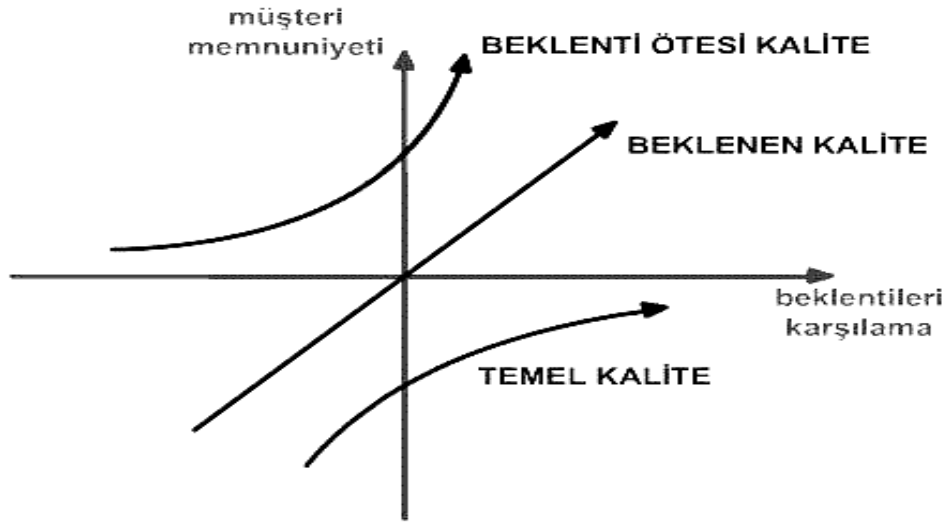
3.2.3. Normann'ın "Müşteri Tatmini Modeli"

Normann (1984) tarafından geliştirilen modele göre, kapsamlı ve dengeli bir kalite yaklaşımı, hizmet paketini, hizmet veren personel ile müşteri arasındaki etkileşimi, hizmet sunum sürecini ve hizmet yönetim sisteminin değişir (esnek) ve değişmez (katı) özelliklerini tüm yönleri ile kapsamalıdır. (Mohammad, 2007: 47). Bu kapsamda, doğru personel seçimi, çalışanların motivasyonu, hizmet içi eğitimi, kariyer planlaması ve işletmede tutulması, kalite yönetimi açısından önem arz etmektedir. Normann tarafından daha sonra geliştirilen modele göre de, kaliteye yatırım yapmak için kıt kaynakları olan, önemli gelişmeler kaydetmekte zorluk çeken hizmet organizasyonları için kapsamlı ve dengeli bir kalite yaklaşımı, hizmet sunum sürecinde, çalışanlar ile müşteri (tüketici)ler arasında oluşacak etkileşim, hizmet yönetim sürecinin ve hizmet sunum sürecinin esnek olmayan ve esnek özelliklerini sistematik olarak kapsamaktadır. Bu yaklaşımda konaklama hizmetleri sunan bir otel odasının temizliği, kalitenin açık, kesin ve nesnel ölçütlerle ölçülebilen ve müşteriye doğrudan etkileyen "esnek olmayan" özelliği olması yanı sıra, hizmet sunan personelin müşteriye ilgi göstermesi, nezaket kuralları çerçevesinde dostça davranması, yardımcı olması da hizmet kalitesinin "esnek" yönlerini oluşturmaktadır. Amaç, sunulan kalite ile müşterinin talebi olan kaliteyi bir araya getirebilmektir. Normann, bu modelde hizmet kalitesinin esnek olmayan ve esnek yönlerinin birbirleri ile etkileşim halinde olduğunu; bu kapsamda hizmet sisteminin

bir bütün olarak, hizmet sunum sürecini, bunun da hizmet kalitesini etkileyeceğini öne sürmektedir (Kuzu, 2010: 44)

3.2.4. Kano Modeli

Noritoki Kano tarafından geliştirilen model, işletmelerin müşteri beklentilerini karşılayabilme derecesi ile tüketici tatmini arasındaki ilişkiyi anlatan bir modeldir. Kano modelinin grafiksel gösterimi Şekil 4'de gösterilmektedir. Grafiğin yatay eksenini hizmetin müşteri beklentilerini karşılamada ne kadar başarılı olduğunu göstermektedir. Kısaca başarı derecesi, işletmenin tüketici gereksinimlerini karşılayabilme derecesidir. Dikey eksen ise ürün veya hizmet ile ilgili müşteri tatmin derecesini göstermektedir (Day, 1998: 16).



Şekil 3.3. Kano Modeli

Kaynak: <https://www.google.com.tr>

Şekil 4'de de görüldüğü gibi koordinat sisteminde yer alan yatay eksen müşteri ihtiyaçlarının (hiç karşılanmamış olmasından tümüyle karşılanmış olmasına kadar yayılan değerler) karşılanma derecesini, dikey eksen ise müşterilerin ihtiyaçlarının karşılanma derecesine ilişkin (hiç tatmin olmamasından çok tatmin olmasına kadar yayılan değerler) subjektif yanıtlarını yansıtmaktadır. Bunun yanında modelde üç ayrı tür müşteri ihtiyacını yansıtan eğriler yer almaktadır. Bu eğriler temel, doğrusal ve heyecan verici olmak üzere üç ayrı ihtiyaç tipi tanımlaması veya ürün /hizmet özellikleri arasındaki ayrımı göstermektedir (Day, 1998: 16).

Müşteri memnuniyetinin sağlanmasıyla ilgili olarak bu model dikkatleri iki ayrı boyut ve üç ayrı ihtiyaç tipi üzerine çekmektedir. Bunlar (Shahin, 2004: 733 ; Hassan ve diğeleri., 2000: 859-860):

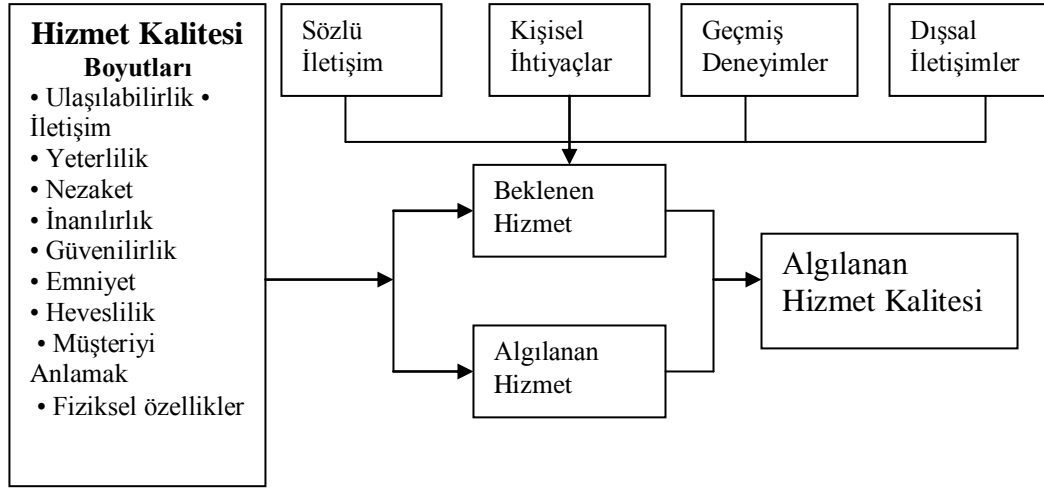
- Temel İhtiyaçlar (Must-be or Existing)
- Doğrusal İhtiyaçlar (One –dimensional or Expected)
- Heyecan verici İhtiyaçlar (Attractive, Latent, Unexpected or Exciting)

Temel ihtiyaçlar; müşterilerin karşılanması gerektiğini beklediği için çoğu kez farkında olmadığı ancak bunların yokluğunun çok büyük memnuniyetsizliğe neden olduğu ürün/hizmet özellikleridir. Diğer yandan bu ihtiyaçların karşılanması memnuniyette bir artış meydana getirmeyecektir. Müşteri bu ihtiyaçları bir ön koşul olarak görür ve bunların karşılanmasını açık bir biçimde talep etmez. Temel ihtiyaçlar en temel rekabet faktörüdür dolayısıyla yerine getirilmediği takdirde müşteri ürünle bir daha hiç ilgilenmeyecektir (Sevimli, 2006: 96.).

Performans faktörleri olarak da adlandırılan doğrusal ihtiyaçlar, genellikle müşteriler tarafından açıkça talep edilen ürün özellikleridir. Müşteri memnuniyeti bu ihtiyaçların karşılanma düzeyi ile doğru orantılıdır (Elroy, 2003: 4).

3.2.5. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin “Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli”

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli Hizmet kalitesi araştırmalarında, müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdikleri, değerlendirmede hangi boyutları kullandıkları, müşterilerin beklentilerini hangi faktörlerin etkilediği konularında tatmin edici bilgilerin bulunmaması dolayısıyla kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirilmesi gereği ortaya çıkmış ve buna yönelik olarak hizmet sektörü yöneticileri ve müşterilerini kapsayan araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların en önemlilerinden biri de Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yönetilen bir dizi araştırmadır. Parasuraman, Zeithaml ve Berry, hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir perspektiften yaklaşarak, öncelikle hizmet kalitesini tanımlamaya ve onu etkileyen faktörleri bulmaya, daha sonra da ölçülebilir hale getirebilmek için her hizmet türüne uygulanabilecek genel bir model geliştirmeye çalışmışlardır (Sevimli, 2006: 21).



Şekil 3.4. Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları

Kaynak: Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985: 48

Şekil 3.4. incelendiğinde, sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişimlerin müşterilerin beklediği hizmeti etkilediği; diğer yandan, müşterilerin hizmetten beklentileri ve söz konusu hizmetlere yönelik algılarının karşılaştırılmasıyla “Algılanan Hizmet Kalitesi”nin oluştuğu görülmektedir.

3.2.6. SERVQUAL Ölçeği ve Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli

Hizmet kalitesinin ölçümü, işletme açısından çok önemlidir. Çünkü, sunulan hizmetin kalitesi ölçülmezse kalite iyileştirilemez ve ölçülmeyen kalite bir sistem değildir, slogan olmaktan öteye gidemez (Atan ve diğ., 2006: 165).

SERVQUAL modeli ve söz konusu modelden yararlanılarak oluşturulan SERVQUAL Ölçeği ile müşteri beklentileri ve algılamaları arasındaki fark ölçülüp, farkın yönüne göre hizmet kalitesine yönelik değerlendirme yapmak mümkündür.

Bu ölçeğin sağlık işletmelerinde kullanımı için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve bu çalışmalar SERVQUAL ölçeğinin sağlık kurumlarında da kullanılabilir ve güvenilir olduğuna işaret etmiştir (Rahman ve diğerleri., 2007: 43).

Sağlık kurumları yöneticileri bu ölçek ile elde edilen veriler üzerinden hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması açısından önemli ipuçları elde etmekte ve bunları yönetim kararlarında kullanmaktadır.

SERVQUAL, 1983-1990 yılları arasında hizmet kalitesini belli standartlar kapsamında ölçebilmek amacıyla Amerika'da geliştirilmiştir. SERVQUAL, hizmet kalitesi literatüründe bulunan en kapsamlı çalışmalardan biridir. Parasuraman vd. geliştirdikleri yöntemin evrensel olarak geçerli olduğunu ve küçük değişikliklerle her sektöre uygulanabileceğini çünkü en temel hizmet kalitesi boyutlarını tanımladığını iddia etmişlerdir.

SERVQUAL hizmet kalitesini müşteri memnuniyeti ile ilişkilendirerek hizmet kalitesinin ve memnuniyetinin ölçümünü en iyi gösteren ölçektir. Özellikle sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili literatür incelendiğinde sağlık hizmetleri müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin bir standart olarak kullanıldığı görülmektedir (Demir, 2008: 29).

SERVQUAL ölçeği, hizmet kalitesinin beş boyutunu oluşturan; somut öğeler, güvenilirlik, anında hizmet, güven telkin etme ve empati boyutları içerisinde toplanmış 22 çift önerme yardımıyla müşterilerin hizmetlerle ilgili beklentilerini ve algılamalarını belirlemekte ve algılama ile beklenti arasındaki fark hizmet kalitesinin ölçüsünü vermektedir (Akbaba, 2007: 320).

Hizmet sunumu ve karşılanmasında, müşteri beklentilerini kıyaslamada, hizmet kalite ölçümünde en çok kullanılan metot Servqual metodudur. Servqual'in hizmet kalitesi boyutları Çizelge 3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları (Bileşenleri)

Boyutlar	Önermeler	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	1-4	Fiziksel tesisler, hizmeti sunmak için kullanılan araç, gereç, donanım, personelin fiziki görünümü.
Güvenilirlik	5-9	Performansın tutarlılığını içerir. Firmanın hizmeti ilk defada doğru yapması ve verdiği sözü tutması anlamına gelir.
Heveslilik	10-13	Hizmetin sağlanmasında çalışanların istekli oluşu ile ilgilidir. Müşterilere karşı hevesli ve yardımsever olma.
Güven	14-17	Şüphe, risk ve tehlikeden uzak olma anlamına gelir. Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu oluşturma becerileridir.
Empati	18-22	Müşterinin ihtiyaçlarını anlamada çaba sarfetmeyi içerir. Firmanın müşterilere kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.

Kaynak: Parasuraman ve diğ., 1988:23.

Bu boyutlar altında toplanan anket cümleleri şu şekildedir (Sevimli, 2006:33):

Fiziksel Özellikler (Tangibles) şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşüdür. şirketler (Spesifikte Sağlık Sektörü) için düşünüldüğünde bu boyut aletlerin yeniliği, tuvaletlerinin temizliği, kurumun temizliği, aletlerin her kullanım için yenileniyor olması, çalışanların el, yüz kıyafetlerinin temizliği gibi özellikleri ihtiva etmektedir.

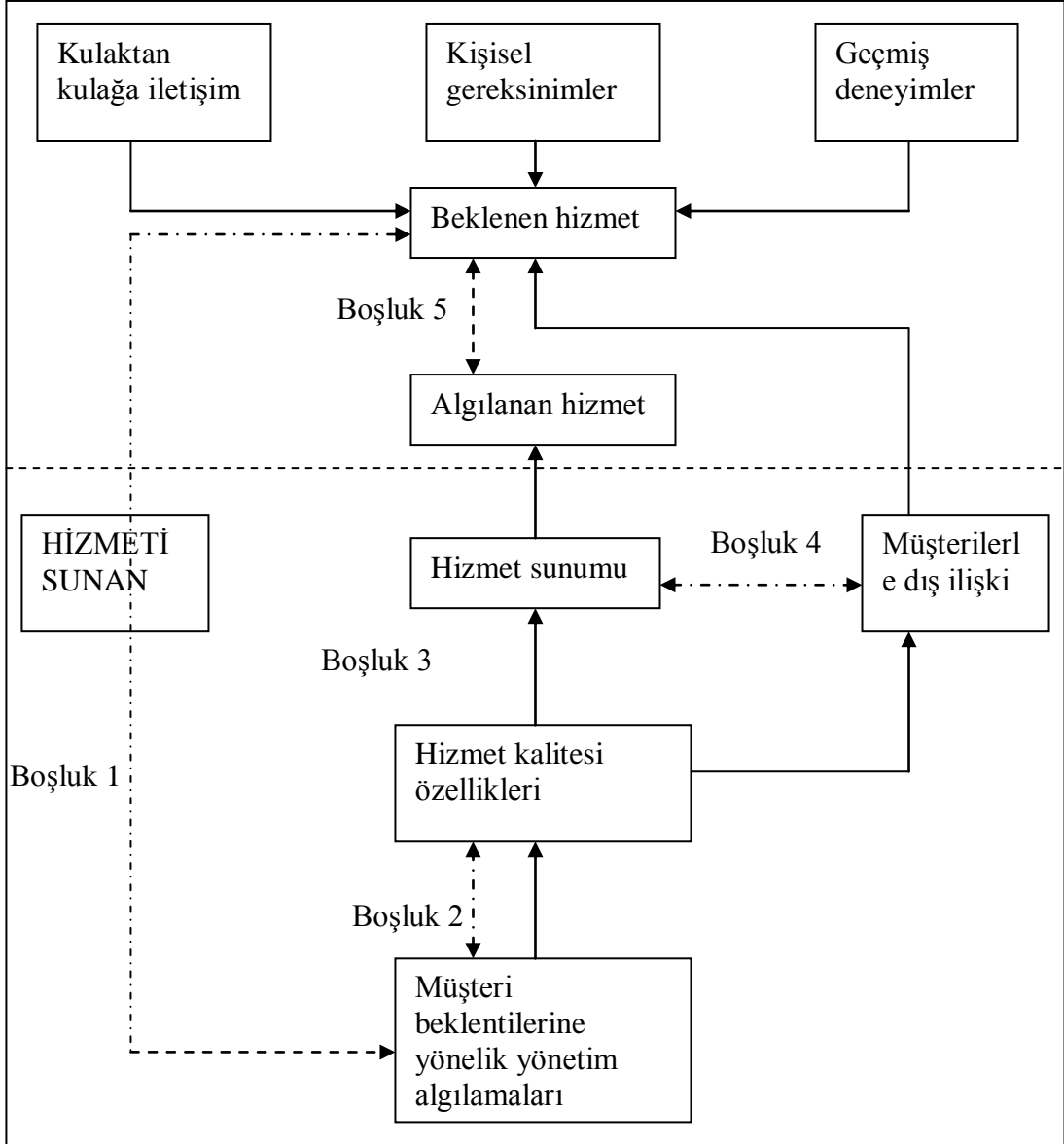
Güvenilirlik (Reliability) Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneğidir. Kerlinger'e göre ise güvenilirlik, bir ölçüm aletinde görece hataların olmayışıdır (Kerlinger, 1992: 99).

Sağlık kurumları açısından bu boyut, belirlenmiş olan müdahalelerin zamanında yapılması ve vadedilen hizmetlerin operasyon sırasında yerine getirilmesi vb. gibidir.

Heveslilik (Responsiveness) Müşterilere (hastalara) yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesini ifade etmektedir. Bu boyut sağlık personelinin hastalara hizmet verirken işlerine ne derece kendilerini verdikleri, işlerini severek yapıp yapmadıkları ve hastalara yardım etmeye ne derece gönüllü olduklarına ilişkin hastaların algılamaları ile ilgilidir.

Güven (Assurance) Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde (hastalarda) güven duygusu uyandırabilme becerileri. Sağlık sektörü açısından sağlık çalışanlarının (özellikle doktorlar) eğitilmiş oluşları, geçmişte o hastanelere ait meydana gelmiş operasyon kazalarının olmaması veya çok az olması, kendi dilini konuşamayan (türk vatandaşı olup türkçeyi konuşamayan vatandaşlar) hastayla aynı dili konuşan sağlık personelinin bulunması ve bu sayede hastanın isteklerinin kolayca anlaşılıp hızlı müdahale edebilme imkânının olması bu boyuta örnek olarak verilebilir.

Empati (Empathy) şirketin kendisini müşterinin (hastanın) yerine koyması, hastalara kişisel ilgi gösterilmesi. Sağlık personelinin hastaların şikâyetlerini dinlemesi ve söz konusu sorunların giderilmesi için gerekli aksiyonları alması veya alınmasını sağlaması sağlık kurumu açısından bu boyuta örnek olabilir.



Şekil 3.5. Boşluklar Modeli

Kaynak: Zeithaml ve diğerleri 1990.

Boşluk 1: Müşteri Beklentilerinin Bilinmemesi Birinci boşluk müşteri beklentileri ile yönetimin müşteri beklentilerinin en olduğuna ilişkin algısı arasındaki farktan oluşur. Birinci boşluğun oluşmasına sebebiyet veren üç kavramsal faktör:

1. Pazarlama araştırmalarının yetersizliği (zayıf pazarlama araştırması, araştırma sonuçlarının uygun kullanılmasına, yönetim ve müşteriler arasında zayıf iletişim)
2. Servis sunan personel ile yönetim arasında zayıf iletişimin olması

3. Yönetim kademelerinin fazlalığı (Saat, 1999: 75).

Sağlık sektöründe, hastanın hizmet beklentisine ilişkin hiç bir ön çalışma yapılmamış olması veya yapılan çalışmaların sonuçlarının çalışanlarla paylaşılmaması, eldeki sonuçların arşivlerde çürümeye mahkûm edilmesi bu boşluğun meydana gelişinin tetikleyicisi olabilir.

Boşluk 2: Farklı Servis Kalitesi Standartları Boşluk iki, müşterilerin beklentilerine ilişkin yöneticilerin düşündükleri ile servis sunumuna yönelik koydukları standartlar arasındaki farktır. Bu boşluğa yol açan dört faktör:

1. Servis kalitesine yönelik uygun olmayan vaatler
2. Mevcut kaliteyi iyileştirmeye yönelik yönetimde isteksizlik
3. Görev standartlarında yetersizlik
4. Hedeflerin net bir şekilde belirlenmemesidir (Altan ve diğerleri, 2003: 45; Saat, 1999: 69).

Sağlık sektöründe, bir hastanenin dünya standartlarının çok gerisinde olmasına rağmen kendi ülkesindeki hastaneler içerisinde daha iyi olması, bu yüzden de herhangi bir iyileştirme çalışmasına ihtiyaç duymaması bu boşluğun sebeplerinden biri olabilir.

Boşluk 3: Servis Performansı Farkı Üçüncü boşluk, sunumu öngörülen servis ile sunulan gerçek servis arasındaki uyumsuzluktur. Bu boşluğa sebebiyet veren yedi faktör:

1. Çalışanların belirlenen servis düzeyinde servis sunamamaları ya da sunmaya isteksiz olmaları
2. Görevlerde belirsizlik
3. Görevlerin çelişmesi
4. Görevli-iş arasındaki zayıf uyum
5. Teknoloji iş arasındaki zayıf uyum

6. Uygun olmayan gözetim-kontrol çalışmaları

7. Takım çalışmasının yetersizliğidir (Zeithaml, v.d, 1990: 97).

Boşluk 4: Verilen Sözlerle Sunumun Uyuşmaması Boşluk dört, servis sunumuna ilişkin verilen sözler ile gerçek servis sunumu arasındaki farktır.

1. Faaliyetler, pazarlama ve insan kaynakları arasında olduğu kadar bölümler/şubeler arasında yetersiz iletişim (yatay iletişim eksikliği)

2. Konuşmalarda aşırı sözler verilmesidir (Zeithaml, ve diğerleri, 1990: 100; Saat, 1999: 88). Bu boşluğa sebep olan iki faktör:

Boşluk 5: Beklenen Servis Algılanan Servis Farkı: Müşteriye hizmetin sunulması sırasındaki mevcut eksiklikler veya hatalar bu boşluğu oluşturmaktadır. İlk dört boşluk, beşinci boşluğun ortaya çıkmasına neden olur. Boşlukların oluşabileceği söz konusu durumların önceden tespit edilmesi halinde müşteriye daha kaliteli hizmet sunmak mümkün olacaktır

3.2.6.1. Servqual Ölçeğine Yöneltilen Eleştiriler

Servqual Analizi, yalın ve esnek yapılanmasıyla, yaygın kullanılmasına rağmen bazı noktalarda eleştirilmiştir. Carman'a göre (1990) Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesi boyutları tüm hizmetlerde uygulanabilecek kadar genel değildir. Carman ayrıca müşteriler açısından önemli bulunan hizmet kalite boyutlarının alt boyutlara ayrılması gerektiğine işaret etmektedir (Saat, 1999: 115).

Babaku ve Boller da 1992 yılında SERVQUAL boyutlarının, hizmetten hizmete değişmesi gerektiğini, soruların pozitif ve negatif olmak üzere karışık bir şekilde sorulmasının faktör analizi sonucunu olumsuz etkilediği ve hizmet kalitesinin beklenti-algılama arasındaki fark olarak tanımlanmasının teorik olarak makul olmasına rağmen uygulamada sorun yarattığı sonuçlarına ulaşmışlardır (Babakuş, Boller, 1992: 9).

Tears, Servqual ölçeğinin esas zayıf noktasının Servqual ölçeğinin temeli olan 5 boşluğun (beklenen-algılanan hizmet boşluğu) tanımlanması olduğunu öne sürmektedir. Başka bir ifade ile hizmet kalitesinin beklenen hizmet ,algılanan hizmet temelinde kavramsallaştırılmasına eleştiri getirmiştir.

Tears, Servqual ölçeğinin beklenen-algılanan hizmet çatısına alternatif olarak değerlendirmiş, performans ve normlandırılmış kalite modellerini ortaya atmıştır(Tears, 1993: 19).

SERVQUAL ölçeğine yapılan eleştiriler nedeniyle, Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1991 yılında ölçeği tekrardan ele alan bir çalışma yapmışlar ve bu çalışma sonucunda ölçeğin 2 orjinal unsuru, daha kapsamlı sonuç almak için 2 yeni unsurla değiştirilmiş, ölçekteki negatif ifadeler hem cevaplayıcılar tarafından anlaşılması, hem de faktör analizinde hataların ortaya çıkmasından dolayı pozitif ifadelerle değiştirilmiş, aynı zamanda beklentiler bölümündeki ifadelerin söyleminde de değişiklikler yapılmıştır ve araştırmaya 5 boyutun müşteriler için görece önemini ölçen üçüncü bir bölüm konulmuştur (Parasuraman ve diğerleri, 1991: 420). Parasuraman, ve diğerleri, (1991) incelemeleri sonucunda da ölçeğin bütünlüğünün bozulmaması için, unsurların hiçbirinin silinmemesi, yeni bir boyut eklenmemesi veya kaldırılmaması gerektiğini belirterek yapmış oldukları çalışmaların bu modeli kavramsal ve ampirik olarak desteklediğini öne sürmüşlerdir ve SERVQUAL ile ilgili hiçbir yanlış noktanın bulunmadığını savunmuşlardır (Parasuraman, ve diğerleri, 1991: 450).

4. BÖLÜM

ARAŞTIRMA

4.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetleri sunumunda kalitenin temel göstergesi hastaların memnuniyet düzeyidir. Çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinde algılanan-beklenen hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin önemi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirleyerek hastaların diş kliniklerinden beklentilerini istatistiksel olarak analiz etmektir.

4.2. Araştırmanın Önemi

Bir diş kliniğinin müşterisi hizmet alan hastadır. Sağlık sektörünün temel çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti sağlık kalitesinin ölçülmesinin önemli belirleyicilerindedir. Memnuniyet, geçmiş deneyimleri, yaşam tarzını, gelecek beklentilerini, değerleri içine alan birçok faktörle ilişkili bir kavramdır. Günümüzde sağlık sektörü hasta memnuniyeti önemi üzerinde daha çok durmaya başlamıştır. Sunulan çalışma hastaların memnuniyetlerini belirlemek açısından önemlidir.

Çalışmanın Planı: Bu tez dört bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın ilk ve ikinci bölümünde, araştırmanın teorik kısmına değinilirken, üçüncü bölümde, özel diş kliniğinde yapılan uygulamaya yer verilmiştir. Son olarak da elde edilen veriler, sonuç ve öneriler kısmında değerlendirilmiştir.

4.3. Kullanılan Metod ve Teknikler:

Çalışma, katılmayı gönüllü olarak kabul eden, tesadüfî olarak seçilen 200 hastadan oluşmaktadır. Bu araştırmada hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen, hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış bir ölçek olan SERVQUAL hizmet kalitesi ölçüm modeli kullanılmıştır.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ve Sınırlılığı

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Bahçelievler ilçesi, Yenibosna semtinde hizmet veren özel bir diş kliniğinde yürütülmüştür. Çalışmada Haziran ayı ortası Ağustos ayı ortası olmak üzere toplam 2 aylık sürede diş kliniğine başvuran yetişkin hastalar arasından gönüllülük esasına göre 104'ü kadın,96 'sı erkek olmak üzere toplam 200 hasta yer almıştır. Yaş dağılımı 18-50+ dır.18 yaş altı ve kooperasyon bozukluğu olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalarla ilgili bilgi içeren anket formları ön test olarak yaklaşık 30 hastaya uygulanmış, eksik görülen düzeltmeler yapılarak son uygulamaya geçilmiştir.

Anket dört bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hastalara Sosyo Demografik sorular sorulmuş, ikinci bölümde hastaların diş kliniklerinden beklentileri sorulmuş, üçüncü bölümde hizmet aldıkları diş kliniği ile ilgili algıları ölçülmüş, dördüncü bölümde ise hizmet aldıkları diş kliniğinin hizmet kalitesini puan olarak değerlendirmeleri istenmiştir.

Araştırma sırasında özellikle hastaların rahatsızlıklarından, anket doldurmaya karşı isteksizlik ve zamanını ayırmak istememe, araştırmanın önemini kavramama vb. nedenlerden dolayı anketler yapılırken zorlanılmış, bazı anketler yarım bırakılmış, yarım bırakılanlar elenmiştir. Hedeflenen anket sayısına ulaşmak için anketlere ilave edilerek toplam 200 kişiye anket yapılmıştır. Bu araştırma tek bir özel diş kliniğinde yapıldığı için genelleme yapılması söz konusu değildir.

4.5. Araştırmanın Hipotezi

Hipotezler, karşılaşılan sorunlara ilişkin spesifik önermelerdir. Örneklem gözlem değerleri kullanılarak hesaplanan istatistik verileriyle, bu istatistiğin bilgi ürettiği değişkenlerinin önceden saptanmış, bilinen veriler arasında ki farklılıkların anlamlı olup olmadıkları belirlenmektedir. Farklılık var ise, bu farklılık öneminin, sıfır hipotezini reddetmek için kâfi olup olmadığına karar verilir. Eğer bahsedilen durumda farklılık anlamlı ise sıfır hipotezi reddedilir ve tersi durumda kabul edilir (Altunışık 2004: 168).

Hipotez, ortaya çıkacak ya da çıkmış durumlar, davranışlar ve olaylar hakkında varsayımlar olarak yapılan açıklamalardır. Araştırmada, araştırmacının

problemlerdeki değişkenler arasında ne tür ilişkiler olduğuna dair beklentilerini yansıtmaktadır (Altunışık 2004: 150). Araştırma sonunda sunulan bilgilerin test edilmesi hipotez testleri ile yapılmaktadır. Anket çalışması gönüllülük esasına göre yapılmıştır.

Aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir;

H.1. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin yaş ortalamalarına göre servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.2. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.3. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların servqual skorları sahip oldukları algılanan hizmet kalitesi eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H.4. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin mesleklerine göre servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.5. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin medeni durumlarına göre servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.6. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin sağlık güvenceleri ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.7. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin aylık gelirleri ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.8. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin hastaneyi seçme nedeni ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.9. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin yaş ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.10. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.11. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların servqual skorları sahip oldukları beklenen hizmet kalitesi eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H.12. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin mesleklerine göre servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.13. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin medeni durumlarına göre servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.14. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların servqual skorları beklenen hizmet kalitesi düzeyleri sahip oldukları sağlık güvenceleri ile arasında anlamlı fark yoktur.

H.15. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin sağlık güvenceleri ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.16. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin aylık gelirleri ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.17. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin hastaneyi seçme nedeni ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

H.18. Özel diş kliğinde, araştırmaya katılan hastaların beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin, tekrar bu kurumu seçme ortalamaları servqual skorları arasında anlamlı fark yoktur.

4.6. Varsayımlar:

Çalışmanın varsayımları şunlardır:

i: Diş kliniklerinin hizmet kalitesi hasta memnuniyetini etkilemektedir.

ii: Hasta memnuniyetinde iletişim önemli unsurlardan biridir.

iii: Klinik hizmetleri hasta odaklı olma hususunu ön planda tuttukça hastaların memnuniyetleri yükselir.

4.7. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri gerçekten ölçüyor olması anlamına gelmektedir. Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin içerik geçerliliği, daha önceden kullanılan ve kabul görmüş ölçekler olduğundan sağlanmıştır. Güvenilirlik analizi, herhangi bir konuda örnekleme oluşturan birimler üzerinden veri toplamak amacı ile geliştirilen ölçme aracını oluşturan ifadelerin, kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile kullanılmaktadır. Diğer bir ifade ile, deneklerin ölçme aracını oluşturan ifadelere yaklaşımlarından hareket ile deneklere yöneltilen ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediği test edilmektedir (Ural ve Kılıç, 2005; 258). Anket verilerinin tümüne öncelikle güvenilirlik testi uygulanmıştır.

Fiziksel Özellikler Beklentisi alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,873$; *Güvenilirlik Beklentisi* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,914$; *Heveslilik Beklentisi* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,894$; *Güven Beklentisi* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,868$; *Empati Beklentisi* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,863$; *Genel Hizmet Kalitesi* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,904$ olduğu görülmektedir.

Fiziksel Özellikler Algısı alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha =0,895$; *Güvenilirlik Algısı* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha =0,931$; *Heveslilik Algısı* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha =0,828$; *Güven algısı* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha =0,896$; *Empati algısı* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha =0,872$; *Algılanan hizmet kalitesi* alt boyutunun güvenilirlik katsayısının $\alpha =0,911$ olduğu görülmektedir.

Ölçeğin güvenilirliği değerlendirilirken Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı (α) kullanılmıştır. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri (Özdamar, 2004);

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güveniliridir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Yukarıdaki Cronbach Alfa değerleri göz önünde bulundurulduğunda Servqual ölçeği, yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

4.8. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Bu başlık altında araştırmaya katılan katılımcıların, ankette belirtilmiş olan sorulara ilişkin dağılımları incelenmiş ve sonuçlara ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

		N	%
Yaş	18-25 Yaş	40	20,00
	26-35 Yaş	43	21,50
	36-45 Yaş	56	28,00
	46-54 Yaş	34	17,00
	>55 Yaş	27	13,50
Cinsiyet	Kadın	104	52,00
	Erkek	96	48,00
Eğitim Durumunuz	Okur-Yazar Değil	17	8,50
	İlköğretim	64	32,00
	Lise	57	28,50
	Üniversite	62	31,00
Meslek	İşçi	52	26,00
	Memur	29	14,50
	Emekli	25	12,50
	Serbest Meslek	61	30,50
	Ev Hanımı	33	16,50
Medeni Haliniz	Evli	135	67,50
	Bekar	65	32,50
Sağlık Güvenceniz	Var	165	82,50
	Yok	35	17,50
Aylık Geliriniz Ne Kadar	500-1000 TL	29	14,50
	1001-2000 TL	85	42,50
	2001-4000 TL	56	28,00
	>4000 TL	30	15,00
Bu Kliniği Seçme Nedeniniz	Tavsiye edildiği için	83	41,50
	Sağlık ekibinin tanıdığı olması	55	27,50
	Ulaşılabilirliği	9	4,50
	Acil hastalık nedeniyle	19	9,50
	Yakın olduğu için	25	12,50

	Diğer	9	4,50
Herhangi Bir Diş Sorununuzda Tekrar Bu Kurumu Seçer misiniz?	Evet	200	100,00
Kliniğimizi Önerir misiniz?	Evet	200	100,00

Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı Çizelge 4.1’de görüldüğü üzere, gözlem grubunda evli (135) grubun bekarlara göre baskın olduğu görülmektedir. Kadınların erkeklere oranla daha yoğun olduğu ve eğitim seviyelerinin büyük bölümünü üniversite mezunlarının oluşturduğu görülmektedir.

Çizelge 4.2. Çalışmada Kullanılan Servqual Ölçeğine Ait Alpha Cronbach Güvenirlik Katsayıları

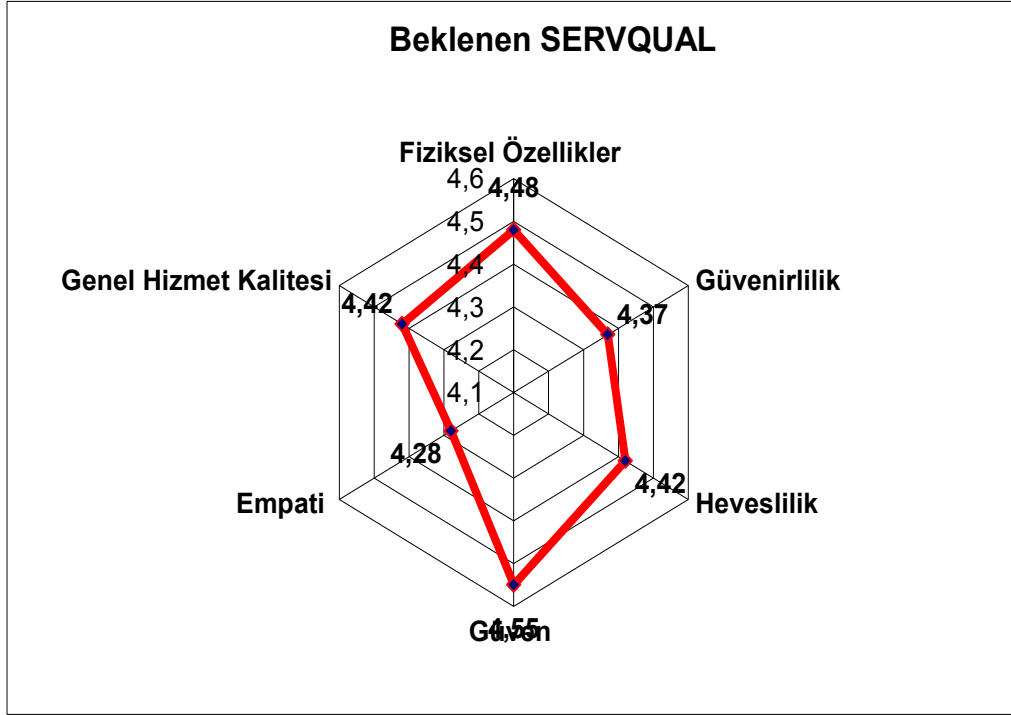
	Algılanan	Beklenen
Güvenirlilik	0,931	0,914
Güven	0,896	0,868
Genel Hizmet Kalitesi	0,911	0,904
Fiziksel Özellikler	0,895	0,873
Heveslilik	0,828	0,894
Empati	0,872	0,863
Genel Hizmet Kalitesi	0,927	0,922

Ankette hizmet kalitesinin beş boyutunu (Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Güven ve Empati) tanımlayan 22 soru önermesi; hasta beklentileri ve hastaların sunulan hizmetlere yönelik algısı için ayrı ayrı, gönüllü katılımcılara formlar yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Algılanan SERVQUAL beş boyutunun alfa Cronbach değerleri 0,931-0,828 arasında, Beklenen SERVQUAL beş boyutunun alfa Cronbach değerleri 0,914-0,863 arasında.

4.9. Hastaların Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Ortalamaları

Çizelge 4.3. Araştırmaya Katılan Hastaların “Beklenen” Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Ortalamaları

SERVQUAL	N	Ort±SS	Min.	Max
Fiziksel Özellikler	200	4,48±0,49	1,5	5
Güvenirlilik	200	4,37±0,49	2,83	5
Heveslilik	200	4,42±0,49	2,5	5
Güven	200	4,55±0,48	1,25	5
Empati	200	4,28±0,55	2	5
Genel Hizmet Kalitesi	200	4,42±0,43	2,32	5

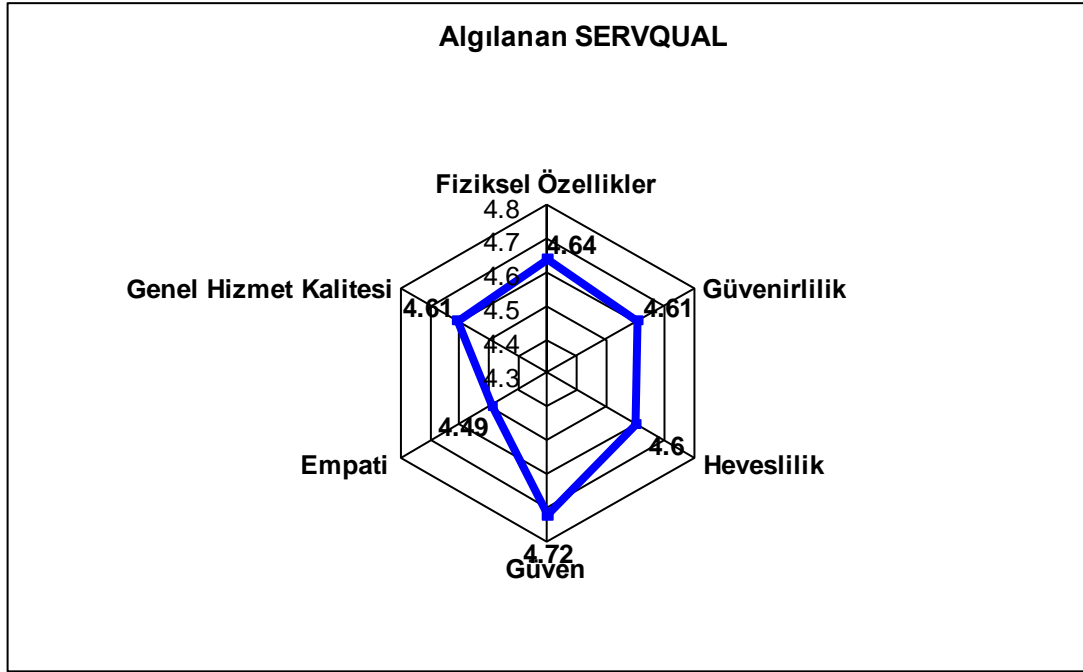


Şekil 4.1. Beklenen SERVQUAL

Çizelge 4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların “Algılanan” Hizmet Kalitesi

Düzeylerinin Ortalamaları

SERVQUAL	N	Ort±SS	Min.	Max
Fiziksel Özellikler	200	4,64±0,43	1,75	5
Güvenirlilik	200	4,60±0,42	3,17	5
Heveslilik	200	4,60±0,46	3	5
Güven	200	4,72±0,37	3	5
Empati	200	4,49±0,57	1,5	5
Genel Hizmet Kalitesi	200	4,61±0,37	2,83	5



Şekil 4.2. Algılanan SERVQUAL

Çizelge 4.5. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

SERVQUAL	Beklenen	Algılanan	t	p
Fiziksel Özellikler	4,48±0,49	4,64±0,43	5,44	0,0001
Güvenirlilik	4,37±0,49	4,61±0,42	8,03	0,0001
Heveslilik	4,42±0,49	4,60±0,46	5,62	0,0001
Güven	4,55±0,48	4,72±0,37	5,87	0,0001
Empati	4,28±0,55	4,49±0,57	4,88	0,0001
Genel Hizmet Kalitesi	4,42±0,43	4,61±0,37	8,09	0,0001

Algılanan Fiziksel Özellikler puan ortalamaları Beklenen Fiziksel Özellikler puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

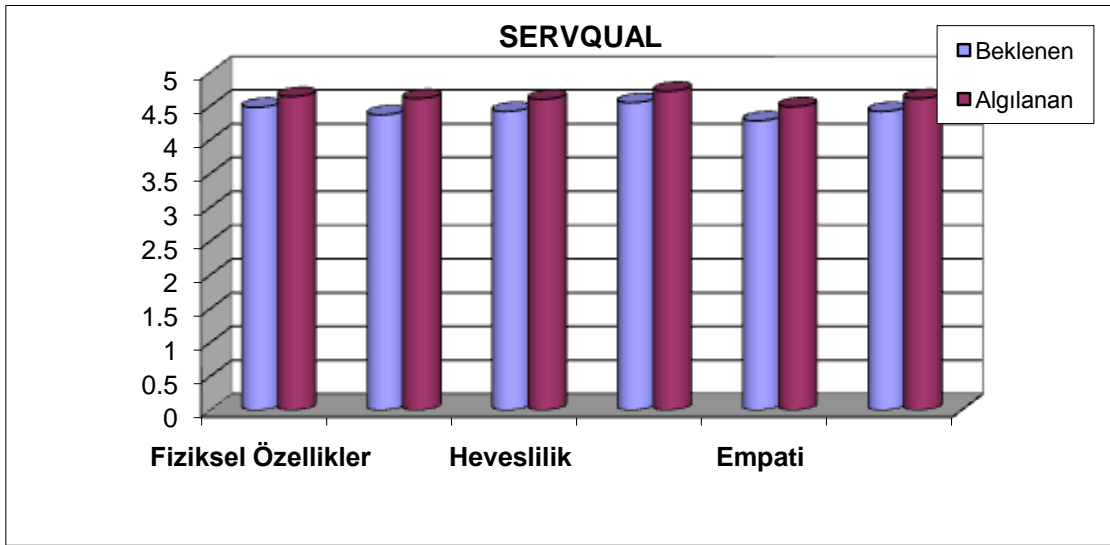
Algılanan Güvenirlilik puan ortalamaları Beklenen Güvenirlilik puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

Algılanan Heveslilik puan ortalamaları Beklenen Heveslilik puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

Algılanan Güven puan ortalamaları Beklenen Güven puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

Algılanan Empati puan ortalamaları Beklenen Empati puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

Algılanan Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları Beklenen Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).



4.10. Hastaların Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları

Çalışmanın bu bölümünde araştırmaya katılan hastaların algılanan ve beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin demografik özelliklere göre dağılımları ve sonuçları yorumlanmaya çalışılmıştır.

Çizelge 4.6. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre karşılaştırılması

Beklenen SEQUAL	18-25 Yaş n:40	26-35 Yaş n:43	36-45 Yaş n:56	46-54 Yaş n:34	>55 Yaş n:27	F	p
Fiziksel Özellikler	4,45±0,45	4,48±0,66	4,58±0,4	4,41±0,44	4,41±0,42	1,01	0,404
Güvenirlilik	4,43±0,46	4,31±0,54	4,42±0,49	4,38±0,47	4,22±0,48	1,07	0,370
Heveslilik	4,42±0,49	4,45±0,52	4,49±0,45	4,46±0,43	4,17±0,50	2,13	0,078
Güven	4,58±0,45	4,55±0,63	4,62±0,41	4,55±0,42	4,39±0,47	0,91	0,436
Empati	4,31±0,51	4,21±0,62	4,34±0,53	4,38±0,55	4,10±0,48	1,35	0,253
Genel Hizmet Kalitesi	4,44±0,41	4,40±0,51	4,49±0,41	4,43±0,39	4,26±0,41	1,35	0,253

Katılımcıların 18-25 Yaş, 26-35 Yaş, 36-45 Yaş, 46-54 Yaş ve >55 Yaş gruplarının Beklenen SERVQUAL Fiziksel Özellikler , Güvenirlilik , Heveslilik , Güven, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre karşılaştırılması

Algılanan SEQUAL	18-25 Yaş n:40	26-35 Yaş n:43	36-45 Yaş n:56	46-54 Yaş n:34	>55 Yaş n:27	F	p
Fiziksel Özellikler	4,59±0,36	4,6±0,56	4,66±0,4	4,7±0,42	4,67±0,35	0,39	0,809
Güvenirlilik	4,63±0,38	4,57±0,48	4,62±0,38	4,68±0,39	4,43±0,46	1,51	0,203
Heveslilik	4,61±0,46	4,56±0,51	4,66±0,42	4,64±0,44	4,50±0,45	0,73	0,573
Güven	4,77±0,36	4,7±0,41	4,77±0,31	4,68±0,4	4,64±0,41	0,89	0,467
Empati	4,53±0,54	4,48±0,68	4,52±0,52	4,45±0,56	4,40±0,52	0,27	0,895
Genel Hizmet Kalitesi	4,63±0,34	4,58±0,45	4,65±0,34	4,63±0,38	4,53±0,37	0,53	0,713

Katılımcıların 18-25 Yaş, 26-35 Yaş, 36-45 Yaş, 46-54 Yaş ve >55 Yaş gruplarının Algılanan SERVQUAL Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Güven, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Cinsiyet Gruplarına Göre karşılaştırılması

Beklenen SEQUAL	Kadın n:104	Erkek n:96	t	p
Fiziksel Özellikler	4,49±0,44	4,47±0,53	0,20	0,839
Güvenirlilik	4,37±0,47	4,36±0,51	0,01	0,991
Heveslilik	4,42±0,46	4,42±0,51	0,06	0,954
Güven	4,60±0,41	4,50±0,55	1,44	0,151
Empati	4,27±0,52	4,29±0,58	-0,32	0,749
Genel Hizmet Kalitesi	4,43±0,41	4,41±0,47	0,30	0,762

Kadın ve erkek katılımcıların Beklenen SERVQUAL Fiziksel Özellikler , Güvenirlilik , Heveslilik , Güven, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Cinsiyet Gruplarına Göre karşılaştırılması

Algılanan SEQUAL	Kadın n:104	Erkek n:96	t	p
Fiziksel Özellikler	4,66±0,35	4,62±0,50	0,72	0,474
Güvenirlilik	4,63±0,39	4,55±0,45	1,37	0,174
Heveslilik	4,63±0,44	4,58±0,47	0,69	0,494
Güven	4,72±0,37	4,73±0,37	-0,15	0,883
Empati	4,48±0,53	4,49±0,60	-0,21	0,838
Genel Hizmet Kalitesi	4,62±0,36	4,59±0,39	0,55	0,586

Kadın ve erkek katılımcıların Algılanan SERVQUAL Fiziksel Özellikler , Güvenirlilik , Heveslilik , Güven, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Eğitim düzeylerine Göre karşılaştırılması

Beklenen SEQUAL	OkurYazar n:17	İlköğretim n:64	Lise n:57	Üniversite n:62	F	p
Fiziksel Özellikler	4,31±0,38	4,38±0,59	4,57±0,45	4,56±0,40	2,34	0,084
Güvenirlilik	4,13±0,40	4,24±0,53	4,43±0,47	4,50±0,46	4,73	0,003
Heveslilik	4,10±0,42	4,29±0,51	4,52±0,46	4,54±0,44	6,5	0,0001
Güven	4,35±0,42	4,38±0,59	4,62±0,44	4,72±0,33	7,13	0,0001
Empati	3,96±0,49	4,18±0,51	4,39±0,51	4,37±0,59	4,19	0,007
Genel Hizmet Kalitesi	4,17±0,35	4,29±0,48	4,51±0,40	4,54±0,37	6,54	0,0001

Çizelge 4.11. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	Empati	GSHK
Okur-Yazar /İlköğretim	0,816	0,443	0,995	0,418	0,685
Okur-Yazar /Lise	0,105	0,008	0,044	0,019	0,019
Okur-Yazar /Üniversite	0,027	0,004	0,021	0,028	0,007
İlköğretim /Lise	0,140	0,044	0,025	0,137	0,029
İlköğretim /Üniversite	0,016	0,015	0,0001	0,204	0,006
Lise /Üniversite	0,869	0,989	0,649	0,995	0,973

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Beklenen Fiziksel Özellik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,084$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Beklenen Güvenirlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,003$). Üniversite grubunun Güvenirlilik puan ortalamaları Okur-Yazar olmayan ve İlköğretim grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,027$, $p=0,016$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Beklenen Heveslilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Okur-Yazar olmayan ve İlköğretim gruplarının Heveslilik puan ortalamaları Lise ve Üniversite gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,008$, $p=0,004$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Beklenen Güven puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Okur-Yazar olmayan ve İlköğretim gruplarının Güven puan ortalamaları Lise ve Üniversite gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,044$, $p=0,0001$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Beklenen Empati puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Okur-Yazar olmayan grubunun Empati puan ortalamaları Lise ve Üniversite gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,019$, $p=0,028$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Beklenen Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Okur-Yazar olmayan ve İlköğretim gruplarının Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları Lise ve Üniversite gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,029$, $p=0,006$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.12. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Eğitim düzeylerine Göre karşılaştırılması

Algılanan SEQUAL	OkurYazar n:17	İlköğretim n:64	Lise n:57	Üniversite n:62	F	p
Fiziksel Özellikler	4,63±0,40	4,50±0,54	4,65±0,37	4,78±0,30	4,66	0,004
Güvenirlilik	4,55±0,42	4,45±0,46	4,59±0,38	4,77±0,34	6,77	0,0001
Heveslilik	4,41±0,48	4,45±0,51	4,63±0,44	4,80±0,30	8,21	0,0001
Güven	4,59±0,45	4,58±0,44	4,72±0,35	4,91±0,17	10,01	0,0001
Empati	4,34±0,52	4,39±0,52	4,53±0,48	4,59±0,67	1,79	0,150
Genel Hizmet Kalitesi	4,50±0,39	4,47±0,43	4,62±0,32	4,77±0,28	7,77	0,0001

Çizelge 4.13. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Fizik Özel.	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	GSHK
Okur-Yazar /İlköğretim	0,674	0,780	0,992	0,998	0,989
Okur-Yazar /Lise	0,999	0,978	0,275	0,530	0,620
Okur-Yazar /Üniversite	0,558	0,202	0,007	0,006	0,036
İlköğretim /Lise	0,228	0,182	0,100	0,141	0,099
İlköğretim /Üniversite	0,001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Algılanan Fiziksel özellikler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,004$). İlköğretim grubunun Fiziksel özellikler puan ortalamaları Üniversite grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,001$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Algılanan Güvenirlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). İlköğretim grubunun Güvenirlilik puan ortalamaları Üniversite grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,0001$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Algılanan Heveslilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Üniversite grubunun Heveslilik puan ortalamaları Okur-Yazar olmayan ve İlköğretim grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,007$, $p=0,0001$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Algılanan Güven puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Üniversite grubunun Güven puan ortalamaları Okur-Yazar olmayan, İlköğretim ve Lise grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,02$, $p=0,0001$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Algılanan Empati puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,150$).

Katılımcıların eğitim düzeyi Okur-Yazar olmayan, İlköğretim, Lise ve Üniversite grupların Algılanan Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Üniversite grubunun

Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları Okur-Yazar olmayan, İlköğretim grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,036$, $p=0,0001$), diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.14. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Sağlık Güvencesine Göre karşılaştırılması

Beklenen SEQUAL	Sağlık Güvencesi (-) n:165	Sağlık Güvencesi (+) n:35	t	p
Fiziksel Özellikler	4,52±0,42	4,31±0,7	2,36	0,019
Güvenirlilik	4,38±0,49	4,28±0,5	1,18	0,240
Heveslilik	4,45±0,47	4,28±0,52	1,89	0,06
Güven	4,58±0,43	4,43±0,69	1,70	0,092
Empati	4,3±0,56	4,19±0,49	1,02	0,308
Genel Hizmet Kalitesi	4,45±0,41	4,3±0,5	1,87	0,063

Sağlık Güvencesi olan ve olmayan katılımcıların Beklenen SEQUAL Güvenirlilik , Heveslilik , Güven, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Sağlık Güvencesi (-) grubunun Beklenen Fiziksel Özellikler puan ortalamaları Sağlık Güvencesi olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,019$).

Çizelge 4.15. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Sağlık Güvencesine Göre karşılaştırılması

Algılanan SERVQUAL	Sağlık Güvencesi (-) n:165	Sağlık Güvencesi (+) n:35	t	p
Fiziksel Özellikler	4,67±0,39	4,51±0,58	1,96	0,052
Güvenirlilik	4,6±0,41	4,56±0,45	0,53	0,599
Heveslilik	4,63±0,45	4,5±0,49	1,49	0,138
Güven	4,75±0,35	4,6±0,45	2,16	0,032
Empati	4,48±0,57	4,51±0,53	-0,32	0,748
Genel Hizmet Kalitesi	4,63±0,36	4,54±0,44	1,26	0,210

Sağlık Güvencesi olan ve olmayan katılımcıların Algılanan SERVQUAL Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Sağlık Güvencesi (-) grubunun Algılanan Güven puan ortalamaları Sağlık Güvencesi olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,032$).

Çizelge 4. 16. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi

Düzeylerinin Gelir Düzeyine Göre karşılaştırılması

Beklenen SERVQUAL	500-1000 TL n:29	1001-2000 TL n:85	2001-4000 TL n:56	>4000 TL n:30	F	p
Fiziksel Özellikler	4,52±0,45	4,38±0,56	4,58±0,4	4,57±0,4	2,43	0,066
Güvenirlilik	4,44±0,46	4,27±0,52	4,41±0,43	4,46±0,52	1,76	0,156
Heveslilik	4,52±0,38	4,34±0,56	4,45±0,41	4,51±0,46	1,65	0,178
Güven	4,61±0,47	4,44±0,57	4,61±0,37	4,72±0,36	3,72	0,022
Empati	4,45±0,51	4,2±0,55	4,29±0,46	4,31±0,67	1,57	0,197
Genel Hizmet Kalitesi	4,51±0,4	4,32±0,48	4,47±0,35	4,51±0,41	2,53	0,058

Çizelge 4.17. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Güven
500-1000 TL /1001-2000 TL	0,326
500-1000 TL /2001-4000 TL	0,998
500-1000 TL />4000 TL	0,833
1001-2000 TL / 2001-4000 TL	0,150
1001-2000 TL / >4000 TL	0,032
2001-4000 TL / >4000 TL	0,763

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Beklenen SERVQUAL Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Beklenen SERVQUAL, Güven puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,022$). >4000 TL grubunun Güven puanları 1001-2000TL grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,032$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.18. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi

Düzeylerinin Gelir Düzeyine Göre karşılaştırılması

Algılanan SERVQUAL	500-1000 TL n:29	1001-2000 TL n:85	2001-4000 TL n:56	>4000 TL n:30	F	p
Fiziksel Özellikler	4,72±0,34	4,54±0,49	4,66±0,39	4,83±0,3	3,85	0,01
Güvenirlilik	4,71±0,35	4,47±0,45	4,63±0,39	4,77±0,35	5,21	0,002
Heveslilik	4,66±0,43	4,48±0,5	4,68±0,4	4,75±0,36	3,88	0,01
Güven	4,72±0,39	4,59±0,43	4,83±0,25	4,9±0,18	8,68	0,0001
Empati	4,45±0,53	4,43±0,5	4,55±0,54	4,56±0,8	0,69	0,559
Genel Hizmet Kalitesi	4,65±0,34	4,5±0,41	4,67±0,31	4,76±0,31	4,80	0,003

Çizelge 4.19. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Fizik Özel.	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	GSHK
500-1000 TL /1001-2000 TL	0,338	0,495	0,802	0,924	0,224
500-1000 TL /2001-4000 TL	0,989	0,779	0,066	0,327	0,997
500-1000 TL />4000 TL	0,138	0,029	0,0001	0,002	0,670
1001-2000 TL / 2001-4000 TL	0,146	0,114	0,072	0,084	0,04
1001-2000 TL / >4000 TL	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,006
2001-4000 TL / >4000 TL	0,023	0,002	0,027	0,001	0,695

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Algılanan SERVQUAL Fiziksel Özellikler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,01). >4000 TL grubunun Fiziksel özellikler puanları 1001-2000TL ve 2001-4000TL gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,0001, p=0,023), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Algılanan SERVQUAL Güvenirlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,002). >4000 TL grubunun Güvenirlilik puanları 500-1000TL, 1001-2000TL ve 2001-4000TL gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,0001, p=0,029), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Algılanan SERVQUAL Heveslilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,01). >4000 TL grubunun Heveslilik puanları 500-1000TL, 1001-2000TL ve 2001-4000TL gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,0001, p=0,027), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Algılanan SERVQUAL Güven puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). >4000 TL grubunun Güven puanları 500-1000TL, 1001-2000TL gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,004, p=0,015), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Algılanan SERVQUAL Empati puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,559).

Katılımcıların Gelir Düzeyi 500-1000TL, 1001-2000TL, 2001-4000TL ve >4000TL gruplarının Algılanan SERVQUAL Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0031). 1001-2000TL grubunun Genel Hizmet Kalitesi puanları 2001-4000TL ve >4000TL gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,04 p=0,006), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Çizelge 4.20. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Sağlık Kuruluşunu Seçme Nedeni Göre karşılaştırılması

	Fiziksel Özellikler	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	Empati	GHK
Tavsiye edildiği için n:83	4,54±0,55	4,43±0,52	4,48±0,52	4,6±0,55	4,35±0,56	4,48±0,47
Sağlık ekibinin tanıdık olması n:55	4,5±0,4	4,38±0,44	4,44±0,43	4,53±0,41	4,34±0,48	4,44±0,36
Ulaşılabilirliği n:9	4,39±0,53	4,33±0,56	4,28±0,51	4,47±0,57	4,28±0,58	4,35±0,51
Acil hastalık nedeniyle n:19	4,33±0,47	4,28±0,44	4,17±0,45	4,41±0,43	4,12±0,4	4,26±0,38
Yakın olduğu için n:25	4,33±0,39	4,06±0,43	4,26±0,46	4,48±0,42	3,87±0,56	4,2±0,35
Diğer n:9	4,67±0,48	4,69±0,41	4,83±0,25	4,86±0,22	4,72±0,44	4,75±0,31
F	1,44	3,32	3,49	1,46	5,23	3,52
p	0,212	0,007	0,005	0,205	0,0001	0,005

Çizelge 4.21. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Güvenirlilik	Heveslilik	Empati	GHK
Tavsiye edildiği için /Sağlık ekibinin tanıdık olması	0,445	0,369	0,705	0,99
Tavsiye edildiği için /Ulaşılabilirliği	0,590	0,201	0,656	0,947
Tavsiye edildiği için /Acil hastalık nedeniyle	0,164	0,009	0,063	0,306
Tavsiye edildiği için /Yakın olduğu için	0,001	0,042	0,0001	0,04
Tavsiye edildiği için /Diğer	0,117	0,035	0,050	0,430
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Ulaşılabilirliği	0,876	0,326	0,725	0,992
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Acil hastalık nedeniyle	0,504	0,036	0,105	0,610
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Yakın olduğu için	0,004	0,212	0,001	0,176
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Diğer	0,060	0,008	0,028	0,287
Ulaşılabilirliği /Acil hastalık nedeniyle	0,729	0,683	0,558	0,995
Ulaşılabilirliği /Yakın olduğu için	0,139	0,841	0,110	0,940
Ulaşılabilirliği /Diğer	0,144	0,017	0,095	0,317
Acil hastalık nedeniyle /Yakın olduğu için	0,081	0,360	0,110	0,997
Acil hastalık nedeniyle /Diğer	0,029	0,001	0,004	0,045
Yakın olduğu için /Diğer	0,001	0,001	0,0001	0,01

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için , Sağlık ekibinin tanıdık olması , Ulaşılabilirliği , Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Beklenen SERVQUAL Fiziksel Özellikler ve Güven puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması, Ulaşılabilirliği, Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Beklenen SERVQUAL Güvenirlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$). Yakın olduğu için grubunun Güvenirlilik puan ortalamaları Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,0001$, $p=0,004$), diğer grubunun Güvenirlilik puan ortalamaları Yakın olduğu için ve Acil hastalık nedeniyle gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,029$, $p=0,001$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması, Ulaşılabilirliği, Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Beklenen SERVQUAL Heveslilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$). Tavsiye edildiği için grubunun Heveslilik puan ortalamaları Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için puanlarından gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede Yüksek bulunmuş ($p=0,009$, $p=0,042$), diğer grubunun Heveslilik puan ortalamaları Tavsiye edildiği için , Sağlık ekibinin tanıdık olması , Ulaşılabilirliği , Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,035$, $p=0,001$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için , Sağlık ekibinin tanıdık olması , Ulaşılabilirliği , Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Beklenen SERVQUAL Empati puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Yakın olduğu için grubunun Empati puan ortalamaları Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,001$), diğer grubunun Empati puan ortalamaları Yakın olduğu için, Sağlık ekibinin tanıdık

olması ve Acil hastalık nedeniyle gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,028$, $p=0,0001$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması , Ulaşılabilirliği, Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Beklenen SERVQUAL Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,005$). Yakın olduğu için grubunun Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları Tavsiye edildiği için grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,04$), diğer grubunun Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları Yakın olduğu için ve Acil hastalık nedeniyle gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,045$, $p=0,01$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.22. Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Sağlık Kuruluşunu Seçme Nedeni Göre karşılaştırılması

	Fiziksel Özellikler	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	Empati	GHK
Tavsiye edildiği için n:83	4,68±0,49	4,67±0,4	4,65±0,47	4,74±0,4	4,53±0,58	4,65±0,41
Sağlık ekibinin tanıdık olması n:55	4,63±0,37	4,6±0,36	4,65±0,4	4,75±0,34	4,4±0,5	4,61±0,3
Ulaşılabilirliği n:9	4,56±0,43	4,57±0,48	4,61±0,44	4,67±0,41	4,56±0,48	4,59±0,37
Acil hastalık nedeniyle n:19	4,54±0,41	4,54±0,44	4,5±0,51	4,63±0,41	4,59±0,47	4,56±0,4
Yakın olduğu için n:25	4,62±0,38	4,29±0,48	4,32±0,45	4,6±0,35	4,34±0,74	4,43±0,37
Diğer n:9	4,78±0,38	4,89±0,19	4,83±0,33	4,94±0,11	4,72±0,49	4,83±0,29
F	0,61	4,5	3,08	1,58	1,13	2,1
p	0,697	0,001	0,011	0,168	0,347	0,064

Çizelge 4.23. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Güvenirlilik	Heveslilik
Tavsiye edildiği için /Sağlık ekibinin tanıdık olması	0,128	0,711
Tavsiye edildiği için /Ulaşılabilirliği	0,681	0,640
Tavsiye edildiği için /Acil hastalık nedeniyle	0,282	0,168
Tavsiye edildiği için /Yakın olduğu için	0,0001	0,001
Tavsiye edildiği için /Diğer	0,104	0,186
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Ulaşılabilirliği	0,937	0,766
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Acil hastalık nedeniyle	0,767	0,260
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Yakın olduğu için	0,006	0,002
Sağlık ekibinin tanıdık olması /Diğer	0,017	0,153
Ulaşılabilirliği /Acil hastalık nedeniyle	0,919	0,610
Ulaşılabilirliği /Yakın olduğu için	0,160	0,109
Ulaşılabilirliği /Diğer	0,173	0,174
Acil hastalık nedeniyle /Yakın olduğu için	0,082	0,209
Acil hastalık nedeniyle /Diğer	0,048	0,065
Yakın olduğu için /Diğer	0,001	0,004

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için , Sağlık ekibinin tanıdık olması, Ulaşılabilirliği, Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Algılanan SERVQUAL Fiziksel Özellikler, Güven, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için , Sağlık ekibinin tanıdık olması , Ulaşılabilirliği , Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Algılanan SERVQUAL Güvenirlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$). Yakın olduğu için grubunun Güvenirlilik puan ortalamaları Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması ve diğer gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,0001$, $p=0,006$), diğer grubunun Güvenirlilik puan ortalamaları Sağlık ekibinin tanıdık olması ve Acil hastalık nedeniyle gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,048$, $p=0,017$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların Sağlık kuruluşunu seçme nedeni Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması, Ulaşılabilirliği, Acil hastalık nedeniyle, Yakın olduğu için ve diğer gruplarının Algılanan SERVQUAL Heveslilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,011$). Yakın olduğu için grubunun Heveslilik puan ortalamaları Tavsiye edildiği için, Sağlık ekibinin tanıdık olması ve diğer gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,001$, $p=0,004$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.24. Araştırmaya Katılan Hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

		Beklenen					Genel Hizmet Kalitesi	
		Fiziksel Özellikler	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	Empati		
Algılanan	Fiziksel Özellikler	r	0,586	0,535	0,501	0,513	0,378	0,594
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Güvenirlilik	r	0,453	0,612	0,573	0,559	0,418	0,62
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Heveslilik	r	0,44	0,481	0,511	0,541	0,267	0,523
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Güven	r	0,568	0,539	0,548	0,576	0,355	0,608
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

	r	0,329	0,53	0,509	0,41	0,416	0,526
Empati	p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Genel Hizmet	r	0,547	0,625	0,612	0,599	0,427	0,664
Kalitesi	p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Beklenen Fiziksel özellik puanları ile Algılanan Fiziksel Özellikler ($r=0,586$ $p=0,0001$), Güvenirlilik, Heveslilik, Güven, Empati ve Genel Hizmet kalitesi puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Beklenen Güvenirlilik puanları ile Algılanan Fiziksel Özellikler , Güvenirlilik ($r=0,612$ $p=0,0001$), Heveslilik, Güven, Empati ve Genel Hizmet kalitesi puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Beklenen Heveslilik puanları ile Algılanan Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik ($r=0,511$ $p=0,0001$), Güven, Empati ve Genel Hizmet kalitesi puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Beklenen Güven puanları ile Algılanan Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Güven ($r=0,576$ $p=0,0001$), Empati ve Genel Hizmet kalitesi puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Beklenen Empati puanları ile Algılanan Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Güven, Empati ($r=0,416$ $p=0,0001$) ve Genel Hizmet kalitesi puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Beklenen Genel Hizmet Kalitesi puanları ile Algılanan Fiziksel Özellikler , Güvenirlilik, Heveslilik, Güven, Empati ve Genel Hizmet kalitesi ($r=0,664$ $p=0,0001$) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.25. Araştırmaya Katılan Hastaların Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutlarına Verdikleri Puanların Dağılımı

		N	Min.	Max.	Ort±SS
Fiziksel Özellikler	Klinik Binasının Hizmet Verilen Oda ve Salonlarının Fiziksel Donanımının Personelin ve Malzemelerinin Görünümü	200	5	60	22,22±7,92
Güvenirlilik	Kliniğin Vaat Edilen Hizmeti Güvenilir ve Kusursuz Bir Şekilde Sunabilmesi	200	5	70	23,98±8,31

Heveslilik	Kliniğin Müşterilere Yardım Etmek ve Hızlı Hizmet Sunmak Konusundaki İstekliliği ve Gönüllülüğü	200	5	30	17,45±5,32
Güven	Klinik Çalışanlarının Bilgisi,Nezaketi ve Müşterilerde Güven Duygusu Uyandırabilmesi	200	5	70	20,31±7,92
Empati	Kliniğin Müşterilere Kişisel İlgi Göstermesi ve İletişimde Duyarlılığı	200	5	40	15,89±6,72

Çizelge 4.26. Araştırmaya Katılan Hastaların SERVQUAL Skorları

SERVQUAL	Beklenen	Algılanan		Fark
Fiziksel Özellikler	4,64±0,43	4,48±0,49	SQ1	0,161±0,419
Güvenirlilik	4,61±0,42	4,37±0,49	SQ2	0,231±0,407
Heveslilik	4,60±0,46	4,42±0,49	SQ3	0,185±0,466
Güven	4,72±0,37	4,55±0,48	SQ4	0,169±0,406
Empati	4,49±0,57	4,28±0,55	SQ5	0,208±0,602
Genel Hizmet Kalitesi	4,61±0,37	4,42±0,43	SQGHK	0,191±0,333

Araştırmaya katılan hastaların vermiş oldukları puanlamalar doğrultusunda şekillenen çizelgede görüldüğü gibi grubun en yüksek SERVQUAL skoru “Empati” boyutuna ait bulunmuştur, sonuçların pozitif olduğu saptanmıştır. Skorların pozitif (+) olması nedeniyle dış Kliniğimizin hasta beklentilerini karşılayabildiği sonucuna varılmıştır.

4.11. Genel Yorum Diğer Çalışmalarla Karşılaştırma

İnsanlar sağlıklarında bir bozulma algıladıklarında çeşitli davranış biçimleri gösterirler. Sorunun ciddiyetine göre önce toplum içinde gözde olan çare arayışlarına yönelirler. Bu sürecin başarı ya da başarısızlığı onları bilimsel çare arayışına yöneltir. Tüm bunları belirleyen kişinin sağlıkla ilgili o zamana kadar edindiği deneyimdir. Sağlıkla ilgili bilgileri, inanışları, kaygıları, korkuları ve beklentileri içeren bu deneyim bütünsel olarak bireyin sağlık anlayışını oluşturur.

Hasta için uyulması gerekenler karşısında hekimler yeterince eğitilmemektedir ve günlük hekimlik uygulamalarında birçok yanlışlık yapılmaktadır. Hastanın sözünün kesilmesi, onun görüşlerine değer verilmemesi, beklentilerinin dikkate alınmaması bunların başlıcalarıdır (Peck, ve diğerleri., 2004: 1080-87; Perron, ve diğerler., 2003: 428). Literatürde hastaların beklentilerini, tercihlerini değerlendiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Perron, ve diğerleri., 2003: 428; Zebiene, ve diğerleri., 2004: 467). Bilhassa hasta merkezilik açısından hasta beklenti ve tercihlerini değerlendiren çalışmalar ise çok azdır. Ülkemizde ise konu hemen hemen hiç irdelenmemiş, üzerinde hiç durulmamıştır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçların tersine, Perron ve arkadaşlarının İsviçre’de farklı ülkelerden göç eden hastaların bulunduğu bir bölgede yaptıkları hasta beklentileri ve bu beklentilerin karşılanmasında hekimlerin algısının anket yoluyla araştırıldığı bir çalışmada, hekimlerin hasta beklentilerini algılamada eksiklikler yaşadığı, var olmayan hasta beklentilerini varmış gibi algıladıkları bulunmuştur (Perron, ve diğerleri., 2003: 428).

Hooper ve arkadaşlarının hasta beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı konusunda hasta ve doktorun fikir birliğini araştırma amacıyla yaptıkları bir çalışmada, reçete verme ve sevk hakkında iyi bir görüş birliğinin olduğu, buna karşın test isteme, öneride bulunma, yakınmaları açıklama, destek verme konusunda görüş birliğinin sağlanmadığı gösterilmiştir (Hooper, ve diğerleri., 2005: 26).

Sağlık kuruluşlarında yürütülen hizmetler doğası gereği hataya ve olumsuz sonuçlara açıktır. Bu kuruluşlara başvuran her hasta tamamen esenliğe kavuşamayabilir. Hatta bazen daha kötü sonuçlar da ortaya çıkabilir. Olumsuz sonuçlar bazı durumlarda kaçınılmazken bazen de hak ihlallerinden kaynaklanmaktadır. Hastanelerdeki bu ihlaller farklı nedenlerden kaynaklanmaktadır. Sağlık sisteminin yetersizlik ve yanlışlıkları bu nedenlerden birisidir. Sağlık kuruluşlarında yaşanan hak ihlallerinin diğer önemli nedenleri hastalardan ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan sorunlardır. Hastaların sağlık durumlarından kaynaklanan aşırı hassasiyet, sağlık alanındaki ve hakları konusundaki bilgi eksikliği, sağlık sistemine ve çalışanına karşı önyargısı gibi etkenler, hastalardan kaynaklanan hak ihlalleri nedenlerine örnek olarak verilebilir. Modern ekipmanlar, dış hekiminin ve yardımcı personelin yaklaşım biçimi, tedavi kalitesi, ağrı kontrolü, bekleme süresi, dış hekime ulaşabilme durumu, tedavi için ayrılan sürenin miktarı gibi faktörler hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir. Hasta memnuniyetinin, gelişen ve modernleşen dünyada ve insan haklarının hızla anlaşıldığı günümüzde her sektörde olan müşteri memnuniyeti ile aynı paralelde düşünülmesi gerektiğidir. Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, hasta memnuniyetlerini gözden geçirdikleri kalite yönetim politikasını, birimlere ve doktorlara kadar indirgemelidirler. Hasta memnuniyetini ölçmenin ve değerlendirmenin oldukça zor olmasına rağmen artan rekabet eğitim düzeyi ve iletişim çağımız sağlık sektörü açısından kaçınılmaz bir durumdur.

Henüz gelişmekte olan ağız ve diş sağlığı konusunda da alınması gereken çok mesafe olduğu düşünüldüğünde hasta memnuniyetinin bir kat daha önem kazandığını söylemek mümkündür. Tıp bilimiyle bağdaştığı sürece ve etik kuralları çerçevesinde hastaların istekleri de göz önüne alınmalı ve hekim-hasta ilişkisinde hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmelidir. Ülkemizde hasta memnuniyeti dünya standartlarında hizmet verebilmek amacı ile Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde, özellikle kamu hastanelerinde hasta memnuniyetini yükseltmek için çalışmalar sürdürülmesi gerekmektedir.

Son dönemde hasta hakları uygulamalarına yönelik ve döner sermaye gelirlerinin dağıtımında kat sayı belirlenmesi maksadıyla da hasta memnuniyeti araştırmaları yapılmaktadır.

Pehlivan ve arkadaşlarının Malatya da yapmış oldukları hasta memnuniyeti araştırmasında vardıkları sonuç hastaların, dışarıdan ilaç malzeme getirme, ücretlerin yüksekliği, yemekler ve temizlik hizmetlerinden şikayetçi oldukları, bilgi beceri ve nezaket konularında memnuniyetin az olduğudur (Pehlivan ve diğerleri 2001: 125).

Ertem ve arkadaşları tarafından yapılan ve 1. Ulusal Sağlık İdaresi kongresinde sundukları, Dicle Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Hasta Memnuniyeti araştırması sonuçları şöyledir: Genel olarak hastaneyi mükemmel ve iyi bulanların toplamı %81.6, bürokratik işlemlerin kolaylığını mükemmel ve iyi bulanların toplamı, %77.4, tetkikleri çabuk ve güvenilirliğini, mükemmel ve iyi bulanların toplamı %68.7, hekimlerin tutum ve davranışlarını mükemmel ve iyi bulanların toplamı %87.2, hemşirelerin tutum ve davranışlarını mükemmel ve iyi bulanların toplamı %83,1 olmuştur (Pehlivan ve diğerleri 2001: 125).

Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Genellikle de yüksek memnuniyet oranları görünmektedir. Fakat bu araştırmalarda elde edilen memnuniyet düzeyinin hastaların hangi düzeyde beklentilerinin karşılanmasıyla ortaya çıktığı belli değildir.

Yapılan bu çalışma kamu oyundaki hastanelerle ve sağlık hizmetleriyle ilgili tartışmalarla birlikte düşünülecek olursa sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili sorunların varlığına işaret ettiği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüz rekabetinde ayakta kalmayı ve başarıyı hedefleyen firmalar hizmet kavramı üzerine yoğunlaşmaktadırlar. Hizmet kavramının yaygınlaşmasında ve popülerliğinin artmasında üretim içerisinde hizmet sektörünün payının giderek büyümesi, teknolojik gelişmeler, refah seviyesindeki artış, müşteri menuniyeti ile hizmet kalitesi arasındaki yakın ilişki gibi faktörler önemli rol oynamaktadır.

Hizmetin soyut ve dinamik oluşu, stoklanamaması, saklanamaması, yaşam süresinin olmaması, sunulmadan kalite değerlendirilemesinin yapılamaması, verilen hizmetin üzerinde insan unsuru çok fazla oluşu, standartlaştırılmasının güçlüğü, talebe göre sunulması vb. yapısal özellikleri, önemi günden güne artan hizmet kavramı üzerine yoğunlaşan ve sunduğu hizmette müşteri memnuniyeti sağlayacak hizmet kalitesini ulaşmayı amaç edinen şirketlerin işlerini daha da zorlaştırmaktadır.

Hizmet kalitesi, müşteriye göre farklılık gösteren, hizmetin doğasından kaynaklı özellikler nedeniyle değerlendirilmesi ve ölçülmesi oldukça güç bir o kadar da önemli bir kavramdır. Çünkü ölçülemeyen bir kavramın kalitesinden, sürekliliğinden, standartlaştırılmasından bahsedilemez.

Tüm sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe de hizmet kalitesinin sağlanması ve geliştirilmesi günümüz rekabet ortamında başarıyı yakalamak ve sürekliliğini sağlamak isteyen işletmeler için önemli bir stratejidir.

İlk olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen Servqual (Service Quality) metodu, hizmet sektöründe kalitenin somut olarak ölçülebilmesinde yaygın olarak kullanılan bir metottur.

Metodun ana mantığı; bir işletmede sunulan hizmet kalitesinin, hizmetin kullanıcıları tarafından belirlenen olması gereken durumuyla, mevcut durumunun sayısal olarak karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Metotla ilgili belirtilmesi gereken bir konu, ölçekte kullanılan soru önermelerinin değişmez nitelikte olmadığıdır. Yani bütün işletmeler kendi bünyesel özelliklerini göz önüne alarak ölçmek istediği kalite boyutu özelliklerine göre kendi ölçeklerini oluşturabilmektedir.

Araştırma konusunun özel bir diş kliniğinde olması bakımından Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından belirlenen orijinal ölçeğe sadık kalınmıştır. Araştırma, özel bir diş kliniğine gelen hastalar üzerinde yapılmış olup, örneklem 200 kişiden oluşmaktadır. Özel diş kliniği hizmetlerine ilişkin beklenen ve algılanan kalite düzeyini ölçmek ve hizmet kalitesinin hastaların demografik ve sosyokültürel özellikleriyle olan ilişkisini incelemek amacıyla Servqual ölçeği kullanılarak yapılan bu araştırma sonucunda toplanan veriler analiz edilerek, kliniğin hastalar tarafından beklenen ve algılanan hizmet kalitesi puanları ve hizmet kalitesi boyut puanları belirlenmiş ve buna göre önemli sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet kalitesi düzeylerine bakıldığında Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati, Genel Hizmet Kalitesi SERVQUAL puanı ortalamaları yüksek bulunmuştur.
- Klinik Hizmeti Aldıktan sonra Algılanan SERVQUAL puan ortalamalarına bakıldığında Beklentiden daha fazla Algı ile ayrıldıkları tespit edilmiştir.
- Çizelge 4.8-4.9 da ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda, araştırmaya katılan hastaların algılanan ve beklenen hizmet kalitesi düzeylerinin SERVQUAL fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati ve genel hizmet kalitesi göre “cinsiyete” ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.
- Çizelge 4.10’de katılımcıların eğitim düzeyi okur-yazar, ilköğretim, lise ve üniversite grupların yalnız beklenen Fiziksel özellikler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiş olup ,diğer basamaklarda Güven, Güvenilirlik, Empati, Genel Hizmet Kalitesi, Heveslilik puan ortalamalarında farklılık tespit edilmiştir(Beklenen-Algılanan).Eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında doğru orantı vardır diyebiliriz.
- Çizelge 4.14’den de anlaşıldığı üzere, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin “sağlık güvencesinin olma” göre sağlık güvencesi olanlar fiziksel özellikler beklentisi varken,

diğer gruplar aynı çıkmıştır. Algılanan Hizmet kalitesine göre sağlık güvencelerine göre bakıldığında güvencesi olmayanlarda Güven puanı yüksek bulunmuştur.

- Çizelge 4. 16'da, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin “aylık gelir düzeyine” göre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan kısmi anlamlı bulunmuştur.
- Çizelge 4.20 ki veriler sonucunda, araştırmaya katılan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin “kliniği seçme nedenine” göre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan kısmi anlamlı bulunmuştur. “
- Çizelge 4.8 de Katılımcıların “yaş” grupları beklenen ve algılanan Servqual Fiziksel, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati ve Genel Hizmet Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir..

Özel bir diş kliniğinde yapılan çalışmamızda hastaların hasta merkezli klinik yöntemin temel bileşenleri konusundaki beklentilerinin yüksek olduğu, literatürde yer alan birçok çalışmanın tersine hastaların beklentilerinin büyük ölçüde karşılandığını düşündükleri, hekimlerin hasta beklentilerinin farkında olduğu ve hasta beklentilerini büyük ölçüde karşıladıklarını algıladığı gözlenmiştir.

Özel bir diş kliniğinde yapılan bu çalışmanın sonuçları, çalışmaya katılan hastaların diş kliniğine gelen hastalar olması nedeniyle programımızın değerlendirilmesine katkı sağlayıcı niteliktedir.

Bu bağlamda çalışma kapsamında gerçekleştirilen anketlerden elde edilen analiz sonuçları hastalarla yapılan yüz yüze görüşmelerden elde edilen bilgilere dayanılarak etkin ve kaliteli sağlık hizmetleri sunulması için genel olarak özel diş kliniklerine şu önerilerde bulunulabilir:

- Hastalara söz verilen hizmetlerin zamanında gerçekleştirilmesine dikkat edilmelidir.
- Doktorlar, hastalara sağlık durumları hakkında anlayabilecekleri sade bir dille bilgi vermeli, yapılacaklar konusunda fikirlerini almalı ve kararlara katılımlarını sağlamalıdır.
- Klinikler tam anlamıyla bir memnuniyet tesis etmek istiyorlarsa hizmet almakta olan kişinin tedaviye ilişkin bilgi düzeyinin artırılması yönünde bir çalışma yapmalıdır..
- Standart ve sürekli olarak hasta tatmini araştırmaları yapılmalıdır. Düzenli araştırmalar neticesinde tatmini azaltan veya tatminsizliğe yol açan nedenler belirlenmeli, gerekli hizmet iyileştirmeleri yapılmalı, kalite politikaları oluşturulmalı ve kalite standartları geliştirilmelidir.
- Sağlık hizmetleri sunumu konusundaki iyileştirmeler standartlar haline dönüştürülmelidir.
- Hastalar hekimle görüşmeye bir takım beklentilerle gelmektedir ve görüşme sonrasında bu beklentilerin karşılanıp karşılanmadığı konusunu değerlendirebilmektedirler.
- Hasta memnuniyeti araştırmaları hasta beklentileri araştırmalarıyla birlikte yapılarak, bulunan memnuniyet sonucunun hangi beklenti düzeyinde gerçekleştiğinin tespit edilmesi ve buna göre kliniğin kalite düzeyinin belirlenmesi gerekir.
- Klinikte çalışan personelin hastalara saygılı, kibar ve yardımcı olacak şekilde eğitim almaları sağlanmalı .

- Tıp bilimiyle bağdaştığı sürece ve etik kuralları çerçevesinde hastaların istekleri de göz önüne alınmalı ve hekim-hasta ilişkisinde hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmelidir.
- Diş kliniklerde hasta memnuniyetlerinin artmasında, klinik müşterisinin profili çıkarılarak başlanmalıdır.
- Sağlık sektörünün içinde bulunduğu sorunlardan bir plan içinde çıkarılması, hasta memnuniyetinde % 100 başarıya ulaşabilmek için, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve hasta memnuniyet ve şikâyetleri iyi analiz etmesi gerekmektedir.
- Etkin bir randevu sistemi geliştirilmeli, hastaların bekleme süreleri kısaltılmalıdır.
- Diş kliniği fiziksel donanımı yeni ve çağın gereklerine uygun olmalıdır.

Çalışmanın yapıldığı özel diş kliniğine başvuran hastalar, görüşme sonrasında hasta-hekim iletişiminin hemen her boyutundaki beklentilerinin karşılandığını düşünmektedirler.

Araştırmadan elde edilen bulguların genellenebilirliğini artırmak amacıyla; aynı araştırma ve benzer araştırmalar, daha fazla katılımcıya ve daha uzun bir zaman aralığına ulaşılarak yinelenabilir. İleri tarihli bir çalışmanın konusu olarak bu bulguların diğer kliniklerde yapılan analizlerle karşılaştırılıp hastaların en önem verdiği hizmet boyutu ortaya konabilir. Böylece yeni inşa edilecek veya yenilenme sürecine girecek özel kliniklerin hangi konulara daha çok önem vermeleri gerektiği konusunda yol gösterici olunabilir.

KAYNAKÇA

Akbaba, A. (2007). Hizmet Kalitesi - Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar *Hizmet İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Yaklaşımlar*, Ankara: Detay Yayıncılık.

Akbayrak, E., H., Ortadoğu Teknik Üniversitesi Kütüphanesi'nde Hizmet Kalitesi Ölçümü, *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akdağ, R. (2007) *Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kasım 2002-Haziran 2007*, Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı, Yayın no:713.

Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Aksakal, T. ve Bilgili, N. (2008) Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*, 30 (4), 242249.

Albrektsson, T. ve Zarb, G., Worthington, P.,Eriksson, A.R. (1986). The Long-Term Efficacy of Currently Used Dental Implants: A Review and Proposed Criteria of Success. *The International journal of oral & maxillofacial implants*, 1 (1).

Altan,Y. Kerman, U., Demirgil, H., Büyüksavaş, A. (2003), "Özel Hastanelerin Yönetsel Sorunları Üzerine Bir Araştırma:Antalya ve Isparta Örneği",*SDÜ İİBF Dergisi*, C.16, S.1.

Altay, A. (2005) "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi" *Sayıştay Dergisi*, 64.

Altunışık, R. (2004). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Spss Uygulamalı*, Sakarya: Sakarya Kitabevi.

Aral A, Beder O, Batislam Y, Oğuz M, Özberrak H, Eren NT, Taşöz R, Uçanok K, ve Akalın H. (1996).Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının, Aorto-Koroner By-Pass Operasyonu Geçiren Hastalarda Postoperatif Dönemde Mortalite, Morbidite ve

Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Medical Network Klinik Bilimler Cerrahi*. 2(6):132-136.

Ardıç, K. (2000). Reklamlarda Vurgulanan Ürün ve Hizmet Kalitesi Boyutlarının Belirlenmesi ve Bir Uygulama, *Pazarlama Dünyası*, Temmuz Ağustos.

Aslantekin, F., Göktaş B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Doktor Ekrem Üstündağ, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. C.2,S.6.

Atan, M., Baş, M. ve Tolon, M. (2006). Servqual Analizi ile Süpermarketlerde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2.

Atchison, K.A. ve Dolan, T.A. (1990). *Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index*. *Journal of dental education*, 54 (11).

Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği*. İstanbul: Beta yayıncılık.

Babakuş, E. ve Boller, G.W. (1992). An Emprical Assesment of the Expectations of Service Quality, *Journal of Service Marketing*. Vol.14, No:1.

Baumann C, Rat AC, Osnowycz G, and Mainard D. (2006). Do clinical presentation and preoperative quality of life predict satisfaction with care after total hip or knee replacement? *J Bone Joint Surg Am Br* 88.

Bloemer J and Ruyter, K. (1999). Costomer Loyalty in High and Low Involvement Service Settings: *The Moderating Impact of Positive Emotions*, in *Journal of Marketing Management* 15(4).

Brennan, M., Houston, F., O'Sullivan M. and O'Connell, B. (2010). Patient Satisfaction and Oral Health-Related Quality of Life Outcomes of İmplant Overdentures and Fixed Complete Dentures. *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 25 (4).

Bullinger, M. (1997). Health related quality of life and subjective health. Overview of the status of research for new evaluation criteria in medicine. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 47 (3-4).

Bullinger, M. (2002) Assessing Health Related Quality Of Life In Medicine. An Overview Over Concepts, Methods And Applications In International Research. *Restorative neurology and neuroscience*. 20 (3-4).

Bülbül, H. ve Demirer, Ö. (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri Servqual ve Serperf'in Karşılaştırmalı Analizi. Konya: *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20.

Chakrabarty, S., D. Whitten and K. Green. (2007-2008). Understanding Service Quality and Relationship Quality in Is Outsourcing: Client Orientation & Promotion, Project Management Effectiveness, And The Task Technology Structure Fit". *Journal Of Computer Information Systems*.1.

Corson, M.A., Boyd, T., Kind, P., Allen, P.F. and Steele, J.G. (1999) Measuring Oral Health: Does Your Treatment Really Make a Difference. *British dental journal* 187 (9).

Cunningham, S.J. and Hunt, N.P. (2001) Quality of Life and Its Importance in Orthodontics. *Journal of orthodontics*. 28 (2).

Çatalca, H. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.

Çoruh, M. (1998). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.

Day, Ronald G. (1998). *Kalite Fonksiyon Yayılımı-Bir Şirketin Müşterileri İle Bütünleştirilmesi*, (Çev: Enternasyonel Tercüme Hizmetleri). İstanbul: Cem Ofset.

Demir, S. (2008). Hastane Hizmet Kalitesi Algılarında Farklılaşmaya Yol Açan Sebeplerin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.

Demirkıran, S. (2012). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul.

Deniz, C. S. (2004). *Hizmet Kalitesi- Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı*. İstanbul: Kalder Yayınları No:34.

Donabedian, A. (2003) *Avedis, An Introdiction to Quality Assurance in Healthy Care*, New York: Oxford University Prese.

Elroy, W.M. (2003). Combining Perceptual and Behavioral Data For Reporting Overall Web Site Performance”, *Journal of Online Research*.

Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik*, 4/1.

Ersoy, T. (1998). *İatokrasi ve Kültür*, İstanbul: Sorun Yayınları.

Ertem, M. (2000). Oto Remzi, Karayel Pakize Dicle Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Hasta Memnuniyeti Araştırması, Ankara: 1. Ulusal Sağlık İdaresi, Kongresi Bildiriler Kitabı.

Esat, A.E. Ersoy, K.(1996). *Hasta Tatnininin Ölçülmesi. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London.

Gift HC, (1995). Atchison KA Oral Health, Health, And Health-Related Quality Of Life. *Med Care*, 33 (Suppl 11).

Görgen, Ö.Ç. (2000). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Servislerinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına Yönelik Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı.

Günel, M. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Hayran, O. Haydar S. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Yayım.

Hills R, Kitchen S. (2007). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: exploring the concept of satisfaction. *Physiother Theory Pract* 23.

Hooper R, Rona R J, French C, Jones M, Wessely S. (2005). Unmet expectations in primary care and the agreement between doctor and patient: a questionnaire study. *Blackwell Publishing Ltd health expectations*. 8.

- Illich, İ. (1995). *Sağlığın Gasplı*, Çev. Süha Sertabiboğlu, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Inglehart MR. (2002). Bangramian RA. Oral healthy related quality of life: an introduction (Chapter 1) In: Inglehart MR, Bangramian RA. Oral Health Related Quality of Life. *Quintessence Publishing Co Inc*. Chicago, 1-6.
- Johnson WT., Leary JM. (1988). Management of dental patients with bleeding disorders: review and update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 66(3).
- Jones CA, Voaklander DC, Johnston DW, Suarez-Almazor ME. (2000). Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. *J Rheumatol*, 27.
- Judith, S.R. (1992). Trumbo and ROSS Johnson; Quality Assurance in Healty Care Services, *ASQC Quality Pres*, Milwoukee, Wisconsin.
- Kardeş S. (1997) Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performnas Ölçümü Sempozyumu, 1-2 Kasım 1996, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: Yeni Forsa Matbaacılık.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kayış, A. (2006), Güvenilirlik analizi., Ş. Kalaycı (Ed.), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* , Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kerlinger, F. (1992). “Foundations of Behavioral Research”, New York: Harcourt Brace Collage.
- Kida, I.A., Astrom, A.N., Strand, G.V., Masalu, J.R.,Tsakos, G. (2006). Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performance (OIDP) in a population of older Tanzanians. *Health and quality of life outcomes*. 4, 56.

Koç, Ö. (2006). İstanbul ilindeki ISO 9001:2000 Belgesi Alan Sağlık Bakanlığı Hastanelerindeki Üst Düzey Yöneticilerin Kalite Anlayışı. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Koçbek, A.D. (2005). Yiyecek İçecek Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti: Etnik Restoranlara Yönelik Bir Araştırma. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Pazarlama Bilim Dalı.

Konya, Ü. (1998). Bilgi Kütüphane Araştırmaları. Konya: *Kütüphanecilik Dergisi*. Cilt (C.)6.

Kostak, F. (2007). Kalite Yönetim Sistem ve Türkiye’de Uygulanması, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kuzu, A. (2010). Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: Servqual Uygulaması, *Doktora Tezi*. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Locker, D. (1988) Measuring Oral Health: A Conceptual Framework. *Community dental health*. 5 (1).

Marşap, A. (2014). *Sağlık İşletmelerinde Kalite, Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mümekeklikte Süreklilik*. İstanbul: Beta yayın.

McGrath, C., Bedi, R. (2001). An Evaluation Of A New Measure Of Oral Health Related Quality Of Life--OHQoL-UK(W). *Community dental health*. 18 (3)

Mohammad, G. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz le Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama, *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı.

Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T et al. (2006). Oral Health Status And Health Related Quality Of Life: A Systematic Review. *J of Oral Science* 48(1).

Nusret H. Fişek, (1983). *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi. Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı yetiştirme Merkezi yayını, Yayın No:2.

Odabaşı, Y. (1994). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.

Odabaşı, Y. (2013). *Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi*, İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Okumuş A.; Duygun A. (2008), “Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Algılanan Hizmet Kalitesi İle Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki”, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 8, Sayı 2.

Onur, T. (2007). *Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri*. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Orley J.; Kuyken W. (1993). *Quality of Life Assessment: International Perspectives. Proceedings of The Jointmeeting Organized by the WHO and the Foundation IPSEN in Paris.*

Öksüz E. (2005). Malhan S. *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi- Kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi.

Özatkan, Y. (2008). *Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği*, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özevren, M. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Alfa Basım.

Özgirgin K (1996). *Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimine Geçiş. Ulusal Kalite Kongresi (Kongre Kitabı)*. İstanbul 13-14 Kasım.

Özgül, E. ve Devebakan, N. (2005). *Üniversitelerde SERVQUAL Tekniği İle Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Yönetim Bilimleri Dergisi, 2.*

Özsoy A.S., BAYık A., Erefe İ., Uysal A., Ergül Ş., Özer M. (2000)."Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Sağlık Hizmetlerinde Ekip Kavramına İlişkin Görüşlerinin Saptanması" *I. Uluslar arası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi*.

Öztek, Z. (2000). "Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", Ankara: Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt 31, Sayı 1.

Öztek, Z. ve Eren, N. (1997). "Sağlık Yönetimi", *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını.

Papatya, G., Papatya, N., Hamşioğlu, A.B. (2012) Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Kırıkkale: *Kırıkkale Üniversitesi SBED. C.2, S.1.*

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Berry, L. L. (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49.

Parasuraman, A.,Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L. (1988). SEVQUAL: A Multiple-ItemScaleforMeasuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 1, 12-40.

Patrick, D.L.,Chiang, Y.P. (2000) Measurement Of Health Outcomes in Treatment Effectiveness Evaluations: Conceptual and Methodological Challenges. *Medical care*. 38 (9 Suppl), II 14-25.

Peck B M, Ubel A, Roter D L, Goold S D, Asch D A, Jeffreys A S, (2004). Grambow S C, Tulsy J A. Do Unmet Expectations for Specific Tests, Referrals, and New Medications Reduce Patients' Satisfaction?. *J Gen Intern Med* 19.

Pehlivan, E. ve diğerleri. (2001) Malatya'da Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Hasta Memnuniyeti. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 8 (2).

Perron N J, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. (2003). Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Family Practice*. 20.

- Rahman, S., Erdem, R. ve Devebakan, N. (2007). Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., Bullinger, M. (2006) Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations. *PharmacoEconomics*, 24 (12).
- Revicki DA. (1989). Health-related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness (abstract). *J Fam Pract*, 29(4).
- Rosander, A. C. (1989). *The Quest for Quality in Services*. Milwaukee: ASQC Quality Press.
- Saat, M. (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. Sayı 3.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara.
- Sargutan, E. (1993). *Türk Sağlık Sektörünün Yapısı*, Ankara: Sağlık-İş Yayınları.
- Sarıyer, N. (1996). Belediye Hizmet Pazarlaması, *Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*. (YYBT), Kayseri: Erciyes Üniversitesi (EÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Saybaşıh, K. (1994). *Özelleştirme Tanışmaları*, İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Schmidt, S., Bateman, I., O'Reilly, J. B. ve Smith, P. (2006). *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 19, No. 2.
- Sevimli, S. (2006). Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Araştırma. Tezli Yüksek Lisans Programı. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Endüstri İşletmeciliği.
- Sezgin, B. (1998). Acil Servise Başvuran Hastaların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. E.Ü. SBE.

Shahin, A. (2004). Integration of FMEA and the Kano Model: An Exploratory Examination. *International Journal of Quality & Reliability Management*. Vol. 21 No. 7.

Strauss, R.P., Hunt, R.J. (1993) Understanding The Value of Teeth to Older Adults: Influences On The Quality Of Life. *Journal of the American Dental Association*. 124 (1).

Şahin, B. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları*. Eskişehir: Sağlık Kurumları Pazarlaması. (Ed.B.Şahin).

Tanrıverdi, H., Erdem, Ş. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin Düzeyi Arasındaki ilişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. Kocaeli: *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*.

Tatlışen A, Yılmaz U, Doğan A, Karacagil M, Gülmez İ ve Emekçioğlu O. (1996). Mesane kanseri olgularında radikal sistektomi deneyimimiz. *Erciyes Tıp Dergisi*, 18(3-4).

Taylor, A.S and Cronin, J.Y. (1994). Modelling Patient Satisfaction and Service Quality. *Journal of Health Care Marketing*. 14:4, No:1, p: 34.

TCSB, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü.

Tears, K. R. (1993). Expectation, Performance Evaluation and Consumers. *Perception of Quality Journal of Marketing*. 57(4).

Tengilimoğlu, D, Işık, O. ve Akpolat, M. (2009). *Sağlık işletmeleri Yönetimi (2 Baskı)*. Ankara: Nobel Yayınevi.

Tengilimoğlu, D. (2001). Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler, Ankara: Gazi Kitapevi.

The WHOQOL Group. (1996). *What Quality of Life*. *World Health Forum*. 17.

Tokat, M. (1998) Sağlık Ekonomisi, Eskişehir: A.Ü. AÖF, İş İdaresi.

Torrance GW. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life (abstract). *J Chronic Dis*. 40(6).

Turan, N. (2004). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, Eskişehir: Anadolu Üni. İİBF Yayın.

Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö.R. ve Üzgül, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği) Ankara: *Ankara Üniversitesi(AÜ), Tıp Fakültesi Mecmuası*, C.57, S.4.

Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. (2009). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS İle Veri Analizi*. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.

Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi*, İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

Üner, M. (1994). *Pazarlama Dünyası*. Ankara: Özkan Yayıncılık.

Veyrone, J.L., Tubert-Jeannin, S., Dutheil, C. and Riordan, P.J. (2005) .Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. *Gerodontology*. 22 (1).

Whitehead M. (2001). *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, Ankara.

Yentürk, N. (2008). *Türkiye Ekonomisi* (1.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. Ünite 6.

Yılmaz M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,5.

Yılmaz, M. (2007). Mukozit yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 4 (17).

Yumuşak, N.U. (2006). Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler: Uşak Ticaret Ve Sanayi Odası Uygulaması. *Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme ABD. Yönetim ve Organizasyon Programı.

Yükçü, S. (1999). “Kalite Maliyetlerinin Muhasebeleştirilmesi”, İzmir: Anadolu Matbaacılık.

Zebiene E, Kairys J and Zokas I. (2004). Influence of patient’s social and demographic characteristics on patient’s expectations for medical consultation. *Medicina (Kaunas)*. 40(5).

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. ve Berry L. L, (1990). *Delivering Service Quality: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. 21, New York, The Free Pres.

İNTERNET KAYNAKLARI

<http://193.255.140.18/Tez/0069744/Metin.pdf>(19 Ağustos 2015).

Yased (2012), *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*. Erişim Tarihi: 11/08/2013,
http://www.yased.org.tr/webportal/Turkish/haberler/basin_bultenleri/Documents/YASED_Saglik_Sektoru_Raporu.pdf.

<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/596.pdf>. (8 Ağustos 2015).

<http://tader.org/tader53/Aralik2007-64-67.pdf> (19 Haziran 2015)

<http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?> (19 Temmuz 2015).

<http://www.toplumdusmani.net/modules/wordbook/entry.php?entryID=7821/saglik-hizmetleri-nedir+saglik-hizmetleri-ne-demek> (27 Haziran 2015).

<http://www.who.int/whr/2000/>

<https://www.google.com.tr>. (10 Ağustos 2015).

<https://www.saglik.nedir.com>. (19 Haziran 2015).

<https://www/http://saglik.nedir.com>. (19 Haziran 2015).

Tonta Y. yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/courses/fall2007/sb5002/.(5 Ağustos 2015).

EKLER

ÖZEL DIŞ KLİNİĞİNE GELEN HASTALARDA BEKLENEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU

EK 1.

Sayın anket yanıtlayıcısı, Bu anket, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı çerçevesinde hazırlanan tez çalışmasında kullanılmak amacı ile hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, özel diş kliniklerinde beklenen ve algılanan hizmet kalitesini belirlemektir. Anketler başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katılımınız ve ilginiz için teşekkür ederiz.

Ladise HAS

ArelÜniv.Yüksek Lisans Öğrencisi

ANKET SORULARI

1.Yaşınız:

18-25 26-35 36-45 46-54 55+

2. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

3.Eğitim düzeyiniz?

Okur-yazar değil İlköğretim Lise Üniversite

4. Mesleğiniz?

İşçi Memur Emekli Serbest Ev hanımı

5. Medeni haliniz?

Evli Bekar

6. Sağlık güvenceniz?

Var Yok

7. Aylık geliriniz ne kadar ?

500-1000 TL 1001-2000 TL 2001-4000 TL 4000+

8. Bu kliniği seçme nedeniniz?

- Tavsiye edildiği için
- Sağlık ekibinin tanındık olması
- Ulaşılabilirliği
- Acil hastalık nedeniyle
- Yakın olduğu için
- Diğer.....

9. Herhangi bir Diş sorunuzda tekrar bu kurumu seçer misiniz?

Evet Hayır

10. Kliniğimizi önerir misiniz?

Evet Hayır

11. Hayır ise nedenini belirtir misiniz?

EK 2.

Bu bölümde kliniğimizde verilen hizmetin, hasta olarak ve tecrübelerinize dayanarak, mükemmel kalitede hizmet veren bir diş kliniğinin özelliklerine ne ölçüde sahip olması gerektiğini düşününüz. Alttaki ölçeği kullanarak her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi belirtiniz .

(1:KesinlikleKatılmıyorum,2:Katılmıyorum,3:Kararsızım,4:Katılıyorum,5:Kesinlikle Katılıyorum).

E1. Klinikler teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahip olmalıdır.	1	2	3	4	5
E2. Kliniklerin binaları görsel olarak çekici olmalıdır.	1	2	3	4	5
E3. Klinik çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	1	2	3	4	5
E4. Kliniklerin sundukları hizmetin yanı sıra sundukları ek hizmetler de çekici olmalıdır.	1	2	3	4	5
E5. Klinikler vaat ettikleri hizmeti zamanında yerine getirmelidir.	1	2	3	4	5
E6. Hastaların bir problemi olduğunda klinik çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakın olmalıdır.	1	2	3	4	5
E7. Klinikler hizmeti ilk anda yerine getirmelidir.	1	2	3	4	5
E8. Klinikler vaat ettikleri hizmeti zamanında yerine getirmelidir.	1	2	3	4	5
E9. Klinikler kayıt ve faturalama işlemlerinde dürüst ve güvenilir olmalıdır.	1	2	3	4	5
E10. Klinik çalışanları hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklamalıdır.	1	2	3	4	5
E11. Klinik çalışanları hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunmalıdır.	1	2	3	4	5
E12. Klinik çalışanları hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllü olmalıdır.	1	2	3	4	5
E13. Klinik çalışanları, hastaların isteklerine hemen cevap vermelidir.	1	2	3	4	5
E14. Kliniklerde hastalar çalışanlarla ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmelidir.	1	2	3	4	5
E15. Hastalar aldıkları hizmete ilişkin güven duymalıdır.	1	2	3	4	5
E16. Klinik çalışanları hastalara karşı her zaman saygılı ve nazik olmalıdır.	1	2	3	4	5
E17. Klinik çalışanları işlerini iyi yapabilmek için işverenlerinden uygun ve yeterli desteği	1	2	3	4	5

E18. Klinik çalışanları her hastayla tek tek ve kişisel olarak ilgilenmelidir.	1	2	3	4	5
E19. Klinik çalışma saatleri hasta ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir.	1	2	3	4	5
E20. Klinik çalışanları hastalara özel ilgi göstermelidir.	1	2	3	4	5
E21. Klinik çalışanları hastaların çıkarları ile candan ilgilenmelidir.	1	2	3	4	5
E22. Klinik çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlamalıdır.	1	2	3	4	5

EK 3.

Bu bölümde kliniğimizden almış olduğunuz hizmetin kalitesinin ölçülmesi planlanmıştır. Buna göre; Alttaki ölçeği kullanarak her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi belirtiniz

1: Kesinlikle Katılmıyorum,

2: Katılmıyorum ,

3: Kararsızım,

4: Katılıyorum,

5: Kesinlikle Katılıyorum.

P1. Özel diş kliniği teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir.	1	2	3	4	5
P2. Özel diş kliniği binaları görsel olarak çekicidir.	1	2	3	4	5
P3. Özel diş kliniği çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
P4. Özel diş kliniği sundukları hizmetin yanı sıra sundukları ek hizmetlerde çekicidir.	1	2	3	4	5
P5. Özel diş kliniği vaat ettikleri hizmeti yerine	1	2	3	4	5
P6. Özel diş kliniği çalışanları bir problem olduğunda güven verici, ilgili ve cana yakındır.	1	2	3	4	5
P7. Özel diş kliniği hizmeti ilk anda yerine getirir.	1	2	3	4	5
P8. Özel diş kliniği vaat ettiği hizmeti zamanında yerine getirir.	1	2	3	4	5
P9. Özel diş kliniği kayıt ve faturalama işlemlerinde dürüst ve güvenilirdir.	1	2	3	4	5

P10. Özel diş kliniği çalışanları hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.	1	2	3	4	5
P11. Özel diş kliniği çalışanları hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunar.	1	2	3	4	5
P12. Özel diş kliniği çalışanları hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllüdür.	1	2	3	4	5
P13. Özel diş kliniği çalışanları, hastaların isteklerine hemen cevap verir	1	2	3	4	5
P14. Özel diş kliniği hastalar çalışanlarla ilişkilerinde kendilerini güvende hisseder.	1	2	3	4	5
P15. Özel diş kliniği hastalar aldıkları hizmete ilişkin güven duyar.	1	2	3	4	5
P16. Özel diş kliniği hastane çalışanları hastalara karşı her zaman saygılı ve naziktir.	1	2	3	4	5
P17. Özel diş kliniği islerini iyi yapabilmek için işverenlerinden uygun ve yeterli desteği alır.	1	2	3	4	5
P18. Özel diş kliniği çalışanları her hastayla tek tek ve kişisel olarak ilgilenir.	1	2	3	4	5
P19. Özel diş kliniği çalışma saatleri hasta ihtiyaçlarına göre düzenlenir.	1	2	3	4	5
P20. Özel diş kliniği çalışanları hastalara özel ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
P21. Özel diş kliniği çalışanları hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve	1	2	3	4	5
P22. Özel diş kliniği çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.	1	2	3	4	5

EK 4.

Aşağıda Diş klinikleri ve verdikleri hizmetlerle ilgili bazı özellikler verilmiştir. Bir hastanenin hizmet kalitesini değerlendirirken bu özelliklerin sizin için taşıdıkları önem derecelerini düşünerek toplam 100 puanı bu özellikler arasında size ifade ettikleri önemle orantılı olarak dağıtınız.

•Klinik binasının, hizmet verilen oda ve salonlarının, fiziksel donanımının, personelin ve malzemelerinin görünümü	()
• Kliniğin vaat edilen hizmeti güvenilir ve kusursuz bir şekilde sunabilmesi	()
• Kliniğin müşterilere yardım etmek ve hızlı hizmet sunmak konusunda ki istekliliği ve gönüllülüğü	()
• Klinik çalışanlarının bilgisi, nezaketi ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilmesi	()
• Kliniğin müşterilere kişisel ilgi göstermesi ve iletişimde duyarlılığı	()
TOPLAM:	100

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ladise HAS

Doğum Yeri :Kırıkkale

Doğum Tarihi : 12/04/1969

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrenimi : Arel Üniv. Hastane ve Sağlık Kurumları
Yönetimi

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce (az)

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

- a) Yayınlar -SCI -Diğer :’’Elsevier-Article Status’’(Sosyal ve Ekonomik Faktörlerin Ağız ve Diş Sağlığına Etkileri)
- b) Bildiriler -Uluslararası -Ulusal :İstanbul Üniversitesi World Conference On Technology,İnnovation And Entrepreneurship.(Sosyal ve Ekonomik Faktörlerin Ağız ve Diş Sağlığına Etkileri)
- c) Katıldığı Projeler

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl : 1988-1990 Kuşadası Kız Meslek Lisesi Çocuk Gelişimi
Eğitimi Öğretmeni

1990-1997 Kuşadası Kız Meslek Lisesi Bölüm Şefi

1997-2000 İstanbul Bahçelievler Siyavuşpaşa Kız Teknik ve Anadolu Meslek Lisesi
Uzman Öğretmen

2000-2003 İstanbul Bahçelievler Siyavuşpaşa Kız Teknik ve Anadolu Meslek Lisesi
Bölüm Şefi

2003-2005 İstanbul Bahçelievler Siyavuşpaşa Kız Teknik ve Anadolu Meslek Lisesi
Teknik Müdür Yardımcısı

2005-2006 Bağcılar Alaattin Nilüfer Kadayıfçıoğlu Kız Meslek Lisesi Kurucu
Müdür

2006-2007 İstanbul Bahçelievler Siyavuşpaşa Kız Teknik ve Anadolu Meslek Lisesi
Müdür Yardımcısı

2007-2009 İstanbul Bahçelievler Siyavuşpaşa Kız Teknik ve Anadolu Meslek Lisesi
Müdür BaşYard.

2009-2010 İstanbul Bahçelievler Siyavuşpaşa Kız Teknik ve Anadolu Meslek Lisesi
Okul Müdürü

2010-2011 Küçükçekmece Atatürk Kız Teknik ve Meslek Lisesi Okul Müdürü

2011-2014 Beşiktaş Levent Natuk Birkan Halk Eğitimi Merkezi Okul Müdürü

2014-Estetik Diş idari işler yöneticisi.

İLETİŞİM

E-posta Adresi : hasladise@hotmail.com