

Yatan Hasta Kalite Algısının SERVQUAL Temelli Analiz ve Kalite Fonksiyonu
Yayımları İle Değerlendirilmesi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama

Şeyda Kaya

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı

Ocak 2014

Evaluation of Inpatients Perceptions by SERVQUAL Based Analysis and Quality
Function Deployment: A Case Study for Eskişehir State Hospital

Şeyda Kaya

MASTER OF SCIENCE THESIS

Department of Industrial Engineering

January 2014

Yatan Hasta Kalite Algısının SERVQUAL Temelli Analiz ve Kalite Fonksiyonu
Yayımları İle Değerlendirilmesi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama

Şeyda Kaya

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Fen Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Yönetmeliği Uyarınca
Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı
Endüstri Mühendisliği Bilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Doç. Dr. Ezgi Aktar Demirtaş

Ocak 2014

ONAY

Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şeyda KAYA'nın YÜKSEK LİSANS tezi olarak hazırladığı “Yatan Hasta Kalite Algısının Servqual Analizi ve Kalite Fonksiyonu Yayılımı İle Değerlendirilmesi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama” başlıklı bu çalışma, jürimizce lisansüstü yönetmeliğin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Danışman : Doç. Dr. Ezgi Aktar DEMİRTAŞ

İkinci Danışman : -

Yüksek Lisans Tez Savunma Jürisi:

Üye : Doç. Dr. Ezgi Aktar DEMİRTAŞ

Üye : Prof. Dr. Nimetullah BURNAK

Üye : Prof. Dr. Fatma PAKDİL

Üye : Doç. Dr. İnci SARIÇİÇEK

Üye : Yrd. Doç. Dr. Aykut ARAPOĞLU

Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nimetullah BURNAK

Enstitü Müdürü

ÖZET

Küresel dünya düzeninin getirmiş olduğu sıkı rekabet koşulları, maliyete verilen önemin artması ve değişen müşteri ihtiyaçları sağlık işletmelerini derinden etkilemektedir. Sağlık işletmesi olan hastanelerin de rekabet ortamında öne çıkabilmeleri için, kaliteli ve hastaların beklentilerine uygun hizmet sunarak hatta; hizmet tasarımlarını hasta beklentilerine göre yaparak hastalarını memnun edebilmeleri gerekmektedir. Bu anlayışı benimseyen hastaneler, hasta beklentileri doğrultusunda sundukları hizmetleri ile memnuniyeti ve devamında müşteri bağlılığını sağlayabilmekte; bu da hastanelere karlılık olarak geri dönmektedir.

Bu çalışmada, Eskişehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yataklı sağlık hizmeti alan 320 hastadan “Yatan Hasta Memnuniyet Anketi’ndeki önermeleri 5’li Likert ölçeğine göre değerlendirmeleri istenmiştir. Veriler SPSS 16.0’a girilerek, algılanan ve beklenen hizmet kalitesi düzeyleri ile hizmet kalitesi boyutlarının SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. Servisler algılanan kalite düzeyleri açısından birbiriyle karşılaştırılmış, algılanan kalite düzeylerinin demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği ve hastaların hastaneyi tercih etme nedenleri incelenmiştir. SERVQUAL temelli analiz sonuçlarından hareketle hasta istek ve beklentileri belirlenerek, Kalite Fonksiyonu Yayılımı ile hastane yönetimine hizmet kalitesinin geliştirilmesine yönelik iyileştirme önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Hizmet Kalitesi, Beklenen Hizmet Kalitesi, Hizmet Kalitesi Ölçümü, Müşteri Memnuniyeti, Müşteri İlişkileri Yönetimi, Sağlık Hizmeti, SERVQUAL Modeli, Kalite Fonksiyonu Yayılımı, Kalite Evi

SUMMARY

Hard competition conditions of global world, increasing importance of costs and the change in customer demands affects health care businesses profoundly. For the healthcare-run hospitals to be able to stand out in the competitive environment, it is necessary for them to satisfy their patients' expectations by offering high quality services and even by making further improvements in their service design. Those hospitals that adopt such styles are able to achieve customer loyalty and satisfaction through meeting and considering their expectations which in turn brings along profitability.

In this study, 320 patients who received a treatment in general surgery and internal medicine services of Eskişehir State Hospital were asked to evaluate the propositions of "Inpatients Satisfaction Survey" by using 5 point Likert. The perceived and expected service quality levels of the hospital and the SERVQUAL scores of the service quality dimensions were computed by using SPSS 16.0 software. Services were compared with each other in terms of their levels of perceived quality. By means of this comparison, the relationship between the perceived quality levels and demographic characteristics and the reason of hospital choice were investigated. By considering the results of SERVQUAL based analysis, the needs and expectations of the patients were identified and by means of Quality Function Deployment, relevant recommendations were made to hospital management in order to improve their service quality.

Keywords: Perceived Service Quality, Expected Service Quality, Service Quality Measurement, Customer Satisfaction, Customer Relationship Management, Healthcare Service, SERVQUAL Model, Quality Function Deployment, House Of Quality

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmalarımı yürütürken manevi destek vererek tüm sorunlarımı sabırla dinleyen, yardımlarını hiçbir şekilde benden esirgemeyen, gerek derslerimde ve gerekse tez çalışmalarımda, bana danışmanlık ederek, beni yönlendiren ve her türlü olanağı sağlayan danışmanım Sayın Doç. Dr. Ezgi Aktar DEMİRTAŞ'a katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu araştırmanın hazırlanmasında, yoğun çalışma temposu içinde zaman ayırarak çalışmamı destekleyen, Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışmanın yapılmasına izin veren ve hiçbir yardımını esirgemeyen Başhekim Yardımcısı Sayın Dr. Mehmet EROĞUL'a, tezimin araştırma bölümündeki yardımlarından dolayı Kalite Yönetim Birimi'ne ve tüm hastane çalışanlarına çok teşekkür ederim.

“2210-Yurtiçi Yüksek Lisans Burs Programı” kapsamındaki desteğinden dolayı TUBİTAK BİDEB'e çok teşekkür ederim.

Tezimin araştırma bölümündeki yardımlarından dolayı Söğüt Devlet Hastanesi Başhekimi Sayın Op. Dr. M. Burak ÖZTOP'a ve Sayın Dr. T. Tarkan KAYA'ya çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans tez savunma jürisi üyeleri olan Prof. Dr. A.Nimetullah BURNAK, Prof. Dr. Fatma PAKDİL, Doç. Dr. İnci SARIÇİÇEK ve Yrd. Doç. Dr. Aykut ARAPOĞLU'na çok teşekkür ederim.

Tez çalışmalarım süresince maddi ve manevi yardımlarını benden hiçbir zaman esirgemeyen aileme çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	v
SUMMARY	vi
TEŞEKKÜR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
2.MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ KAVRAMLARI	5
2.1.Müşteri İlişkileri Yönetimi	5
2.1.1.Müşteri ilişkileri yönetiminin amaçları	7
2.1.2.Müşteri ilişkileri yönetiminin yararları	8
2.2.Hizmet Kavramı	9
2.3.Hizmet Kalitesi Kavramı	11
2.3.1.Hizmet kalitesi boyutları	12
2.3.2.Hizmet kalitesini ölçmeye yarayan modeller	14
<u>2.3.2.1.Algılanan hizmet kalitesi (GRÖNROOS modeli)</u>	<u>15</u>
<u>2.3.2.2.SERVQUAL hizmet kalitesi modeli</u>	<u>16</u>
<u>2.3.2.3. SERVPERF (Service Performance) hizmet kalitesi modeli.....</u>	<u>21</u>

İÇİNDEKİLER (devam)

Sayfa

3.SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HASTA MEMNUNİYETİ VE HİZMET KALİTESİ	22
.....	
3.1.Sağlık Hizmeti Veren İşletmelerde Müşteri Kavramı	22
3.2.Sağlık Hizmeti Veren İşletmelerde Hasta Tatmini ve Önemi	24
3.3.Sağlık Hizmeti Veren İşletmelerde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	28
3.4.Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Önemi	31
3.5.Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesi Üzerine Yapılan Çalışmalar	34
4.KALİTE FONKSİYONU YAYILIMI	41
4.1.KFY'nin Tanımı ve Tarihi Gelişim Süreci	41
4.2.KFY İle İlgili Kavramlar	42
4.3.KFY'nin Uygulama Alanları	43
4.4.KFY Süreci	45
4.4.1.Planlama	45
4.4.2.Müşteri sesinin toplanması	48
4.4.3.Kalite evinin oluşturulması ve analizi	52
4.5.KFY'nin Avantaj ve Dezavantajları	56
5.YATAN HASTA KALİTE ALGISININ SERVQUAL TEMELLİ ANALİZ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ	58
5.1.Anket ve Örnekleme Yöntemi	59
5.2.Geçerlilik ve Güvenilirlik	63

İÇİNDEKİLER (devam)

	<u>Sayfa</u>
5.3.Anketin Demografik Sonuçları	66
5.4.Faktör Analizi	68
5.5.SERVQUAL Skorları	76
5.6.SERVQUAL Skorlarına İlişkin Hipotez Testleri	80
6.KALİTE FONKSİYONU YAYILIMININ UYGULANMASI	91
6.1.Yatan Hasta İstek ve Beklentileri ile Önem Derecelerinin Belirlenmesi	92
6.2.Planlama Matrisinin Oluşturulması	94
6.3.Teknik Karakteristiklerin Belirlenmesi	96
6.4.İlişki Matrisinin Oluşturulması	98
6.5.Teknik Karakteristikler Arasındaki Korelasyonların Belirlenmesi	104
7.SONUÇ VE ÖNERİLER	112
KAYNAKLAR DİZİNİ	120

EKLER

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1 Pazarlama yönetiminin tarihsel gelişimi	7
2.2 Kavramsal hizmet kalitesi modeli	19
4.1 Kano modeli	49
4.2 Kalite evi genel yapısı	53

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1 SERVQUAL hizmet kalitesi boyutları	18
3.1 Sağlık kurumlarının iç ve dış müşterileri	23
4.1 İlişki matrisi	55
5.1 Demografik tanımlayıcılar	67
5.2 KMO aralık tanımları	73
5.3 KMO ve Bartlett testi sonucu-1	73
5.4 KMO ve Bartlett testi sonucu-2	75
5.5 Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin kalite boyutları bazında SERVQUAL skorları	79
5.6 Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin eşit ağırlıklı SERVQUAL skorları	80
5.7 Kalite boyutları bazında servislere yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları	81
5.8 Kalite boyutları bazında servislere göre t-testi grup istatistikleri	82
5.9 Kalite boyutları bazında cinsiyete yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları	83
5.10 Kalite boyutları bazında cinsiyete göre t-testi grup istatistikleri	84
5.11 Kalite boyutları bazında sosyal güvenceye yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları	85
5.12 Kalite boyutları bazında sosyal güvenceye göre t-testi grup istatistikleri	86
5.13 Kalite boyutları bazında yaş gruplarına yönelik yapılan VARAN sonuçları	87
5.14 Kalite boyutları bazında eğitim durumuna yönelik yapılan VARAN sonuçları	89
6.1 Yüksek öneme sahip teknik karakteristikler	104

1.GİRİŞ

Dünyamızda hızlı biçimde yaşanan değişimler ve gelişmeler, etkisini toplumsal yaşamın her yanında gösterdiği gibi, toplumsal yaşamda önemli bir yeri olan işletmeler üzerinde de göstermektedirler. Bundan çok değil 50-60 yıl önce ürettiğini satabilen ve müşteriye önemsemeyen işletmeler, bugün iş dünyasında yaşanan yoğun rekabet ve hızlı değişimler karşısında müşteri odaklı olmak zorunda kalmışlardır. Müşteri odaklı olmak, müşteri memnuniyetini ve tatminini sağlayacak şekilde üretim ve pazarlama işlevlerini yerine getirmektir. Müşteri memnuniyet ve tatmini sağlayacak şekilde üretim ve pazarlama faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi ise kaliteli üretim, kaliteli hizmet anlayışından geçer (Eker, 2007).

Çağdaş pazarlama anlayışında müşterilere sadece satış yapmak değil, satışın yanı sıra sunulan değerın memnuniyet yaratma derecesini artırmak, müşterinin ürüne rahatça ulaşmasını sağlamak ve müşteriyle uzun süreli bütünleşik bir ilişki kurmak hedeflenmektedir. Müşterilerin var oldukları sürece kuruluşların ayakta kalabilecekleri göz önünde bulundurulursa, müşteri beklentilerinin sürekli algılanması ve karşılanarak müşteri tatmininin sağlanması hayati önem kazanmaktadır (Sevimli, 2006).

Üretim sürecinde hizmeti satın alan müşterinin yer alması, müşteri memnuniyetini sağlamada kalitenin yerini perçinlemektedir. Hizmet talebinde bulunan müşteriler; talep ettikleri hizmetin anında ve mümkün olan en düşük maliyetle temin edilmesini, hizmetin sunumu için beklenen sürenin hatta hiç olmamasını, kendilerine hizmet sunumunu gerçekleştirenlerin nazik ve kibar davranmalarını, özel ve önemli olduklarını hissettirmelerini, hizmet sunumu sırasında ortaya çıkabilecek hata ya da olumsuzluklara anında çözüm bulunabilmesini ve tüm bunlarla birlikte, kusursuz hizmet almayı istemektedirler (Yaşa, 2012). İşletmeler kaliteli üretim ve hizmet anlayışıyla varlıklarını sürekli kılabilirler, müşteri memnuniyetini sağlayıp müşteri sadakatini devam ettirebilirler. Bu nedenle içinde yaşadığımız şu günlerde kalitenin işletmede bir

yaşam tarzı haline getirilmesi fevkalade önemlidir. Kalitenin yaşam tarzı haline getirilmesi için de ölçülmesi ve sonuçlarının gözlenmesi gerekir (Eker, 2007). Bu da hizmet kalitesi kavramını ortaya çıkarmakta olup; işletmeleri beklenen ve algılanan kalitenin incelenmesine sevk etmektedir.

Hizmetlerin, kendilerine özgü özellikleri ve müşteri algılamalarının karmaşıklığı nedeniyle tanımlanması ve ölçülmesi zordur ancak; hizmet kalitesinin geliştirilebilmesi için de ölçülmesi şarttır (Yaşa, 2012). Nitekim, tüketicilerin hizmetleri tercihlerinde kaliteye verilen önemin tespiti, hem üreticilerin hem de araştırmacıların bu konu üzerinde yoğunlaşmalarına yol açmıştır. Bu sebeple 1980'li yıllardan itibaren hizmet kalitesi ve ölçümü ile ilgili çalışmalara çok sık rastlanmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) ve Avrupa Kalite Ödülü, Malcolm Baldrige Ulusal Ödülü, ISO 9000 Standartları ve Uluslararası Hizmet Kalitesi Derneği (ISQA) gibi faktörlerin de bu ilginin artmasına ivme kattığı söylenebilir (Gummerson, 1994).

Günümüzde tüm işletmeler gibi sağlık işletmeleri de müşteri odaklı düşünmeyi temel felsefe haline getirme gayreti içerisinde olduklarıdır. Amaç, hastaların/müşterilerin tüm beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamaktır. Hastanelerin, kaliteli hizmet sunumlarında hastaların beklentilerini belirlemeleri hatta hizmet tasarımlarını bu beklentilere göre oluşturmaları gerekmektedir. Müşterilerin beklentilerini karşıladıklarında tatmini, müşterilerin beklentilerini aştıklarında ise memnuniyeti sağlamaktadırlar. Memnun olmuş bir hastanın ise, kurumu yakınlarına tavsiye ettiği gibi, tekrar ihtiyacı olduğunda memnun kaldığı aynı hastaneyi tercih etmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu sayede, oluşan müşteri bağlılığı hastanenin pazarlama maliyetlerini azaltmakta ve karlılığını artırmaktadır (Tutuk Şahin, 2006). Müşterilerin; sağlığa verdikleri önemin artması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması ve sağlık hizmeti gereksinimi duyduklarında ilgili kuruluşlar arasında daha seçici davranmaları, sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayılarının giderek artması ve bu kuruluşların varlıklarını

sürdürebilme gereksinimleri nedenlerinden doğan rekabet alanında müşteri odaklı yönetim anlayışı hastanelere öne çıkma avantajı sağlamaktadır.

Yapılan bu çalışma iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümdeki temel amaç, Eskişehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yataklı tedavi hizmeti alan hastaların servislere ilişkin algılanan hizmet kalite düzeylerinin ölçülmesidir. İkinci bölümdeki temel amaç ise, ilk bölümdeki analiz sonuçlarının ele alınarak hizmet kalitesinin geliştirilmesine yönelik hastane yönetimine iyileştirme önerilerinde bulunulmasıdır. Servislerin algılanan kalite düzeyleri açısından birbiriyle karşılaştırılması, algılanan kalite düzeylerinin ele alınan demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğinin belirlenmesi, hastaların Eskişehir Devlet Hastanesi servislerini tercih etme nedenlerinin belirlenmesi çalışmanın diğer amaçlarındandır.

Hizmet kalitesinin ölçülmesinde, literatürde belirli göstergelerden yararlanılmaktadır. Bu çalışma kapsamında, sağlık kuruluşunda hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik olarak, yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biri olan ve Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL (Service Quality) modelinden yararlanılmıştır.

Çalışmada kullanılan anket, birçok literatür araştırmasının ardından çalışmanın amacına göre düzenlenmiştir. Ankette 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Anketlerden elde edilen verilerin analizi için SPSS 16.0 İstatistiksel Veri Analiz Programı kullanılmıştır. Hastane yönetimine hizmet kalitesinin geliştirilmesine yönelik iyileştirme önerilerinde bulunabilmek için uzman görüşleri de dikkate alınarak Kalite Fonksiyonu Yayılımı (KFY) yaklaşımından yararlanılmıştır. KFY esnasında hasta isteklerinin ağırlıklandırılmasında Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yönteminden yararlanılmıştır. Ağırlıklandırma çalışması, AHP yönteminde sıkça kullanılan Expert Choice paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, müşteri memnuniyeti kavramları olan müşteri ilişkileri yönetimi ile hizmet ve hizmet kalitesi kavramlarından bahsedilmiştir. Hizmet kalitesini ölçmeye yarayan ve çalışma kapsamında da kullanılan SERVQUAL modeli ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, “sağlık sektöründe hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi” başlığı altında, sağlık hizmeti veren işletmelerdeki müşteri kavramından, hasta tatmini ve öneminden, hasta tatminini etkileyen faktörlerden, sağlık sektöründe hizmet kalitesinin öneminden ve literatürde hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi üzerine yapılan çalışmalardan bahsedilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, KFY kavramından ve işleyiş sürecinden ayrıntılı olarak bahsedilmiştir.

Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hizmet kalite algısının SERVQUAL temelli analiz ile değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan uygulamanın anlatıldığı beşinci bölümde elde edilen veriler, verilerin analizleri, analiz sonuçları ve bulgular ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

Çalışmanın altıncı bölümünde, SERVQUAL temelli analiz sonuçlarından hareketle, KFY yaklaşımının Eskişehir Devlet Hastanesi’ndeki uygulamasından, uygulama sonuçlarından ve iyileştirme önerilerinden ayrıntılı bir şekilde bahsedilmiştir.

Sonuç ve öneriler kısmında yapılan çalışma kısaca özetlenmiş, çalışmanın literatüre katkısından ve ileriye yönelik yapılabilecek çalışmalardan söz edilmiştir.

2.MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ KAVRAMLARI

Günümüzde teknolojik alanda yaşanan hızlı gelişim ve değişimler, hizmet sektörünün önemini giderek artırmaya başlamıştır (Şimşek, 2007). Bu yeni ve çağdaş hizmet anlayışı işletmelerin faaliyetlerini müşteri odaklı hizmet alanlarına ve kaliteli hizmetlere yönlendirmiştir. Artık müşteri istek ve beklentilerine istenilen yerde, istenilen zamanda ve istenilen kalitede cevap verebilen örgütler müşteri memnuniyetini sağlamada daha başarılı olmaktadır (Koçak ve Yalçın, 2009).

2.1.Müşteri İlişkileri Yönetimi

Açılımı “Customer Relationship Management” olan CRM, Türkçe’deki karşılığı ile “Müşteri İlişkileri Yönetimi” demektir. Başka bir deyişle ifade edilecek olursa CRM, “Müşteri Sadakat Yönetimi” demektir. CRM, son zamanlarda önemi fark edilen ve hızla şirketlerin en önemli politikalarından biri haline gelmeye başlayan modern bir yaklaşımdır. Literatürdeki CRM kavramı ile ilgili tanımlar, Duran (2002) tarafından derlenmiş ve şu şekilde sunulmuştur (Değirmenci, 2011):

- CRM, müşteri ile ilişkide bulunulan her alanda müşteriyi daha iyi algılama ve onun beklentileri çerçevesinde firmanın kendisini daha iyi yönlendirmesi sürecidir.
- CRM, müşteri ilişkilerini yönetmek için kullanılan metodoloji ve ürünlerin genelini içermektedir.
- CRM, müşteri temas noktalarının entegrasyonu ve iyileştirilmesidir.
- CRM, müşteriyi tasarım noktasına (merkeze) yerleştiren ve müşteri ile yakın ilişki kuran bir yönetim felsefesidir.
- CRM, satış, pazarlama ve servis süreçlerini daha etkin hale getirmek için geliştirilmiş işletme stratejisi/kültürüdür.

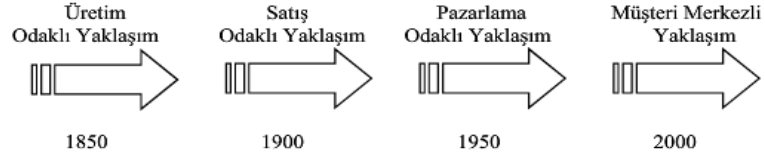
- CRM, müşteri bilgilerini kullanarak müşteri sadakatini ve sonuçta müşteri değerini artırma bilimidir.
- CRM, iş ve enformasyon akışlarının öncelikle müşteri ihtiyaçları, ikincil olarak ise şirket ihtiyaçlarına göre tasarlanmasıdır.
- CRM, kurumdaki müşteri ile ilgili her türlü bilgiyi tek bir enformasyon sistemine bağlamak ve bunu müşteri temas noktasına odaklamaktır.
- CRM, müşteriye tanımak, müşteri ihtiyaçlarını anlamak, ona uygun hizmetler ve ürünler geliştirmektir.

Bütün bu tanımlardan ve deneyimlerden yola çıkarak CRM tanımlanacak olursa; müşterinin beklentilerini bilmek, anlamak ve bu beklentileri karşılamak için katlanılan faaliyetlerin bütünüdür denilebilir.

Son yıllarda teknolojinin büyük bir hızla ilerlemesi, ülkeler arası sınırların ortadan kalkması ve her şeyden önemlisi bilginin her yerden her zaman ulaşılabilir olması müşterilerin bilinçlenmesine dolayısıyla pazarda rekabetin şiddetlenmesine neden olmuştur. Yeni müşterilerin kazanılmasının bir hayli zor olduğu bir rekabet ortamında mevcut müşterilerle olan ilişkilerin son derece başarılı bir şekilde yürütülmesi gerekliliği “Müşteri İlişkileri Yönetimi” kavramını ortaya çıkarmıştır (Önal, 2008).

Endüstri devrimiyle birlikte gelişmeye başlayan pazarlama anlayışı bugüne kadar değişik evrelerden geçmiştir (Şekil 2.1). Müşteri ilişkileri yönetiminin tarihsel gelişimi ve günümüzde geçerli olan müşteri merkezli anlayışın evrimi yaklaşık 150 yıllık bir dönemi kapsamaktadır. Pazarlamanın ilk evresi olan arzın talepten çok daha düşük olduğu üretim odaklı yaklaşımda amaç daha fazla malı üretip piyasaya sunmak iken devamında gelişen satış odaklı yaklaşımda ürün kalitesini yükselterek müşterilerin ilgisini çekmek hedeflenmiştir. Daha sonra hedef pazarın istek ve ihtiyaçlarını belirleyip müşteri tatminini öngören pazarlama odaklı yaklaşım gelişmiştir. Yoğun rekabet ve küreselleşmenin etkisiyle müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının giderek artması

yeni bir pazarlama anlayışı olan müşteri merkezli yaklaşımı zorunlu hale getirmiştir (Önal, 2008).



Şekil 2.1.Pazarlama yönetiminin tarihsel gelişimi (Önal'dan, 2008)

2.1.1.Müşteri ilişkileri yönetiminin amaçları

Müşteri ilişkileri yönetimi anlayışı, satış-pazarlama, satış sonrası hizmetler ve diğer işletme faaliyetlerinin entegre bir biçimde yürütülmesini temel almaktadır. CRM'nin amaçları şu şekilde özetlenebilir (Tutuk Şahin, 2006).

- Müşteri ilişkilerinin karlı hale getirilmesi,
- Farklılaşmanın sağlanması,
- Maliyet minimizasyonunun sağlanması,
- Müşteri sadakatinin oluşturulması,
- Çözüm stratejileri uygulanması,
- Mükemmel hizmet sunumunun sağlanması.

Özetlemek gerekirse, CRM'nin amacı, doğru müşteriyle, doğru kanaldan, doğru zamanda iletişim kurarak, doğru ürün ve hizmeti müşteri için sunabilmeyi temin etmektir.

2.1.2.Müşteri ilişkileri yönetiminin yararları

Müşteri ilişkileri yönetiminin başlıca yararları şu şekilde özetlenebilir (Tutuk Şahin, 2006):

- **Satış ve pazarlama alanında değişime olanak tanır:** Müşteri ilişkileri yönetimi uygulamasına geçmek suretiyle satış ve pazarlama da artık gelişigüzellikten kurtulup “uzun dönemli müşteri yönetim” süreçlerine kavuşabilmektedir.
- **Müşteri ilişkileri yönetimi, işletmeler için en önemli rekabet üstünlüğü olabilir:** Ürünlerin birbirine bu kadar benzediği bir dünyada farklılığı yaratabilmenin ve rekabette bir üstünlük yaratabilmenin tek yolu, müşteriyi birebir tanımak ve onlar için birebir pazarlama yapmaktan geçmektedir.
- **İyi tasarlanmış bir müşteri ilişkileri yönetimi projesi ile kurum karlılığını artırabilir:** İşletmelere mevcut müşteriler ve sadık (en değerli) müşterilerin sağladığı kazançlar ile müşteri karlılık sistemine göre müşteri sınıflamasının getirdiği pazarlama ve pazarlama iletişimi maliyetlerinin azalması işletmeye karlılık sağlamaktadır.
- **Müşteri ilişkileri yönetimi kurum içindeki verimi artırır:** CRM ile birlikte işletme aktiviteleri işletmenin dahili ihtiyaçlarına göre değil, müşteri taleplerine göre dizayn edileceği için yalnızca satış-pazarlama bölümleri değil, tüm bölümlerin verimini artırıcı bir etki oluşturmaktadır.
- **Müşteri ilişkileri yönetimi satış, pazarlama, müşteri hizmeti aktiviteleri ile internet fırsatlarını birleştirebilir:** İnsanlarla yüz yüze iş yapıldığında, müşterilerle ilgili verileri toplayıp bir yere depolamak mümkündür. Ancak iş yapma kanalları (örneğin e-mail, telefon, internet vb.) çoğaldığında, yeni bilgi depolarını yüz yüze iletişimden elde edilen bilgi depoları ile kaynaştırmak gereklidir. CRM bunu yapabilmektedir.
- **CRM, yeni müşterilere satış araçlarının yanı sıra, satış sonrası sadık müşteriler yaratmaya yönelik anket ve şikayet yönetimi araçları da içerir:** Şikayet yönetimi ile müşteriden gelen şikayetler kayıt altına alınıp takip

edilebilir, müşteri temsilcisinin hizmet vizyonu artırılarak, daha etkili müşteri hizmeti sağlanırken, benzer şikayetlerin daha hızlı çözülmesi mümkün olur. Anketler yoluyla, müşteri memnuniyeti periyodik olarak ölçülerek, olası sorunlar problem haline gelmeden çözülebilir ve iyileştirilmesi gereken noktalar görülebilir (Değirmenci, 2011)

Günümüzde rekabetin yoğunlaştığı pazarlama ortamında, işletmeler güven, istikrar, süreklilik faktörlerine müşteri ilişkilerinde büyük önem vererek, sürdürmek zorundadırlar. Bunları yaparken de, müşterilerin çok fazla sayıda ürün ve hizmet seçeneği arasından kendilerine en iyi hizmet ve beklediklerini doğru olarak sunan işletmeye yöneldiklerini dikkate almaları gerekmektedir. Bu noktada kalite, müşterilerin seçiminde belirleyici bir unsur olabilmekte ve müşteriler üstün kaliteli ürün ya da hizmetler için daha fazla ödemeye razı olmaktadır. Bu yüzden, kalite, işletmelere müşteri ilişkileri yönetiminde rekabet avantajı sağlayabilmektedir.

2.2.Hizmet Kavramı

Hizmet, literatürde geniş ve çeşitli şekillerde açıklanmış olan bir kavramdır ve genel kabul edilen bir tanımı yoktur (Demir, 2008). Hizmet, İktisat Terimleri Sözlüğü'nde (2004), "Gereksinimleri karşılama ve üretildiği anda tüketilme özelliklerine sahip her türlü etkinlik" olarak tanımlanırken, Ana Britannica'da (1986) "Ekonomide, elle tutulur maddi ürünler dışında her türlü yararlı çalışma ve etkinliğin üretildiği sektör" olarak tanımlanmaktadır. Tek (1999) hizmeti, "Satışa sunulan faaliyetler, fayda veya tatminlerdir" şeklinde tanımlarken, Kotler (2003) ise "Bir tarafın diğerine sunduğu mülkiyeti gerekli kılmayan soyut bir faaliyet veya hareket" olarak tanımlamaktadır (Eleren vd., 2007). Goetsch ve Davis (1998), hizmeti, "Hizmet başka birisi için iş icra etmektir", şeklinde tanımlarken, Collier hizmeti, "Üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, performans veya sosyal çaba" olarak tanımlamaktadır (Uyguç, 1998). Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana

getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür (Kuriloff vd., 1993) ya da zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından yarar sağlayan ekonomik faaliyetler olarak tanımlanabilir (Parasuraman vd., 1985; Sevimli'den, 2006).

Yukarıda belirtilen tanımlardan yola çıkılarak hizmet için bir tanım yapılırsa; hizmet, insanların ya da insan gruplarının, gereksinimlerini gidermek amacıyla, belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen fayda veya tatminlerdir.

Hizmet kavramının çeşitli yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanması, büyük oranda hizmet kavramının özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Assael, 1993). Bu özellikler; hizmetin dokunulmazlığı, ayrılmazlığı, değişkenliği, dayanıksızlığı ve sahip olunamama özellikleridir.

- **Dokunulmazlık (Soyut Olma):** Hizmetler elle tutulamayan, gözle görülemeyen, hissedilmeyen soyut etkinliklerdir. Bunun için hizmetlere fiziksel olarak sahip olunamaz. Hizmetten sağlanan yarar deneyime dayalıdır. Müşteri hizmetin değerini ve niteliğini, ancak satın aldıktan sonra ya da hizmetin tüketilmesi veya satın alınması süresince değerlendirebilir. Bu temel özellik aşağıdaki sorunlara yol açmaktadır (Taşkıran Mohammad, 2007):
 - a) Hizmetleri depolama olanağı yoktur.
 - b) Hizmetler “patent” aracılığı ile korunamaz.
 - c) Hizmetler mallar gibi teşhir edilemez, tanıtılmaz.
 - d) Hizmetlerin fiyatlandırılması oldukça zordur.
- **Hizmetin Dayanıksızlığı (Zamanla Bozulması):** Hizmetler üretildikleri anda tüketildiklerinden depolanma ve taşınma şansları yoktur. Hizmet sektöründe hizmetlere olan taleplerde sürekli bir dalgalanma olmaktadır. Hizmet özelliklerinden dayanıksızlık ve talebin fazla dalgalanması, hizmetlerle ilgili planlama, fiyatlandırma ve tutundurmada ciddi problemlere neden olabilmektedir (Eldem, 2009).

- **Hizmetin Heterojen Olması (Değişkenliği):** Hizmetin kalitesi ve içeriği, hizmeti veren kişiden kişiye, müşteriden müşteriye, hatta günden güne değişiklik gösterebilir ve standart hale getirilmesi zorlaşabilir (Parasuraman vd., 1985).
- **Hizmetin Ayrılmazlığı (Üretim-Tüketim Eş Zamanlı):** Hizmet işletmelerinde hizmetin üretimi, satın alınması, kullanılması ve değerlendirilmesi aynı zamanda gerçekleşir. Firma ve müşteri, süreç boyunca etkileşim halindedir ve müşteri yalnızca hizmet üretimini görmekle kalmaz, aynı zamanda üretim sürecine katılır. Bu özellik aşağıdaki durumlara neden olmaktadır (Taşkiran Mohammad, 2007):
 - a) Hizmetler dağıtım kanalları ile müşteriye ulaştırılamaz. Bu durumda ya müşterilerin hizmet veren kişi veya kuruluşa gitmeleri ya da hizmet veren kişinin müşterinin ayağına gitmesi gerekir.
 - b) Hizmet kalitesi, hizmeti sunan kişinin etkinliği kadar müşterinin etkinliğine bağlıdır.
 - c) Hizmet verilen müşteri yanında bu hizmetten yararlanacak diğer müşteriler de hizmet üretim sürecine tanık olurlar.
 - d) Hizmetlerin bir merkezden kitlesel olarak üretimi oldukça zordur. Hatta bazı durumlarda olanaksızdır.
- **Sahip Olunamamak:** Hizmet ürünlerinde sahipliğin olmaması, hizmetlerin en önemli özelliklerinden biridir. Mülkiyetin değil, belirli bir süre için kullanım hakkının satın alınması söz konusudur. Sahip olunan hizmetin kendisi değil, hizmetten elde edilen faydadır. Burada kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine bağımlıdır (Taşkiran Mohammad, 2007).

2.3.Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet kalitesi en genel anlamıyla, “müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak tanımlanır (Odabaşı, 2000). Bir diğer

tanıma göre de hizmet kalitesi, sunulan hizmetin müşteri beklentileri ile ne kadar örtüştüğünün ölçüsü ve kalitenin müşteri tarafından algılanan performans düzeyi ya da sunulan hizmetin müşteriye memnun etme düzeyi olarak tanımlanabilir (Akbayrak, 2005).

Son yıllarda hizmet sektörünün hızlı bir şekilde gelişmesi, hizmet işletmelerinin daha geniş pazarlarda rekabet etmeleri, insanların kalite konusunda duyarlı ve bilinçli olmaları hizmet işletmelerinde kalitenin önemini arttırmıştır. Tüketiciler de hizmetleri ve ürünleri satın alırken hizmet kalitesine büyük önem vermeye başlamışlardır. Bir hizmet işletmesini diğer bir işletmeden farklı kılan en önemli faktörlerden birisi, rakiplerden daha yüksek kalitede hizmet üretmesi ve sunmasıdır (Kuzhan, 2009).

Uygulamada hizmet kalitesindeki gelişmelerin, işletmelere daha fazla yeni müşteri kazandırdığı, mevcut müşteriyle iş hacmini ve işletmenin rekabet gücünü artırdığı ve hataların önlenmesi için harcanan emek ve maliyetleri azalttığı görülmektedir. Bu bakımdan hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır (Zerenler ve Öğüt, 2006).

2.3.1.Hizmet kalitesi boyutları

Kaliteye ilişkin boyutlar, hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılabilmesine ve müşterilerin hizmetin hangi unsurlarından tatmin olup olmadığının kavranmasına ışık tutmaktadır (Yıldız Karagöz, 2010).

Swan ve Comb (1976), hizmet kalitesinin iki önemli boyutunu belirlemişlerdir. *Araçsal boyut*, hizmetlerin fiziksel yönleri ile ilgilidir. *Anlamsal boyut*, hizmetlerin soyutluğu ya da psikolojik yönü ile ilgilidir (Palmer, 1994; Yıldız Karagöz, 2010).

Sasser, Olsen ve Wyckoff (1978), hizmet kalitesi boyutlarını *malzeme*, *imkanlar* ve *personel düzeyi* olmak üzere üç boyutta tanımlamıştır. *Malzeme düzeyi*, üretimde kullanılan malzemenin niteliğini; *imkanlar*, hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç gibi teknik olanaklar; *personel düzeyi* ise hizmeti veren personelin tutum ve davranışlarını ifade etmektedir (Bulgan, 2002; Koraşlı, 2008; Yıldız Karagöz, 2010).

Lehtinen ve Lehtinen (1982), hizmet kalitesini üç boyutta incelemiştir. *Fiziksel kalite*, hizmetlerin teçhizat, bina gibi fiziksel görünüşlerini kapsar. *Şirket kalitesi*, firmanın imajını ya da profilini yansıtmaktadır. *Etkileşim kalitesi*, tüketiciler ile çalışanlar arasındaki ilişki sonucu oluşur. Etkileşim kalitesi, müşteriler ile hizmet veren personel arasında olabileceği gibi müşteri ile diğer müşteriler arasında da oluşabilmektedir (Parasuraman vd., 1985; Yıldız Karagöz, 2010).

Jarmo Lehtinen hizmet kalitesini *süreç kalitesi* ve *çıktı kalitesi* olarak ele almıştır. *Süreç kalitesi*, müşteri tarafından hizmetin elde edilişi esnasında değerlendirilen kalitedir. *Çıktı kalitesi* ise hizmet yerine getirildikten sonra müşteri tarafından değerlendirilir (Zengin ve Erdal, 2000).

Grönroos (1984), hizmet kalitesini üç boyutta incelemiştir. *Teknik kalite*, hizmet sunum sürecinde tüketicinin “ne” aldığı ile ilgilidir, tüketiciye sunulan hizmetin kalite boyutunu ifade etmektedir (Okumuş ve Asil, 2007; Devebakan, 2006; Yıldız Karagöz, 2010). *Fonksiyonel kalite*, hizmeti alma süreci ile ilgilidir ve hizmet işletmeleri tarafından verilen hizmetin tüketicilere “nasıl” ulaştırıldığı ve/veya sunulduğu sorusunu cevaplayan kalite boyutudur. *İşletme imajı* ise hizmet üreten firmanın tüketiciler tarafından nasıl algılandığının bir sonucudur. İşletme imajı, teknik ve fonksiyonel kalitenin bir sonucudur.

Hizmet kalitesi boyutlarını ortaya koyan ve genel kabul gören en önemli çalışma Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından yapılmıştır. Hizmet tipine

bakılmadan hizmetler için temel kriterler oluşturulmuş ve bu kriterler on ana kategoride toplanmıştır. Bunlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenlik, ulaşılabilirlik, anlayış ve iletişimidir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry çalışmalarına devam ettikçe on kategoride toplanan kriterlerin birbirleri ile etkileşim içinde oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik ve güvenlik arasında yüksek seviyede bir ilişki bulunduğunu belirlemeleri üzerine bunları bir boyuta indirgemişler ve “güven” olarak isimlendirmişlerdir. Aynı şekilde ulaşılabilirlik, iletişim ve anlayış arasında da yüksek bir ilişki bulunması üzerine bunu da “empati” olarak isimlendirmişlerdir (Yıldız Karagöz, 2010). *Fiziksel özellikler* boyutu, şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç, gereç ve personelin görünüşünü; *güvenilirlik* boyutu, söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneğini; *heveslilik* boyutu, müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesini; *güven* boyutu, çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerilerini; *empati* boyutu ise şirketin kendisini müşterinin yerine koyması ve müşterilere kişisel ilgi gösterilmesini ifade etmektedir.

2.3.2.Hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan modeller

Hizmet kalitesinin ölçülmesi, hizmet kalitesi iyileştirme veya geliştirme sürecinin de ilk aşamasını oluşturmaktadır. Eğer bir işletme mevcut hizmet kalite düzeyi hakkında doğru bilgilere ulaşabilirse, daha sonra yapılması gerekenler konusunda daha etkili adımlar atabilecektir (Eleren vd., 2007). Hizmet işletmelerinin müşterilerine sundukları hizmet kalitesini yükseltebilmeleri için öncelikle kendilerini analiz ederek hangi noktada bulduklarını ve hizmet sunumunda hangi noktalarda eksikliklerinin bulunduğunu bilmeleri gerekmektedir. Ancak böylelikle hizmet kalitesini iyileştirebilmeleri mümkün olacaktır. Ölçülemeyen bir şeyin geliştirilip iyileştirilebilmesi olanak dışıdır. Bu amaç doğrultusunda da akademisyenler tarafından

öncelikle hizmet kalitesini somut bir hale getirerek daha sonra üzerinde bir takım iyileştirmeler yapılması düşünülmüştür (Eker, 2007).

Hizmet kalite ölçümü, ürün kalite ölçümünden daha zordur. Çünkü hizmet kavramının kazandırdığı faydanın nicel ölçütlerle değerlendirilmesi zordur. Bu yüzden kalitelerini ölçmek isteyen hizmet işletmeleri, müşterilerinin hizmet kalite algılarını ölçmek için çeşitli yöntemler geliştirmelidir.

Literatürde yer alan ve hizmet kalitesini ölçmeye yarayan modellerden bazıları izleyen alt başlıklarda genel özellikleriyle verilmiştir.

2.3.2.1. Algılanan hizmet kalitesi (GRÖNROOS modeli)

Hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin ilk model Grönroos (1984) tarafından geliştirilen “Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli”dir. Grönroos’un hizmet kalitesi konusunda geliştirdiği modelin temelini, algılanan toplam kalite oluşturmaktadır. Algılanan toplam kalite, müşterinin beklediği kalite ile hizmet sunumu sonrası algıladığı kalitenin karşılaştırılması ile oluşmaktadır (Seyran, 2004: Önder Gürsoy’dan, 2008). Algılanan kalite, beklenen kalitenin üzerinde ise müşteri tatmini sağlanmıştır ve toplam algılanan kalite yüksektir. Aksi durumda kalitenin düşüklüğünden bahsedilir (Taşkıran Mohammad, 2007). Bu modelde, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi “*teknik kalite*” ve “*fonksiyonel kalite*” olmak üzere iki temel kalite boyutuna bağlı olarak modellenmiştir (Değirmenci, 2011).

2.3.2.2.SERVQUAL hizmet kalitesi modeli

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından Amerika’da çeşitli araştırmalar sonucunda geliştirilen SERVQUAL modeli hizmet kalitesi üzerine yapılan çalışmalarla tüketici davranışları, müşteri memnuniyeti, tüketicinin beklentileri ve algılamaları üzerine geliştirilmiş kuram ve kavramlar üzerine kurulmuştur. İlk olarak 1985 yılında beş ayrı hizmet sektörü (tamir-bakım hizmeti, bireysel bankacılık, uzun mesafe telefon hizmeti, menkul kıymetler komisyonculuğu, kredi kartı hizmeti) tüketicilerinin beklentileri ve algıları ayrı ayrı hesaplanarak müşteri bakış açısı ile hizmet sunan işletmenin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. Son olarak da 1991 yılında üç farklı hizmet sektöründe (telefon tamirciliği, bireysel bankacılık ve sigorta hizmetleri) uygulanıp, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanarak son halini almıştır.

SERVQUAL, hizmet kalitesi literatüründe bulunan en kapsamlı çalışmalardan biridir ve yaratıcıları geliştirdikleri yöntemin evrensel olarak geçerli olduğunu ve küçük değişikliklerle her sektöre uygulanabileceğini çünkü en temel hizmet kalitesi boyutlarını tanımladığını ileri sürmektedirler (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985; 1988; 1991; 1993; 1994: Eldem’den, 2009).

Parasuraman ve arkadaşları tarafından hizmet kalitesini ölçmek için geliştirilen ölçme yöntemi 22 maddeden oluşan bölümler halindedir. İlk bölümde tüketicinin hizmet işletmesinden beklentileri, ikinci bölümde ise söz konusu işletmeden algıladığı hizmet performansı aynı maddeler kullanılarak ayrı ayrı ölçülmektedir. Ölçekte “tamamen katılıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” arasında değişen 7’li Likert ölçeği kullanılmıştır. Parasuraman ve arkadaşları 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. Araştırmalar sonucunda müşteriler yönünden hizmet kalitesinin tanımı, hizmet beklentilerini etkileyen faktörler ve hizmet kalitesinin boyutları konusunda önemli

bilgiler elde edilmiştir. Elde edilen bu bilgilerde katılımcıların ortak görüşlerine göre, kaliteli bir hizmetin sunulabilmesi için müşterilerin hizmet beklentilerinin karşılanması veya bu beklentilerin ötesinde hizmet verilmesi gerektiği düşüncesi pekiştirilmiştir (Atan vd., 2006; Altan ve Atan, 2004).

Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Rahman vd., 2007). Sonuç olarak, müşteriler tarafından hizmet kalitesi, “istek veya beklentileri ile algıları arasındaki farklılık ölçüsü” şeklinde tanımlanmıştır. Grup tartışmalarından ortaya çıkan bir sonuç da, müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirirken bir takım kriterlerden yararlanmasıdır. Bu görüşmelerden elde edilen bilgilere göre, hizmet kalitesinin on adet boyutu bulunduğu tespit edilmiştir (Atan vd., 2006; Altan ve Atan, 2004). Bunlar;

1. **Somut özellikler (Tangibles):** Binaların, kullanılan teçhizatların, iletişim malzemelerinin ve personelin görünümü,
2. **Güvenilirlik (Reliability):** Vaat edilen hizmeti doğru olarak yerine getirme yeteneği,
3. **Heveslilik (Responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hızlı hizmet verme istekliliği,
4. **Yeterlilik (Competence):** Hizmeti yerine getirmek için gereken bilgi ve yeteneğe sahip olunması,
5. **Nezaket (Courtesy):** Müşteri ile ilişki kuran personelin nazik, saygılı ve samimi olması,
6. **İnanılabilirlik (Credibility):** Hizmet sunan kişinin güvenilir ve dürüst olması,
7. **Güvenlik (Security):** Tehlike, risk veya şüphenin olmaması,
8. **Erişim (Access):** Gerektiğinde iletişim kurma kolaylığı ve erişilebilirlik,
9. **İletişim (Communication):** Anlayabileceği dilden müşterinin bilgilendirilmesi ve sorunlarının dinlenmesi,
10. **Empati (Empathy):** Müşterileri ve ihtiyaçlarını tanımak için çaba sarf edilmesidir.

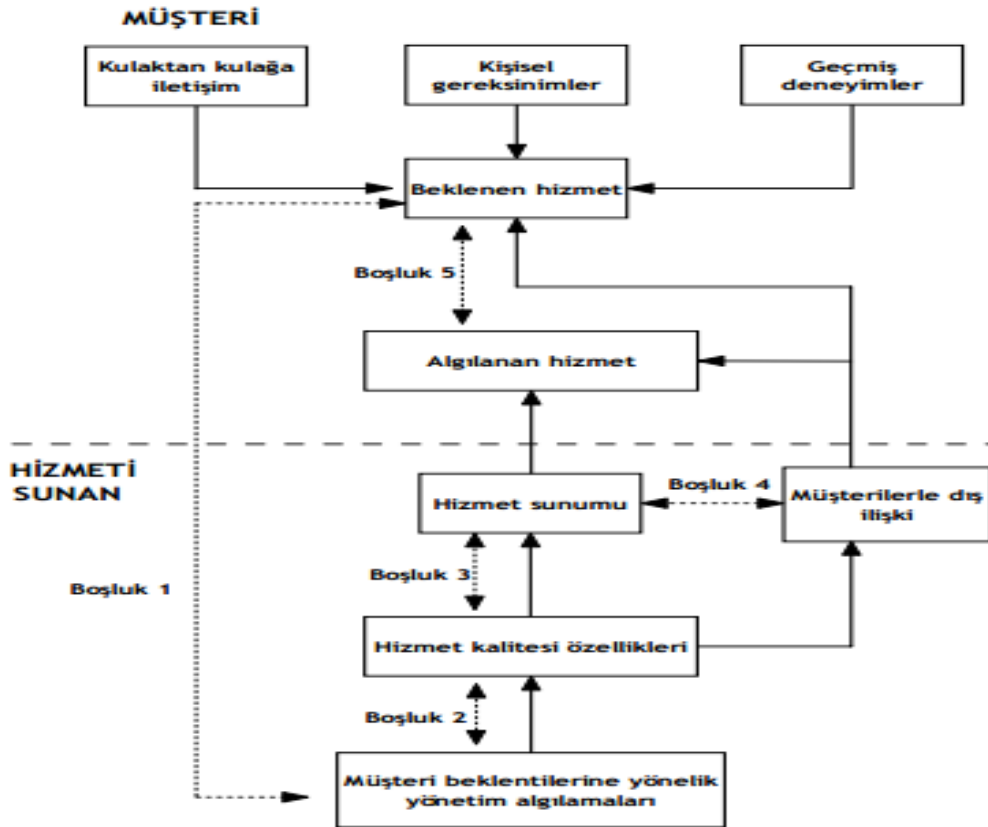
SERVQUAL araştırmasında elde edilen verilerle yapılan istatistiksel analizler iki önemli noktayı daha ortaya çıkarmıştır. Birincisi, on hizmet kalitesi ölçütünün bazılarının kendi aralarında kayda değer bir şekilde bağlantılı olduğu ve bunları kapsayacak daha geniş bir ölçüte gereksinim duyulduğudur. Bu sonuç sonrasında 4,5,6,7, ve 8,9,10 numaralı ölçütlerin birleştirilmesiyle ölçüt sayısı beşe indirilmiştir. Yeni durumda ortaya çıkan boyutlar, tanımları ve boyutları içeren sorular Çizelge 2.1'deki gibi belirlenmiştir.

Çizelge 2.1.SERVQUAL hizmet kalitesi boyutları (Parasuraman vd., 1985)

Boyutlar	Açıklama	Boyutları İçeren Sorular
Fiziksel Özellikler	İşletmenin bina, tesis, personel ve hizmet verirken kullanılan malzemelerinin görünümü.	1-4
Güvenilirlik	İşletmenin söz verdiği hizmeti güvenilir ve doğru şekilde yerine getirmesi.	5-9
İsteklilik/Heveslilik	İşletmenin müşterilerine yardım etmek ve hızlı hizmet sunma konusundaki istekliliği.	10-13
Güven	İşletme çalışanlarının bilgisi, nezaketi ve müşterilerde güven duygusu uyandırma yeteneği.	14-17
Empati	İşletmenin müşterilerine kişisel özen göstermesi ve önemsemesi.	18-22

Parasuraman ve arkadaşları, hizmet kalitesi yapısını ve kalite problemlerine yol açan dört adet boşluk (gap) tanımlayarak hizmet kalitesi yapısını etkileyen faktörlerin anlaşılmasını sağlamışlardır (Parasuraman vd., 1988). Kalite problemlerinin sebep olduğu 5.boşluk, müşterinin hizmet beklentisiyle algılaması arasındaki farktır. Bu boşluk hizmet kalitesi olarak tanımlanmıştır (Carman, 1990).

Bu boşluklardan ilk dördü arka planda gerçekleşen hizmetlerdeki boşluklar, beşincisi ise müşteri ile yüz yüze olan hizmetlerdeki boşluklardır. Genelde beşinci boşluk, ilk dört boşluk neticesinde ortaya çıkmaktadır. Ancak bazı durumlarda ilk dört aşama ne kadar mükemmel olursa olsun, sunum anındaki hatalardan ötürü son aşamada boşluk oluşabilmekte veya ilk dört aşama kötü olmasına rağmen son aşamada doğru yaklaşımla müşteriye memnun edebilecek bir sunum yapmak mümkün olabilmektedir. Önemli olan hizmetin müşteriye dokunduğu andır. Öncesinde ne yaşanırsa yaşansın, müşteriye sunulan hizmetin memnun edici olması asıl olandır. İşte SERVQUAL de bu yaklaşımdadır ve amacı beşinci boşluğun kapatılmasıdır. Şekil 2.2’de Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirdikleri “boşluklar modeli” gösterilmektedir.



Şekil 2.2. Kavramsal hizmet kalitesi modeli (Parasuraman vd., 1988)

1.Boşluk: Müşteri beklentileri ve yönetimin müşteri beklentilerini algılaması arasındaki fark.

2.Boşluk: Yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ve hizmet kalitesi standartları arasındaki fark.

3.Boşluk: Hizmet kalitesi standartları ve hizmetin sunumu arasındaki fark (hizmet performansı farkı).

4.Boşluk: Hizmetin sunumu ve dış çevre ile iletişimler arası fark.

5.Boşluk: Beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki fark.

Boşluklar modeli ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde, modelde yer alan beş boşluğun, hizmeti alan müşteriler ile hizmeti sunan işletmeler arasında gerçekleşen doğrudan ilişkiler sonucunda ortaya çıktığı ve devamlı olarak karşılıklı bir etkileşimin yaşandığı görülmektedir (Akbaşrak, 2005).

SERVQUAL modelinin hizmet kalite algısını ölçmenin yanında başka kullanım amaçları da vardır. Ölçekte müşteri algılarını ölçmeden önce, beş hizmet kalitesi boyutu ile ilgili ifadelere, boyutların ismi belirtilmeden yer verilmekte ve müşterilerden boyutlara verdikleri önem derecelerine göre 100 puanın bu boyutlar arasında paylaşılması istenmektedir. Beklentiler ve algılar arasındaki farka dayalı olarak hesaplanan SERVQUAL skorları sayesinde; kalite boyutları bazında, boyutları oluşturan maddeler için ve hizmet sunan işletmenin algılanan toplam kalitesi için bir değerlendirme yapmak mümkündür. Firmalar, kalite boyutları bazında elde edeceği SERVQUAL skorları sayesinde, hangi kalite boyutunun algılanan hizmet kalitesinin düşük, hangisinin yüksek olduğunu değerlendirebilecektir. Ayrıca, müşterilerin 100 puanı beş hizmet kalitesi boyutu arasında, boyutlara verdikleri önem derecelerine göre dağıtması, müşteriler için hangi hizmet kalitesi boyutunun diğerlerinden daha önemli olduğunun anlaşılmasına olanak verecektir. Hizmet sunan firma, bu veriler ışığında müşterilerin kalite algılarının düşük olduğu boyutlara öncelik verip, bu boyutlar için bir kalite iyileştirme çabası geliştirebilecektir (Zeithaml vd., 1990: Devebakan'dan, 2006).

Bazı örnek çalışmalarda ölçeğe müşterinin demografik özellikleri de katılmakta ve sonuçlar demografik özelliklerle ilişkili değerlendirilmektedir (Eleren vd., 2007). Yukarıda belirtilenler dışında, SERVQUAL ölçeğinin diğer kullanım alanları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir (Zeithaml vd., 1990; Devecian'dan, 2006):

- Ayrı zamanlardaki müşteri beklenti ve algılarının karşılaştırılması,
- Firmanın SERVQUAL skorlarını rakip firmaların SERVQUAL skorları ile karşılaştırması,
- Kalite algısı farklı olan farklı müşteri kesimlerinin incelenmesi,
- İç müşterilerin kalite algılarının değerlendirilmesi.

2.3.2.3.SERVPERF (Service Performance) hizmet kalitesi modeli

Hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin bir diğer model ise Cronin ve Taylor (1992) tarafından önerilen SERVPERF'dir. Cronin ve Taylor SERVQUAL modelinin hizmet kalitesini ölçmede yeterli olmadığını savunmuş ve alternatif bir model olarak SERVPERF'i önermiştir. Bu model de SERVQUAL ölçeğini oluşturan 22 maddeyi aynen kullanmaktadır. Fakat hizmet kalitesinin sadece performansın (algılamaların) bir fonksiyonu olduğunu savunmaktadır. Diğer bir ifadeyle SERVPERF modeline göre hizmet kalitesini ölçmek için hizmet performansının ölçülmesi yeterli görülmektedir. Ayrıca yazarlar diğer bir farklılığın da boyutlarla ilgili olduğunu, SERVPERF modelinin SERVQUAL modeli gibi beş boyuttan değil sadece tek boyuttan meydana geldiğini iddia etmektedir.

3.SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HASTA MEMNUNİYETİ VE HİZMET KALİTESİ

Kalite ve müşteri memnuniyeti günümüz zorlu rekabet ortamında işletmeler için başarılı ve devamlı olabilmeleri açısından hayati bir öneme sahiptir (Fen ve Lian, 2006). Sağlık hizmeti sunan kurumların varlıklarını sürdürebilmek, kar etmek ve rekabet edebilmek için hizmet kalitesi ve hasta tatminine önem vermesi gerekmektedir (Derin ve Demirel, 2013). Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olabileceği düşüncesi, sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır. Kalite olgusunun daha iyi anlaşılabilmesi için de öncelikle sağlık işletmelerinde müşteri ve müşteri memnuniyeti konularını ele almak gereklidir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli belirleyicilerden biridir (Tutuk Şahin, 2006). Hasta memnuniyetinin sağlanması amacıyla, memnuniyetin kurum tarafından tanımlanması, hizmet sunulan hastaların (müşterinin) tanınması, hastaların gereksinim ve beklentileri ile hastane ile ilgili algılamalarının belirlenmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması için de ölçülüp uygun faaliyetlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu noktada, hasta memnuniyeti bir program değil, sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çabalar olarak değerlendirilmelidir. Kaliteli sağlık hizmeti için de, hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir.

3.1.Sağlık Hizmeti Veren İşletmelerde Müşteri Kavramı

Heterojen bir müşteri kitlesine sahip olan sağlık işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık işletmelerinin müşterisi denildiği zaman yalnızca hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” *müşteri* olarak kabul edilmektedir. Sağlık işletmelerinde müşteri, diğer birçok organizasyonda

olduğu gibi, iç ve dış müşteriler olarak iki grupta toplanabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000; Yaşı, 2012). Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar, sağlık işletmesinin dış müşterileri olarak ifade edilirken, sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan kişi veya gruplar i müşteriler olarak tanımlanmaktadır (Bakır, 2006). Çizelge 3.1’de sağlık kurumlarında yer alan i ve dış müşteriler gösterilmiştir.

Çizelge 3.1.Sağlık kurumlarının iç ve dış müşterileri (Bostan, 2006; Yaşı, 2012)

İ Müşteriler	-Kurum personeli (Hekim, Hemşire vb.) -Pay sahipleri -Danışmanlar
Dış Müşteriler	-Hastalar -Hasta ailesi ve evresi -Refakatiler, ziyaretçiler -Devlet -Eczaneler -Diğer sağlık kurumları -Anlaşmalı kuruluşlar -Dernekler -Medya -Sigorta şirketleri -Tıbbi malzeme satıcıları -İlaç firmaları

Sağlık kurumlarında hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanır ve aynı zamanda büyük bir dış müşteri grubunu oluşturur. Sağlık kurumları içindeki birimler de fonksiyonel ilişkileri nedeniyle birbirlerinin müşterisi olabilmektedirler. Örneğin; hemşirelik birimi ilaç kullanımı nedeniyle eczanenin, hastaların diyeti ile ilgilendiği için de beslenme biriminin müşterisi olabilmektedir (Devebakan, 2006). Aynı şekilde doktorlar da tanı için test istedikleri birimlerin (laboratuvar, röntgen, vb.) müşterisidir.

Tüketicilik (consumerism) kavramının daha öne çıktığı günümüzde artık, hastaneler onlardan hizmet satın alan hastaları sadece hasta ya da sadece müşteri gözüyle değerlendirmemektedirler. Tüketiciler olarak hastalar, hastaneleri çeşitli özellikleri açısından değerlendirmektedirler. Bu özellikler arasında hastanelerin hizmetleri, kaliteleri ve maliyetleri başta yer alırken, hastanede çalışan doktorlar, tedavide kullanılan araçlar, sağlık planlamaları, tedavi yöntemleri ve sorunları çözme yöntemleri de bulunmaktadır (Stephens, 2010). Hastalar, hastanelerin sunmuş oldukları farklılıkları değerlendirerek tercihlerini kendileri için optimum fayda sağlayacak olandan yana yapabilmektedirler. Hastalar artık hastanelerin sunmuş oldukları ürünlerinin tüketicileridir. Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma olanağı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümü olarak tanımlanabilmektedir (Tınmaz, 2008). Günümüz koşullarında yaşanan rekabet ortamında kaliteyi, kuruluşun yöneticileri veya kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirlemektedir (Bakır, 2006). Bu nedenle müşterilerin kim olduğunun belirlenip, müşteri gereksinimlerinin etkin bir biçimde karşılanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gerekir (Dicle, 2000; Devebakan, 2006).

3.2.Sağlık Hizmeti Veren İşletmelerde Hasta Tatmini ve Önemi

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti alanların subjektif ve değişken algılarını içeren bir kavramdır (Larrabee ve Bolden, 2001; Özen vd.'den, 2011). Başka bir ifadeyle hastaların hastane hizmetlerinden beklentileri ile deneyimleri arasındaki farkın değerlendirilmesi hasta memnuniyetini göstermektedir. Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi, onların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, kurumu tercih nedenleri, kurumdan beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanması şeklinde sınıflanabilir (Yılmaz, 2001; Özcan vd., 2008).

Roderick (1994)'e göre, müşteri memnuniyeti kavramı beş ana ilkeyle açıklanabilmektedir. Bunlardan birincisi, müşteri memnuniyetinin sağlanmasında yönetimin önemli bir role sahip olmasıdır. Nitekim işletme yönetiminin değişen ve gelişen hizmet sektörü içerisinde, müşterilerin sürekli yenilenen istek ve ihtiyaçlarını saptayıp, sunduğu hizmetin kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapması gerekmektedir. Örneğin, hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin olması, sadece medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Artık sağlık kuruluşları, hastalarının medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik, duygusal, kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır. Çünkü bir sağlık kuruluşunun başarısı hastanın tatmin olarak tedaviye devam etmesi ve sonuçlandırmasıdır. Tatmin olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık işletmesi açısından başarısız hizmet üretimi söz konusudur. Bu nedenle sağlık hizmeti işletmelerinin başarısı, tatmin olmuş hastanın katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmaktır (Bowers, 1987: Özen vd.'den, 2011). İkinci olarak, müşteri memnuniyeti işletmenin karlılığı açısından önemli bir unsurdur. Tatmin olmuş müşteri, yakınlarına yapacağı tavsiyelerle birçok müşteri sağlayabilecektir. Üçüncü ilke tüm işletme organizasyonunu içine alan ilkedir. Buna göre müşterinin, işletmenin bazı hizmetlerinden memnun olup, bazılarında memnun olmaması, hizmet kalitesinin aksadığını gösterir ki, bu da işletmenin sunduğu hizmetlerin genelinde müşteri memnuniyetinin etkisini düşürmektedir. Müşteri memnuniyeti için işletmelerin sürekli kendilerini yenileyerek geliştirmelerinin gerekliliği şartı dördüncü sıradadır. Beşinci sırada ise işletmelerde müşteri memnuniyeti ölçümünün büyük bir özveri ve hassasiyetle yapılmasının sağlanarak sunulan hizmetin kalitesini artırmak gelmektedir. Açıklanan bu beş ilke sağlık hizmetlerinde de müşteri memnuniyetini etkilemede önemli bir role sahiptir (Bakır, 2006).

Hizmet sağlayıcı girdileri ile sağlık hizmetinin çıktıları arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için geniş kapsamlı olarak hasta memnuniyeti düzeyi belirlenmelidir (Thiele ve Bennett, 2010). Sağlık hizmetini satın alan hastanın memnun olması sağlık

kurumunun olumlu olarak reklamının yapılmasını da beraberinde getireceği için iki tarafın da memnuniyetinin sağlanması kalitenin iyileştirilme çalışmalarında önem arz etmektedir. Hasta memnuniyetiyle ilgili olarak yapılan çalışmalar sonucu memnun müşterinin (hastanın) daha sadık olabileceği, daha az şikayet edeceği, tıbbi tedaviyi tamamlama isteği içinde olacağı ve hayat kalite algısının yüksek olacağı gibi sonuçlar literatürde yer almaktadır.

Hasta tatmini ölçümleri çok yoğun bir odaklanmayı gerektirmesi nedeniyle diğer sektörlerdeki müşteri tatmini ölçümlerinin gerisinde kalmıştır (Thomas, 2003: Yaşa'dan 2012). Bu nedenle, alınan hizmetten tatminin ölçülmesinde, hizmet alan kişilerin bilişsel ve duygusal davranışları hakkında bilgi edinilmeye çalışılmakta, bu tür davranış kalıpları soyut nitelik taşıdıkları için somut nitelik taşıyan özelliklerin ölçülmesi kadar kolay olmamaktadır (Şengül, 2008). Hasta memnuniyetsizliği hastanın başka bir doktor seçme özgürlüğü ile hastaneyi tekrar tercih etmemesi üzerine yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, %5 müşteri memnuniyetsizliği gelirden 150.000 dolarlık bir kayba neden olabilmektedir (Thiele ve Bennett, 2010: Yaşa'dan, 2012). Tüketici araştırmaları ve pazarlamacılar açısından müşteri memnuniyeti hem teorik hem de pratik açıdan önemli bir konu olarak literatürde yerini korumaktadır (Vanniarajan ve Anbazhagan, 2007: Yaşa'dan, 2012).

Son yirmi yılda sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı farklı yollarla işlerlik kazanmış ve sağlık bakım yöneticileri, politikacılar ve sağlık sektörü diğer karar vericileri sağlık hizmetlerinde önemli bir kalite göstergesi olarak klinik ve algılanan hasta tatmini üzerinde yoğun bir şekilde durmuşlardır. Artık günümüzde birçok ülkede başta hastaneler olmak üzere birçok sağlık kuruluşunda hastaların algıladığı tatmin ve hastaların beklenti ve sağlık hizmeti alırken yaşadıkları tecrübeler üzerine sistematik ve düzenli araştırmalar yapılmaktadır. Yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular diğer kalite göstergeleri ile birlikte kamuoyuna duyurulmaktadır (Crow vd., 2002). Hatta uluslararası akreditasyon kuruluşları hastaneleri akredite ederken sürekli ve sistematik olarak hasta tatmini araştırmalarını yapıp yapmadıklarını incelemekte ve hasta tatmini

araştırmaları yapma konusunda hastane yönetimlerine zorunlu düzenlemeler getirmektedir. Ayrıca artık günümüzde sağlık hizmeti satın alıcısı konumundaki kurumlar, hastaneler başta olmak üzere sağlık örgütlerinin hasta tatmini düzeylerini inceleyerek, sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerini yapmaktadırlar (Young vd., 2000).

Hasta tatmininin belirlenmesi ve değerlendirilmesinin bazı nedenleri vardır. Bunlar (Crow vd., 2002; Sitzia ve Wood, 1997; Top ve Tarcan'dan, 2010):

- Hastaların bakış açısı ile sağlık hizmetlerini ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirlemek,
- Sağlık hizmetleri sunumundaki problem alanlarını ve güçlü olunan noktaları açıklamak,
- Sağlık bakım sonucu olarak hasta tatminini kullanmak.

Leebov ve Scott (1994)'a göre ise, sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti dört nedenden dolayı önem taşımaktadır (Tınmaz, 2008):

- **İnsancıl nedenler:** Hastaların temel haklarının başında en iyi ve en kaliteli sağlık hizmetini alma hakkı gelmektedir. Bu yüzden verilen hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekir.
- **Ekonomik nedenler:** Sağlık hizmetlerinin en önemli alıcısı hastalardır. Hasta memnuniyeti, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde artırmaktadır.
- **Pazarlama:** Sağlık kurumları müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta memnuniyetine önem vermek zorundadırlar.
- **Etkinlik:** Aldıkları hizmetten memnun kalan hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Memnun kalan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar.

Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, her zaman yakalanamayan bir uyum olma zorunluluğudur (Avis vd., 1995). Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerden biridir. Hasta memnuniyeti indikatörü, sağlık hizmetlerinin temel çıktılarından biridir ve hizmet sürecinin yapısı bu gösterge sayesinde gözden geçirilir. Hasta memnuniyeti araştırmalarının politika ve hizmet geliştirme ile ilgili bilgi sağlaması, programların etkinliğini değerlendirmeyi mümkün kılması, benzer hastanelerle kıyaslama imkanı vermesi, sonuçların halka açıklanması ve hesap verme sorumluluğunu arttırma gibi birçok potansiyel yararı bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti, bir sağlık kurumunun misyonuna ulaşması ve bunu sürdürmesi için temel bir strateji olabilir. Hastalar memnun olduğunda; daha kaliteli bakıma ulaşılabilir, çalışanların iş doyumunu artarak devir hızı azalabilir, kurumun finansal olarak sağlam bir yapıya kavuşması ve rekabet gücünün artması söz konusu olabilir (Hendriks vd., 2006).

3.3.Sağlık Hizmeti Veren İşletmelerde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

Hastaları tatmin etmek, onların istek ve beklentilerini karşılamak için yöneticinin, hasta tatminini etkileyen faktörleri belirlemesi gereklidir. Böylece yöneticiler, hasta tatminini yükseltmek için neler yapılması gerektiğini kararlaştırabilir (Kısa ve Tokgöz, 2007).

Hasta tatminini etkileyen üç temel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hastaya, personele, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlıdır. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri, cinsiyeti, dili, dini, ırkı ve aile düzeni gibi sosyo-demografik özellikleri hastaların hizmetlerden duyacağı tatmin derecesinde ayrı ve farklı roller oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılıklar gösteren bu kriterler sağlık hizmetlerinden duyulan tatmin derecesi ile yakından ilgilidir (Draper vd., 2000: Top ve Tarcan'dan, 2010). Sağlık hizmetlerinde standardizasyon çalışmaları yapılırken hizmet kalitesini belirleyen unsurlar içinde,

verilen hizmetin kalitesi kadar algılanan hizmet kalitesinin önemine değinilmektedir. Algılanan hasta tatmini araştırmalarında hemşirelerden, doktorlardan ve diğer sağlık personelinde tatmin, sağlık personeli ile iletişimden tatmin, personele güven, hasta mahremiyeti, hastanın istediği yer ve zamanda hizmet, personelin dürüstlüğü, nezaketi, yeterli bilgiyi sunması, hastane genel temizliği ve otelcilik hizmetleri gibi bir çok boyutun ele alındığı anlaşılmaktadır (Ayaz ve Soykan, 2002).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının üzerinde durdukları boyutların incelenmesi sonucunda, literatürde, hastaların memnuniyetlerini değerlendirmelerinde, dokuz boyutun sıklıkla kullanıldığı izlenmiştir:

Doktor-hasta ilişkisi: Hastaların, hastane içerisinde ve dışında doktorlar hakkındaki değerlendirmeleri iki ana konu etrafında yoğunlaşmaktadır. Birincisi bakımın teknolojik ve profesyonel yönü, ikincisi doktorun hastaya karşı tutumu ve iletişim yeteneğidir. Son yıllarda hastaların, ikinci yön olan, iletişimle ilgili değerlendirmeleri ve buna verdikleri önem ilk yöne göre ağır basmaktadır. Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket, gülyüz ve saygı gösterme gibi davranışlarına dikkat ederler (Yaşa, 2012). Doktor davranışı, hasta tatmini yanında verilen hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması halinde hastalar doktorların önerilerine tamamen uymaktadırlar ve tedavilerine ara vermemektedirler.

Hemşire-hasta ilişkisi: Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süresi boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel grubu hemşirelerdir (Milutinovic vd., 2010). Bu nedenle, hemşire davranışlarının hasta tatminindeki rolü son derece önemlidir. Hemşirelerin, gülyüz, nezaket ve saygılı davranışları hasta memnuniyetini olumlu yönde etkiler. Doktor hasta ilişkisinde olduğu gibi, hasta hemşire ilişkisi de birçok faktörden etkilenmektedir. Bu ilişki, hastanın çeşitli özellikleri ile etkilenebildiği gibi; sistemdeki etkileşimin yeterli olmaması, iyi ve doğru kayıtlarla işlemlerin ve sorumlulukların yerine getirilmemesi gibi nedenlerden veya hemşirenin duyguları ve

tepkileri, eğitimi, kişisel özellikleri gibi etmenlerden de etkilenebilmektedir (Yaşa, 2012).

Diğer hastane personeli-hasta ilişkisi: Hastane hizmetleri bir ekip hizmetini gerektirir. Kaliteli hizmet, hastanede çalışan tüm personelin sorumluluğundadır. Hizmetin bir bölümünde veya hizmet sunan grubun birinde aksama ya da düzensizlik varsa, müşterilerin bu aksaklıkları algılamaları diğer alanlara da etki etmekte ve hastane imajını etkilemektedir (Yanık, 2000; Yaşa, 2012). Hastaların sağlık personeliyle ilişkilerinin niteliği de, kendilerine yapılan işlemlerden memnuniyeti önemli ölçüde etkiler. Sağlık personelinin hastalarla konuşma biçimleri, onlara iyi davranıp davranmamaları, hastaların onlarla ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini belirler. Hastanede çalışan personelin kişilik özellikleri, hastaya karşı davranışını da etkilemektedir. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha çok uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır (Yaşa, 2012).

Bilgilendirme: Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, alacağı tedavi konusunda hekimle beraber karar vermesi kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesini sağlamaktadır. Hastaların, sağlık durumu hakkında bilgilendirilmelerinin, hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalarda da saptanmıştır.

Beslenme hizmetleri: Yapılan memnuniyet araştırmalarında, hastaların hastane hizmetleri ile ilgili olarak yaptıkları açıklama ve değerlendirmelerde beslenme hizmetlerine çok yer verdikleri ortaya çıkmıştır. Yine bu araştırmalarda, sağlık kurumundan taburcu olan hastaların en fazla hatırladıkları bölümün yemek hizmetleri olduğu görülmüştür. Hastalar yemeğin sadece kalitesini değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler.

Fiziksel ve çevresel koşullar: Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları bireylerin çok üzerinde durdukları ve önem verdikleri tatmin boyutlarından biridir. Düzensiz ve yetersiz hasta odaları ile bakımsız bir hastane hastaların şikayet nedeni ve

tatminsizlik unsuru olmakta, hastanenin yeniden tercih edilme şansını olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel ortam hizmet satın alımı öncesinde aranan ipuçlarını vermesi bakımından önemli bir kaynaktır (Yaşa, 2012).

Bürokrasi: Hasta memnuniyetinin sağlanmasında zaman faktörü önemlidir. Zamana ilişkin hasta memnuniyetsizlikleri, hastanın teşhisi aşamasından sonra, hastaneye yatış sırasında ve tedavi sırasında olmak üzere üç şekilde ortaya çıkmaktadır. Bürokrasi, her üç aşamada da zaman kaybına neden olan önemli bir tatminsizlik kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bekleme sürelerinin uzunluğu, randevu alınmasıyla gerçekleşmesi arasındaki zaman kayıpları da tatminsizlik kaynakları arasında gösterilmektedir.

Güven: Lewis (1990), hasta tatminiyle ilgili literatür incelemesinde, pek çok araştırmada yer alan tatmin boyutlarından birisi olarak hastanenin tıbbi bakım ve tedavisine, ekibine ve ortamına duyulan “güven” boyutunu belirtmiştir (Taşlıyan ve Gök, 2012). Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Ayrıca, hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet, hastanın hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunmasıdır.

Ücret: Hastaların bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarının niteliği de hastaların değerlendirme kriterlerini etkileyebilmektedir. Hizmeti karşılamada mali sıkıntısı olmayan sosyal güvence kuruluşlarına bağlı hastaların, maliyetlere karşı daha kayıtsız olduğu belirlenmiştir.

3.4.Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Önemi

Sağlık hizmetlerinde kalite tanımları yapılırken çoğunluk çalışmalarda atıf alan üç önemli tanımlı Donabedian, Amerikan Tabipler Birliği ve ABD Tıp Enstitüsü yapmıştır (Işık, 2011). 1984 yılında Amerikan Tabipler Birliği tarafından yapılan

tanıma göre kalite, “yaşam boyu kalitenin korunması veya geliştirilmesine sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak ifade edilmiştir. Sürekli olarak uygun hasta sonuçları ile ilgili olan hizmeti esas alan bu tanımda, hasta sonucunu etkileyebilecek olan hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam koşulları vb. gibi diğer değişkenler, uygun şekilde ölçülüp etkisiz hale getirildikten sonra hastanın elde ettiği sonucun, sağlık profesyonellerinin kendi becerileri ile hastanın yararına teknolojinin kullanımını birleştirmelerinin etkililik derecesi kaliteyi ortaya çıkarmaktadır (Kaya, 2005). ABD Tıp Enstitüsü tarafından 1990 yılında yapılan tanıma göre, sağlık hizmetlerinde kalite; “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını arttırma ve mevcut profesyonel bilgiyle uyum derecesi” olarak belirtilmiştir (Yaşa, 2012). 1992 yılında Donabedian tarafından yapılan tanımda ise sağlık hizmetlerinde kalite, “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazanç ve kayıplar dengesi dikkate alındıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması, yapılacak hataların veya kalitede oluşabilecek bir birimlik düşüşün bile telafi edilemeyecek, hatta ölüm gibi çok ağır sonuçlara neden olabilmesi nedeniyle sağlık işletmeleri, dolayısıyla hastaneler sıfır hata ile hizmet sunmak zorunda olan işletmelerdir. Bu durum sağlık hizmetlerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz hale getirmektedir (Sevimli, 2006). Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD’de her yıl seksen bin kişinin tıbbi özensizlik/dikkatsizlik sonucu öldüğü tespit edilmiştir (Brashier vd., 1996). Dikkatsizlikler dolayısıyla hastalarda kötü sonuçlar ortaya çıkabileceği gibi sağlık işletmelerinde kötü bakımın parasal maliyeti de yüksek olacaktır. Günümüzde artan rekabet koşulları dolayısıyla, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve ölçülebilmesi işletmelerin büyümelerinde ve etkinliklerini arttırmalarında en önemli konular arasında yer almaktadır (Chakraborty ve Majumdar, 2011).

Kaliteli hizmet sunmanın kazançları nelerdir diye bakıldığında ilk etapta şunlar karşımıza çıkmaktadır (Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Kılavuzu, 2005):

- Halkın güveninin artması,
- İşbirliği, ekip çalışması ve dayanışmanın sağlanması,
- Prestijin artması,
- Verimliliğin artması,
- Maliyetlerin azalması,
- Güvenlik ve sağlığın artırılması.

Personel açısından;

- Sorun kaynakları gibi görülmeyecekleri için personelin motivasyonunun yükselmesi,
- İşe devamsızlıkta azalma,
- İşe yönelik daha çok ilgi,
- İşin iyileştirilmesine yönelik motivasyon,
- Profesyonelleşme.

İdari açıdan;

- Veri toplama ve istatistiksel analizlerin yapılması ile kaynakların kontrol altına alınması,
- Bütün personelin Toplam Kalite Yönetimi (TKY) faaliyetlerine katılması ile çalışanlar arasında sosyal iletişimin artması,
- Çalışanlara değer verilmesi ile personel hareketliliğinin önüne geçilmesi,
- Hizmet sunanlarla ilgili problemlerin çözümlenmesi,
- Motivasyon artırıcı yöntemlerin kullanılması ile motivasyonun artması.

Tıbbi açıdan;

- Laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması,
- Radyoloji tekrarlarının azalması,
- Ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi,
- Hastane enfeksiyon oranının düşmesi,
- Hatalı reçete yazma ve ilaç verme oranında azalma ilk göze çarpan kazançlardır.

Çağımızda hızlı teknolojik değişimler ve uzmanlaşma, maliyetlerin artışı, toplumlardaki demografik değişiklikler ve hastaların artan istekleri gibi çok sorunu olan hastanelerin iş yoğunluğu her geçen gün daha da artmakta ve karmaşık bir hal almaktadır. Yöneticiler sağlık kuruluşlarını (hastaneleri), plan ve programlarına göre hedeflerine ulaştırmak için çalışmak, maddi kaynakları ve insan kaynaklarını örgütlemek, bu kaynaklardan en iyi şekilde nasıl yararlanacağını belirlemek ve elde edilecek sonuçları denetleyip değerlendirerek hedefe ulaşmadaki performansı ölçerek belirlenen hedefler ile faaliyetler arasındaki uyumun sürekliliğini kontrol etmek zorundadırlar. Bütün bu nedenler, üretim ve sunumdaki verimliliği ve kaliteyi ön planda görmeyi gerekli kılar (Tükel vd., 2004). Türkiye’de sağlık hizmet sunumunda da önemli yere sahip olan kalite olgusunun önemi özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile daha da önem kazanmaya başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) çerçevesinde hastane ve doktor seçme hakkına sahip olan hastalar, artık bu rekabet düzeni içerisinde yer edinmeye çalışan sağlık kurumlarından hizmet almaktadırlar. Sayıları giderek artan özel hastaneler ile çeşitli kalite belgeleri alarak kaliteli sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirdiklerinin ispatına giden kamu hastaneleri bu durumun öneminin güzel bir göstergesidir (Yaşa, 2012)

3.5.Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesi Üzerine Yapılan Çalışmalar

Türkiye’de sağlık sektöründe hizmet kalitesini ölçmeye yönelik son yıllarda yapılan bazı lisansüstü tezler ve çalışmalar ile bunların sonuçları aşağıda açıklanmıştır.

Işık (2011) tarafından yürütülen doktora tezinde tüketicilerin bakış açısıyla literatürde marka değeri boyutları olarak tanımlanan algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımının, hastane marka değerine olan görece önem ve etki derecelerinin tespit edilmesi, özellikle de algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisi ortaya çıkarılmıştır.

Kuzhan (2009) tarafından, İzmir ilinde bulunan ve hizmet hastanesi olan Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi müşterileri üzerinde gerçekleştirilen yüksek lisans tezinde, hastanenin algılanan ve beklenen kalitesi arasındaki ilişkinin ölçümüne yönelik bir çalışma yapılmıştır.

Şenalp (2008) tarafından yürütülen doktora tezinde, Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sistemi incelenmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarında da Doğrudan Ödeme Sisteminin uygulanmasının, özel sağlık sigortası şirketlerinin sigortalı kişi başına tedavi maliyetlerinin ve sigorta primlerinin mevcut duruma göre daha kabul edilebilir düzeylere gelmesini sağlayacağı, bunun da özel sağlık sigortası sektörünün gelişmesinde önemli rol oynayacağı sonucuna varılmıştır.

Tınmaz (2008) tarafından yürütülen yüksek lisans tezinde, Ankara'da hizmet sunan bir üniversite hastanesinde tedavi olan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler belirlenmiştir. Çalışma sonucuna göre, beklenti düzeyleri ile memnuniyet durumları arasındaki farkın en fazla sırasıyla; Doktorlar, Fiziki Çevre ve Hemşireler gruplarında olduğu görülmüştür. Buna karşın farkın en az olduğu gruplar ise sırasıyla; Radyoloji Hizmetleri ve Yönlendirme/Bilgilendirme Hizmetleri'dir. Ayrıca, çalışma kapsamında, hasta beklenti düzeyleri ve memnuniyet durumları demografik özellikler bakımından karşılaştırılmış ve karşılaştırma sonucunda; beklenti ve memnuniyet alt bölüm skorları bakımından cinsiyet, yaş ve eğitim grupları arasında fark olmadığı görülmüştür.

Duran (2007) tarafından yürütülen doktora tezinde, hastane kalite yönetimiyle hizmet kalitesi performansı arasındaki ilişki deneysel olarak ölçülmüştür. Çalışmada, hastane yönetiminde başarının merkezinde bulunan doğru ve istenilen anda ulaşılabilen bilginin yönetsel ve kliniksel kararlara temel oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

Direktör (2007) tarafından yürütülen yüksek lisans tezinde, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerde sunulan hizmet kalitesi SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği kullanılarak karşılaştırılmıştır. Sistematiik olarak seçilen 692 hastanın değerlendirmeleri dikkate alınmıştır. Araştırmanın bulgularına göre algılanan ve beklenen hizmet kalitesi değerlerine göre kamu ve özel hastaneler arasında boşlukların mevcut olduğu; özel hastanelerdeki boşlukların kamu hastanelerine göre daha az olmakla birlikte özel hastanelerin devlet hastanelerinin sunmuş oldukları hizmete kıyasla daha kaliteli hizmet sundukları sonucuna varılmıştır.

Günel (2007) tarafından hazırlanan yüksek lisans tezinde, ayakta tedavi gören hastaların tatmini üzerinde önemli olan noktalar vurgulanmıştır. Tatmin puanlarına göre iyileştirme yapılması gereken konular arasında; tuvalet temizliği, bekleme salonundaki koltuk sayısı, laboratuvarlarda sıra bekleme süresi ve radyolojide sıra bekleme süresi gelmektedir. Ayrıca, toplam bekleme süresinin azaltılması ile hasta tatmininin artırılabilieceği sonucuna da varılmıştır.

Özkara (2006) tarafından yürütülen yüksek lisans tezinde, hastaların ikinci basamak hizmete yönelmelerinde memnuniyetin önemi belirlenmiş, birinci basamak kuruluşlarda, laboratuvar hizmetlerinin iyileştirilmesi, yine bu kuruluşlarda uzman doktor çalıştırılmasının memnuniyet üzerinde olumlu etki yaratacağı sonucuna varılmıştır.

Bu alanda Türkiye'de yapılan önemli diğer bilimsel araştırmalar aşağıda verilmiştir.

Top ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada, İzmir'de bulunan Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yataklı sağlık hizmeti alan hastaların algıladığı hasta tatmin düzeylerini belirlemek, hastaların hasta tatmin düzeylerinin bazı özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini açıklamak, servis (klinik) hastalarının hasta

tatmininin temel belirleyicilerinin neler olduğunu incelemek ayrıca, hastaların hastane genel kalitesi ve klinikteki hekimler ve hemşireler arasındaki ekip çalışması düzeyine ilişkin değerlendirmelerini incelemek amaçlanmıştır.

Erdem ve arkadaşlarının (2008) Elazığ'da hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; hasta bağlılığının en çok ilgi ve nezaket boyutundan etkilendiği görülmüştür.

Rahman ve arkadaşları (2007) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, SERVQUAL ölçeği kullanılarak Elazığ il merkezindeki dört hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmüş ve hastaneler algılanan kalite düzeyleri açısından birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Hastanelerde beklenti-algılama temelinde yapılan ölçümlerde, hastanelerin hasta beklentilerini karşılamadığı sonucuna varılmıştır. İlgili hastaneler algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından karşılaştırıldığında ise; hastanelerin boyutlar bazında, eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir.

Yağcı ve Duman (2006) Mersin'de hastane türlerine göre hastaların kalite algılarını ve memnuniyet düzeylerini poliklinik hastaları üzerinde incelemiştir. Çalışmada kalite boyutları; muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması, tetkik hizmetleri ve fiziksel görünüm olarak bulunmuştur. En iyi hizmet açısından hastane türlerinden özel hastaneler birinci, üniversite hastaneleri ikinci ve devlet hastaneleri üçüncü sırada bulunmuştur.

Gezergün vd. (2006), hekimin tetkik yeterliliği, hekime duyulan güven, hekimin davranış şekli, hekimin hastayı bilgilendirme düzeyi, hekimin kullandığı dil ve iletişim şeklini oluşturan hekimle ilgili genel izlenimin; hastaların yaşına, hekimin adını bilip bilmemelerine, görüşme süresine, genel sağlık durumlarına ve başvurdukları polikliniğe göre farklılık gösterdiği sonucuna varmıştır. Bu sonuçlara ek olarak cinsiyet, medeni

durum ve eğitim düzeyinin hekimlerle ilgili değerlendirmeler üzerinde anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çaha (2007), Türkiye'deki özel hastanelerin hizmet kalite düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada SERVQUAL ölçeği ile İstanbul'da 100 denek ile görüşmüştür. Kamu hastanelerinin yetersiz işgücü ve yetersiz donanımla hizmet sunmalarının hastaların özel hastaneyi tercih etmelerinde önemli rol oynadığı sonucuna varılmıştır.

Zerenler ve Öğüt (2006), Konya ilinde faaliyet gösteren hastanelerin vermiş oldukları sağlık hizmetinin hastalar tarafından algılanan boyutlarını ortaya çıkarmaya çalışmışlardır. 374 hastaya ait anketler değerlendirilmiştir. Doktorların kontrolleri, doktorlara güven duyma, doktorların saygı, nezaket ve anlayışları ve doktorlarla görüşme kolaylığının algılanan hizmet kalitesi açısından olumlu etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Engin ve Sevinç (2005), Konya'da üç devlet ve bir özel hastanede toplam 153 hasta ile çalışma yapmışlar ve yaptıkları çalışmada, hizmetin erişilebilirliği ve hizmetin sunulduğu ortamın hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Dursun ve Çerçi (2004)'nin SERVQUAL ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarında, hastaların devlet hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinden memnun olmadıkları sonucuna varılmıştır.

Tükel ve arkadaşları (2004)'nin, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yaptıkları araştırmada, hastanenin Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na başvurup, yatırılarak tedaviye alınan ve sonrasında taburcu edilen hastaların hasta tatmin düzeylerinin ölçülmesi, hasta tatminini etkileyen faktörlerin irdelenmesi ve öneri geliştirilmesi amaçlanmıştır. Değerlendirmeye alınan 650 anket ile araştırma grubunun

hasta tatmin düzeylerinin değiştiği ve hastanenin bazı eksik yönlerinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Dünyada sağlık sektöründe hizmet kalitesini ölçmeye yönelik son yıllarda yapılan çalışmalar ile bunların sonuçları aşağıda açıklanmıştır.

Rahmqvist ve Bara (2010), İsveç'te yapmış oldukları çalışmalarında, algılanan hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti ilişkisini hastaların demografik özellikleri açısından incelemişlerdir. 20 yaş ve üzeri olan 7245 hastayla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, acil servis hizmetlerinde genç hastaların aldıkları sağlık hizmetinden yaşlı hastalara göre daha düşük düzeyde memnun oldukları (%54) ve düşük eğitim seviyesine sahip hastaların hasta memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Resepsiyonda bilgi verilmeksizin bekletilen hastaların memnuniyetleri negatif yönlü iken, tedavi süreciyle ilgili kararları sorulan hastaların memnuniyetleri pozitif yönlü çıkmıştır.

Chahal (2008), genel hizmet kalitesine etki eden üç boyutun (hemşirelerin tutumu, doktorların tutumu ve ameliyat-operasyon kalitesi) hasta sadakati ile ilişkisini Hindistan'daki devlet hastanelerinden yataklı tedavi hizmeti alan 300 hastayla görüşerek gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucuna göre, eğer hasta almış olduğu hizmetlerdeki personelden ne düzeyde memnun ise, hastanın başka bir sağlık sorunu için hem hastaneyi tekrar tercihi hem de çevresine tavsiye etmesi o düzeyde olumlu olacaktır.

Lovelock ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada, doktorun ve laboratuvarın kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde belirgin etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Boshoff ve Gray (2004), özel hastanelerde tedavi gören hastaların hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyetleri arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amacıyla yürütmüş oldukları çalışmayı 323 hasta ile Güney Afrika’da gerçekleştirmişlerdir. Çalışma sonucuna göre, hizmet kalitesini etkileyen boyutlardan hemşirelerin empati yapması ve güvenlik boyutlarının sadakat ve müşteri memnuniyeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, müşteri memnuniyeti boyutlarında, yemek hizmetlerinden, hemşirelik hizmetlerinden ve ücretlerle ilgili hizmetlerden memnuniyetin hem sadakat hem de genel memnuniyet üzerinde pozitif yönlü etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Yapılan çalışmada literatürden farklı olarak, Eskişehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yatarak tedavi hizmeti alan hastaların kalite algılarında rol oynayan faktörler amaca hizmet edecek şekilde belirlenmiştir. Buradan hareketle yapılan analizler sonrasında hasta memnuniyetini etkileyen kalite boyutları belirlenmiştir. Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde kalite boyutlarının ne düzeyde etkili oldukları belirlenerek, servisler arası karşılaştırma yapılmıştır. Demografik bilgilerin analizi yapılarak, kalite boyutları bazında anlamlı farklılıkların olup olmadığı araştırılmıştır. SERVQUAL temelli analiz ile hesaplanan skorlar üzerinden anlamlılığı hipotez testiyle sınanmış, hasta memnuniyetinin sağlanmadığı negatif skorlu hizmetler, bir sonraki çalışma olan KFY’ye ait kalite evinde “hasta istekleri” olarak değerlendirilmiştir. Hasta önem dereceleri hesaplanırken, AHP yönteminden yararlanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda, SERVQUAL skorlarının oranlanmasından elde edilen puanlar esas alınmıştır. Kalite evine ait diğer aşamaların KFY takımı ile birlikte tamamlanmasının ardından, hastane yönetimine hastaların istek ve beklentilerini karşılayacak teknik karakteristikler öncelikleriyle birlikte sunulmuştur.

4.KALİTE FONKSİYONU YAYILIMI

İngilizce “Quality Function Deployment” olarak bilinen “Kalite Fonksiyonu Yayılımı” Türkiye’de tanınmaya başladığından beri Türkçe’ye “Kalite Fonksiyonu Yayılımı (KFY)”, “Kalite Fonksiyonu Açılımı” ve “Kalite Fonksiyonu Göçerimi (KFG)” olarak farklı şekillerde tercüme edilmiştir.

4.1.KFY’nin Tanımı ve Tarihi Gelişim Süreci

KFY; “müşteri tatminini amaçlayan, müşteri gereksinimlerini tasarım hedefleri haline getirip bunların en önemli kalite güvenceleri olmasını sağlayan ve bu anlayışın üretimin her noktasında kullanılmasını gerekli kılan, kalite metodolojisi (Akao, 1990)” olarak tanımlanmaktadır. Yapılan tanımdan da anlaşılacağı üzere, KFY’de müşteri memnuniyeti ön plandadır. Bu amaca ulaşmak için örgütün tüm fonksiyonlarının eş zamanlı çalışması gerekmektedir.

KFY ilk kez 1966 yılında Yoji Akao tarafından Japonya’da ortaya atılan bir yönetim metodudur. Akao’nun geliştirdiği teorik çerçevenin hayata geçirilebilir, biçimlendirilmiş bir yaklaşım olarak kalite kontrol planlamasında kullanımı 1972’de mümkün olmuştur (Costa vd., 2001). KFY, ilk kez 1972’de, Japonya’da “Mitsubishi Heavy Industries Ltd.” Şirketi tarafından Kobe tersanesinde kullanılmıştır (Besterfield vd., 1999). Yöntemi başarıyla uygulayan ilk şirketlerden biri Japon otomotiv şirketi Toyota olmuştur. KFY uygulaması ile Toyota ürün geliştirme maliyetlerinde %61 azalma sağlamış, ürün geliştirme süresini %1 oranında kısaltmış ve paslanmayla ilgili garanti problemlerini ortadan kaldırmıştır (Eskioğlu, 2012). KFY Amerika’da ilk kez 1984 yılında Xerox şirketinden Dr. Clausing tarafından uygulanmıştır. 1989’da yaklaşık 20 Amerikan firması KFY tekniğini uygularken 1997’de bu tekniği uygulayan

firma sayısı 100'ün üzerine çıkmıştır. Bu firmalardan bazıları; Buidd Corporation, Kelsey Hayes Corporation, Motorola, Digital Equipment, Hewlett Packard, AT&T, NASA, Eastman Kodak, GoodYear, Proctor and Gamble, Polaroid, NCR, Ford, General Motors gibi firmalardır (Eskioğlu, 2012).

Türkiye'de ise bilimsel yazına yansıyan ilk KFY uygulamasını beyaz eşya üreticisi olan Arçelik firması 1994 yılında bulaşık makinesi üzerinde gerçekleştirmiştir (Telek ve Akın, 1996; Akbaba, 2005 a; Akbaba, 2005 b). Şirket, 1995 yılında buzdolabı, çamaşır makinesi ve elektrik süpürgesi için de KFY uygulamaları başlatmıştır. Türkiye'de tanınmaya başlaması ile birlikte KFY yöntemini uygulayan işletmelerin sayısı da artmıştır. Tofaş, Cevher Maden Sanayi, BMC, Beko ve Brisa bu yöntemi uygulayan diğer işletmelerden bazılarıdır (Akbaba, 2005 a; Akbaba, 2005 b).

4.2.KFY İle İlgili Kavramlar

Kalite evi; KFY takımı tarafından oluşturulan KFY'nin temel yapısıdır. Müşteri istekleriyle bunları karşılamaya yönelik olarak belirlenen kalite karakteristiklerini ilişkilendirmeye, ürün özelliklerini algılamaya dayalı olarak karşılaştırmaya, kalite karakteristiklerini objektif ölçülere dayalı olarak karşılaştırmaya ve aralarındaki olumlu ya da olumsuz korelasyonları belirlemeye yarayan bir matrisler setidir (Morris ve Morris, 1999; Yanmaz, 2005; Faydalı, 2011).

Kolaylaştırıcı; KFY'yi, elemanlarını, çeşitli uygulamalarını ve seçeneklerini bilen ve uygulama deneyimi olan, spesifik olarak konuları bilmese de KFY takımı yönlendirme görevini üstlenmiş, firma içinden ya da dışından seçilebilen yönlendirici kişidir (Faydalı, 2011).

KFY takımı; KFY projesini yürütmek için; projeyle ilgili olan bölümlerden ve en azından bir KFY semineri almış kişiler arasından seçilmiş firma çalışanlarından oluşan proje grubudur (Faydalı, 2011).

Müşterinin sesi; her bir ihtiyacın, müşteri için belli bir öneminin olduğu; müşteri ihtiyaçlarının hiyerarşik bir kümesidir. KFY içinde “müşterinin sesi”, müşterilerin beklentileri, istekleri ve algılamadığı ihtiyaçlarıdır. Müşterinin sesi, yüz yüze görüşme, anketler, gözlemler, saha raporları, garanti uygulamasından elde edilen veriler, müşterilerin ürün veya hizmet ile ilgili görüşlerinin kaydedilmesi gibi çeşitli yollarla elde edilmektedir.

4.3.KFY'nin Uygulama Alanları

KFY, Japonya'nın ardından ilk olarak Kuzey Amerika'da tanınmaya başlamış ve ardından 1980'lerde Avrupa'ya yayılmıştır. Uygulamalarına tüm dünyada başlamasının ardından, günümüzde KFY konusundaki çalışmalar Uluslararası Kalite Fonksiyon Göçerimi Konseyi tarafından desteklenmekte ve gerekli yönlendirmeler yapılmaktadır.

KFY'nin kullanımı; ürün, hizmet ve yazılımdan müşteri memnun değil ya da şikayet ediyorsa, pazar payı sürekli azalıyor ve pazar büyümüyorsa, aşırı tasarım tekrarı ürün geliştirme zamanının çok uzamasına neden oluyorsa, işletme fonksiyonları arasında kötü iletişim varsa, ürün geliştirme kaynaklarında eksiklik söz konusu ise, ürün geliştirmede takım çalışmalarının verimliliği azalıyor, işletme fonksiyonları arasında yorum farklılıkları bulunuyorsa, ürün geliştirme devri uzun ise, üretimin her aşamasında en uygun üretim sağlanamıyorsa, işletmede personel devir hızı fazlaysa gereklidir.

KFY, imalat karakterli sanayi işletmelerinde ve hizmet işletmelerinde uygulama alanı bulmuştur. KFY kullanan sektörler; ulaştırma, güvenlik, iletişim, elektrik-elektronik, IT, yazılım, üretim, kimyasal ürünler-eczacılık, eğitim ve araştırma, yiyecek sektörleridir. Ayrıca; askeriye, uçak, otomobil, fotokopi makinesi, dayanıksız tüketim malları, kağıt ürünleri, gemi ve tekstil ürünlerinde de uygulama çalışmaları yapılmıştır. Çocuklar için güvenli müzik kutusu tasarımında, yemek endüstrisinde, ketçap kalitesinin iyileştirilmesinde, Danimarka’da tereyağı kalitesinin iyileştirilmesinde, ağır gümrük kamyonlarında motor filtresinin kalitesinin iyileştirilmesinde, kalem tasarımında kullanılmıştır. Toyota ve Honda yeni ürün geliştirme zamanını azaltma, Ford mühendislik ihtiyaçlarını daha net biçimde ortaya koyabilme, Digital Equipment daha iyi müşteri ve tedarikçi ilişkileri kurabilme, Hewlett Packard ise çok daha yüksek performanslı yazılım ve donanımlar tasarlama imkanları elde etmişlerdir (Revelle vd., 1998: Temeloğlu’ndan, 2008).

Türkiye’de ise, KFY alanında yürütülen çalışmaların büyük çoğunluğu akademik nitelikli olup, özel sektörlerdeki uygulamalar belirli sayıda kişilerin yaptığı çalışmalar ile sınırlı kalmaktadır. Türkiye’de KFY’nin ilk uygulayıcısı Arçelik olmuştur. Eczacıbaşı Grubu’ndan Artema da 1998 yılında KFY çalışması gerçekleştirmiştir. Çalışmada, “odak grup” yöntemi uygulanarak müşteriye ulaşılmış ve bornoz askısı, sabunluk, tuvalet kağıdı asacağı, tuvalet fırçalığı gibi ürünleri için müşterinin beklentileri araştırılmıştır. Artema’da ekonomik sınıf olarak nitelenebilecek Alpha ve Alphina banyo aksesuar serileri KFY anlayışı kullanılarak geliştirilmiştir. Kalite evi çalışmasının ardından Artema’da, müşteri memnuniyeti seviyesinde %8, ürün geliştirme hızında ise %25 oranında artış gözlemlenmiştir. Bunun yanında, ürün geliştirme hızına bağlı olarak maliyetlerde de düşüş gözlemlenmiştir.

KFY’nin bir diğer uygulaması ise seramik üreticisi olan Vitra’da 1995 yılında gerçekleştirilmiştir. Firma, Türkiye’de ilk defa gerçekleştirilecek olan bedensel engellilere yönelik ürünlerin tasarımını gerçekleştirmek üzere Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu ile ortak bir çalışma yapmışlardır.

Sonuçta, tekerlekli sandalye ile rahatça yanaşılabilir şekilde lavabo derinliği minimum olan, bedensel engelli birinin rahatça armatüre ve aksesuara ulaşabileceği şekilde, çok daha ergonomik bir lavabo tasarlanmış ve üretilmiştir.

KFY, hizmet işletmelerinde de uygulama alanı bulmuş bir yöntemdir. Hizmet işletmelerinde hizmet kalitesini düşürmeden personel sayısında büyük düşüşler sağlamak zordur. Örneğin, sağlık sektöründe hizmet kalitesi düşürülmeden daha az personel ve daha az kaynakla müşteri memnuniyeti nasıl sağlanabilecektir? Bu noktada KFY, modern kalite sistemi ve geleneksel kalite sistemi arasındaki farkları anlamaya yardımcı olur. KFY müşteri memnuniyetini artırmayı hedefleyen bir kalite sistemidir. Müşteri ihtiyaçlarını öncelik sırasına koyarak hizmetin en iyi şekilde geliştirilmesini sağlayarak işletmeye rekabet avantajı sağlar (Saatçioğlu, 2010).

4.4.KFY Süreci

KFY süreci dört aşamadan oluşmaktadır ve bu aşamalar aşağıda yer almaktadır:

Aşama 0: Planlama

Aşama 1: Müşteri sesinin toplanması

Aşama 2: Kalite evinin oluşturulması

Aşama 3: Sonuçların analizi ve yorumlanması

4.4.1.Planlama

KFY uygulaması bir projedir ve hayata geçirilmeden önce mutlaka bir planı yapılmalıdır. Projenin başarılı olabilmesi için düzgün bir şekilde planlanması çok

önemlidir (Shillito, 1994: Saatçioğlu'ndan, 2010). Planlama aşaması adımları aşağıdaki şekildedir:

Örgütsel desteğin kurulması: KFY projesinde örgütsel desteğin sağlanması, başarının temel anahtarıdır. Örgütsel destek; yönetimin desteği, işlevsel destek ve KFY teknik desteğinden oluşur. *Yönetimin desteği*, örgütün tepe yönetiminin KFY projesinin tamamlanması için gerekli olan kaynakların ayrılması, müşteri isteklerinin toplanması, KFY kolaylaştırıcısının belirlenmesi, takımın oluşturulması ve istenilen sonuç elde edilene dek KFY projesini yürütmesi için gerekli koşulların oluşturulmasını içerir. KFY yaklaşımının başarıyla uygulanması için tepe ve orta düzey yönetimin desteğinin sağlanması temel oluşturur. *İşlevsel destek*, KFY sürecine katılacak ilgili grupların (satın alma, imalat, kalite güvence, satış, hizmet, eğitim, pazarlama, finans) gereksinim olduğu ölçüde KFY projesini desteklemelerini içerir. *Teknik destek* ise, KFY'nin uygulanabilmesi için, her takım üyesinin KFY ilkelerini bilmeleri ve en azından bir seminer almış olmaları, ayrıca KFY kolaylaştırıcısının takımı yönlendirebilmek için KFY'nin farklı uygulamaları, seçenekleri ve elemanlarını biliyor olmaları gerekliliğini ifade eder.

Amaçların belirlenmesi: KFY projesini gerçekleştirme amaçları; devrimsel tasarım geliştirmek, maliyetleri düşürerek verimliliği artırmak için ürünü ya da hizmeti yeniden tasarlamak, ürün kalitesini artırarak müşteri memnuniyeti sağlamak, ürün ya da hizmetin güvenilirliğini artırmak olarak gösterilebilir (Shillito, 1994: Saatçioğlu'ndan, 2010). KFY proje kapsamında farklı amaçlarda da çalışılabilir. Bu amaçlar; müşteri istek ve ihtiyaçlarının anlaşılması, ürün ya da hizmet için kalite ve işletme hedeflerinin belirlenmesi, ürün yeteneklerinin önem sırasına sokulması, ürün ya da hizmet için ortak takım vizyonunun oluşturulması, bütün karar ve varsayımların kompakt bir diyagramda toplanması (Kalite Evi), projeyi ileriye götürecek bir faaliyet listesinin oluşturulması, teknik karar ve müşteri ihtiyaçları arasında ilişkilerin oluşturulması, projenin yarısında, "biz bu çalışmayı niçin yapıyoruz?" sorusuna yanıt alamayıp geriye dönerek projeye yeniden başlama riskinin enazlanması ve daha hızlı ürün planlamasıdır (Uğur, 2007; Temeloğlu, 2008; Faydalı, 2011).

Müşteri grubuna karar verilmesi: Müşterinin en baştan açık bir şekilde tanımlanmış olması, takımın bundan sonra yapacağı çalışmalarda fikir birliği içinde çalışmasını

beraberinde getirecektir. Müşterilerin belirlenmesi süreci iki aşamadan oluşur. İlk olarak bütün olası müşteriler tanımlanır ve sonra ikinci aşama olarak, ana müşteri grubu tanımlanır (Ortaburun, 2010). Müşteriler genellikle üç grupta toplanabilir. *Nihai müşteriler*, bir ürün ya da hizmeti kendi özel gereksinimleri için kullanan kesimdir. *Ara müşteriler*, genellikle ürünün dağıtımını yapan toptancı ve perakendecilerdir. *İçsel müşteriler* ise örgütün içinde yer alan ve bir şekilde hem ara müşterilerin hem de son kullanıcıların tedarikçisi durumunda olan kesimdir.

Zaman dilimine karar verilmesi: Tüm KFY takımının projenin hedefleri doğrultusunda çalışabilmeleri ve faaliyetlerini etkin bir şekilde uygulayabilmeleri için zaman planlamasının açık bir şekilde yapılmış olması gereklidir (Chen, 1995: Saatçioğlu'ndan, 2010).

Ürün ya da hizmet kavramına karar verilmesi: KFY ekibi ürün tasarımının ayrıntılarıyla uğraşmak yerine öncelikle amaçlara yoğunlaşmalıdır. Öncelikli olarak hangi ürün ya da hizmetin projeye dahil edileceğine karar verilmelidir (Cohen, 1995: Saatçioğlu'ndan, 2010).

Kurulacak takıma karar verilmesi: KFY, bir takım prosesidir. KFY'de oluşturulacak matrisin büyüklüğü, gereken bilgilerin kapsamı ve sinerjik tartışmaya olan ihtiyaç, bunun bir takım çalışması olmasını zorunlu hale getirmiştir. KFY takımında en az bir tasarımcı, bir KFY yürütücüsü, bir proje lideri ve bir KFY takım lideri olması gerekir (Shillito, 1994: Saatçioğlu'ndan, 2010). KFY takımı, farklı bakış açılarını birleştirmeli, işletme içinde eşit düzeylerden gelmeli ve takımdaki en az bir kişi KFY projesinde yer alan ürün ya da hizmet hakkında yeterince bilgiye sahip olmalıdır. Takım üyeleri aynı zamanda projeyi gerçekleştirmek için gerekli motivasyona sahip olmalı, yaratıcı, hevesli ve işbirliğine açık olarak diğer takım üyeleriyle sürekli olarak iletişim içinde olmalıdır (Shillito, 1994: Saatçioğlu'ndan, 2010). KFY takımında yer alan KFY yürütücüsü takımın düzenli çalışmasını sağlayarak, gerekli toplantıları düzenlemekte, gerekli imkanları sağlayarak takımın motivasyonunu sağlamaktadır (Revelle vd., 1998: Saatçioğlu'ndan, 2010).

KFY programının oluşturulması: KFY projesi içeriğine göre kısa ya da uzun süreli bir projedir. Bu sebeple projenin bir programının yapılması ve ona göre hareket edilmesi gerekmektedir.

Gerekli malzeme ve tesisin sağlanması: KFY takımının projeyi yapılan plana uygun olarak gerçekleştirebilmeleri için, gerekli olan malzeme ve imkanların işletme tarafından sağlanması gerekmektedir. KFY süreci birkaç gün ya da birkaç ay sürebileceğinden, konsantrasyon yoğunluğunun sağlanması için genellikle takım üyelerinin normal çalışma yerlerinden farklı bir yer KFY ortamı olarak seçilmelidir.

4.4.2.Müşteri sesinin toplanması

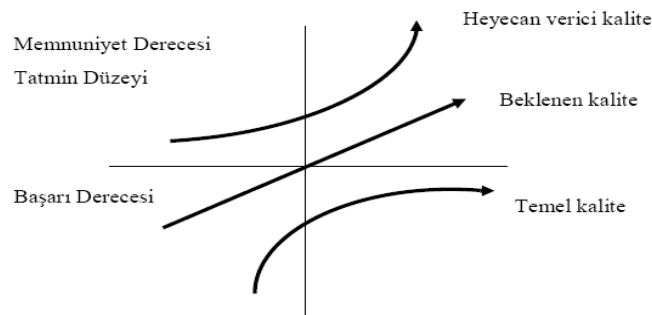
Yeni bir ürünün tasarımına ya da geliştirilmesine başlamadan önce örgütler, müşterilerinin düşüncelerini öğrenmek zorundadırlar. Bir kez hedef pazar belirlendikten sonra, şirket ya da örgüt, artık müşterilerin isteklerini ve gereksinimlerini belirlemeye ve tahmin etmeye yönelik olarak faaliyetlerini sürdürmelidir. Endüstri mal üreten değil, müşteri tatmin eden bir süreçtir (Arıcan, 2006).

Günümüz müşterileri teker teker ne kadar dikkate alındıklarıyla ve gereksinimlerinin ne kadar karşılandığıyla ilgilenmektedir. Pazarda başarılı olmak için müşteri isteklerinin iyi anlaşılması ve tatmin edilmesi gereklidir. Bunu sağlamak; örgütteki herkesin yaptığı faaliyetleri müşterileri tatmin etmeye yönelik olarak yapmasıyla olur. KFY’de kaynakların dağılımına ve yeteneklerin kullanımına karar vermek için yönetimin isteklerinden çok müşterinin sesine önem verilmektedir. Müşteri yönlü olmak isteyen bir işletme; öncelikle hedef müşterilerini belirlemeli, bu müşterileri kendilerinden daha iyi tanımalı ve örgütteki her faaliyeti onları tatmin edecek şekilde organize etmelidir (Eskioğlu, 2012). Eğer örgütün iyi bir müşteri veri tabanı yoksa başarılı bir KFY uygulaması için mutlaka bir bilgi sistemi kurulmalıdır. Çünkü bir

firma, kör (kontROLSÜZ) bir şekilde müşteri gereksinim ve beklentilerine yanıt veremez. Fırsatlar tanımlanarak uygun tekniklerle müşteri istekleri toplanmalıdır (Arıcan, 2006).

Müşteri ihtiyaçlarının tanımlanması: Müşteri beklentileri genellikle, genel ve üstü kapalı bir biçimde ifade edilmiş kavramlardır. İşletmeler, müşterilerinin düşüncelerini belirlemeye ve ne istediklerini anlamaya çalışırlar. İnsanlara soru sormak, müşteri ihtiyaçlarını tam anlamıyla ortaya koymaz. Müşterilere ne istedikleri sorulduğunda, çoğunlukla ikinci ve üçüncü derecedeki ihtiyaçlarını açığa vuracaklardır (Eskioğlu, 2012). KFY ekibinin görevi müşteri gereksinimlerini daha öz maddelere indirgemektir. Bu işlem yapılırken müşteri beklentileri tam manasıyla özümsemeli, bu beklentiler yöneticilerin beklentileri şekline dönüştürülmemelidir.

Müşteri ihtiyaçlarının yönetimi: Bir işletmenin başarılı olabilmesi için tüketici gereksinimlerinin belirlenmesi yeterli değildir. Bu gereksinimlerin müşteri tatminini ne derece etkilediğinin bilinmesi gereklidir. Bu nedenle işletmeler tüketici gereksinimlerini en doğru şekilde analiz etmelerini sağlayan Kano modelinden faydalanmaya başlamışlardır. Noritoki Kano tarafından geliştirilen model, işletmelerin müşteri beklentilerini karşılayabilme derecesi ile tüketici tatmini arasındaki ilişkiyi anlatan bir modeldir. Kano modelinin grafiksel gösterimi Şekil 4.1’de görülmektedir. Grafiğin yatay eksenini ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılamada ne kadar başarılı olduğunu göstermektedir. Kısaca başarı derecesi, işletmenin tüketici gereksinimlerini karşılayabilme derecesidir. Dikey eksen ise ürün veya hizmetle ilgili müşteri tatmin derecesini göstermektedir (Savaş ve Ay, 2005).



Şekil 4.1.Kano modeli (Savaş ve Ay, 2005)

Müşteri hoşnutluğu ile işletmenin başarı derecesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan modele göre üç türlü müşteri ihtiyacı vardır (Eskioğlu, 2012);

1. **Temel Kalite:** Müşteriler tarafından zaten üzerinde bulunması gereken ve bulunduğu varsayılan özelliklerdir. Ürünün veya hizmetin bileşenleridir. Bunların var olması, düşük düzeyde de olsa tatmine katkıda bulunur. Bulunmaması ise tatminsizliğe neden olur. Ürünün temel bir işlevsel gereksinimi yerine getirmemesi, üründe sabit bir sorunun olduğunu gösterir. Müşteriler, temel gereksinimlerinden nadiren söz ederler. Örneğin, hasta doktora gittiğinde doktorun kendisi ile ilgilenmesini bekler. Bunlar hizmetin temel işlevidir ve hastalar normalde bu temel kalite konularından söz etmezler. Bu temel öğeler, çoğu zaman hastalar tarafından kalite olarak algılanmazlar.
2. **Beklenen Kalite:** Müşteriye, söz konusu üründen ne beklediği sorulduğunda alınan yanıtıdır. Müşterinin üründen beklediği temel performanstır. Ürün performansı, müşteri hoşnutluğu ile doğru orantılıdır.
3. **Heyecan Verici Kalite:** Müşteriler, bu gereksinimlerinden nadiren doğrudan söz ederler. Müşterinin beklentisinin ötesine geçen şeylerdir. Müşteri hoşnutluğu ile ürünün başarı durumu arasındaki ilişki, artan parabolik bir davranış gösterir. Ürünün başarısı belli bir değere kadar artmakta iken müşteri hoşnutluğu daha fazla bir ivme ile artmaktadır. Ürün, müşteri hoşnutluğunu tatmin etme açısından, beklenenin ötesinde bir performans göstermiştir.

Müşteri sesinin dinlenmesi: KFY müşteri beklenti ve ihtiyaçlarına odaklandığı için, müşteri ihtiyaçlarının tanımlanması büyük çaba gerektirir. Müşteri ihtiyaçları belirlenirken müşteriye geliştirilecek mamulden ne beklediği, hangi özelliklere sahip olması gerektiği gibi sorular yöneltilir. Müşterilerin beklentilerini anlamak için kullandıkları sözler müşteri sesi olarak bilinmektedir. Müşteri sesi çoğu zaman direkt müşteri ihtiyacı gibi kullanılmayacak şekilde çok genel veya çok ayrıntılı cümlelerden oluşabilir (Chan vd., 1999). Böyle müşteri beklentilerini spesifik müşteri ihtiyaçlarına dönüştürmek KFY takımının işidir.

Müşteri sesinin kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki türünden söz edilebilir. *Kalitatif müşteri sesi* müşterinin ne istediği ile ilgili olup, *kantitatif müşteri sesi* ise bu isteklerin önceliği ile ilgilidir. Müşterilerin belirttikleri ham öncelik puanları müşterilerin en çok ne istediklerini yansıtmaktadır; fakat KFY’de gereken bilgi, en fazla hangi müşteri ihtiyaçlarının karşılanması gerektiğini bilmektir. Toplam müşteri memnuniyeti KFY’nin temel amacıdır (Tan ve Shen, 2000). Bu yüzden, sadece müşteri sesinin dinlenmesi yeterli değildir. Müşteri sesinin karakteristikleri derinlemesine anlaşılmalı ve oradan yararlı bilgi elde edilmelidir.

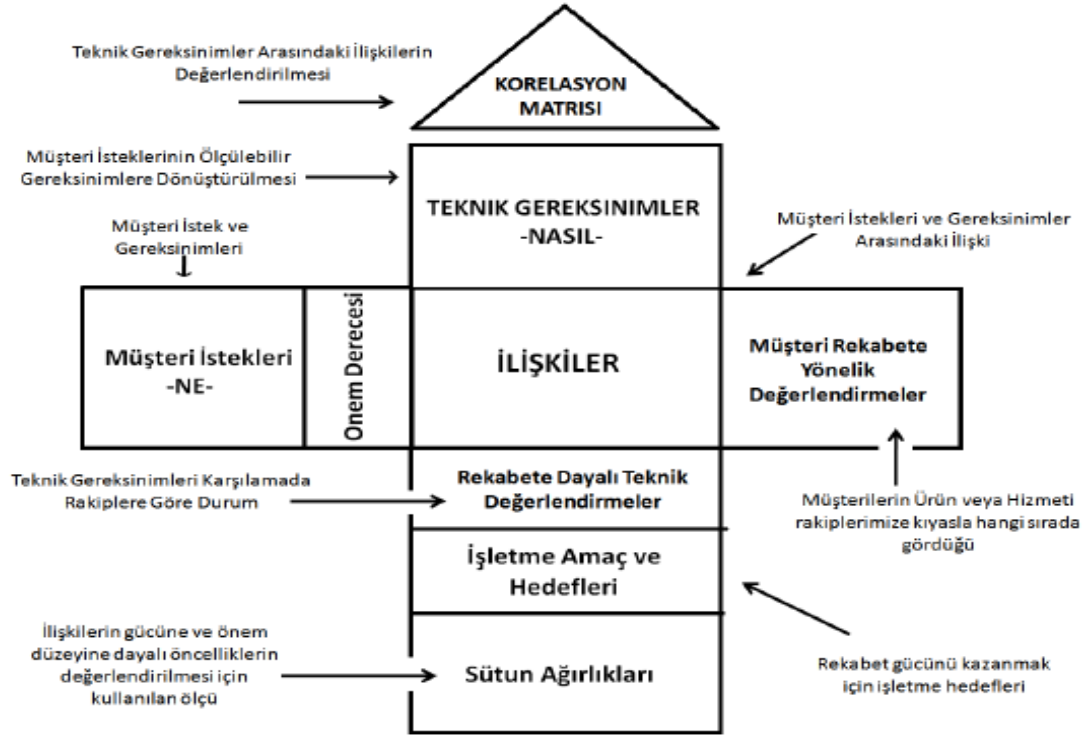
Müşteri ihtiyaçlarının yapılandırılması: Müşteri ihtiyaçlarının yönetilmesi için bunların takım tarafından bir hiyerarşi içerisinde yapılandırılması gerekmektedir. Müşterinin ifade ettikleri ile mühendislik karakteristikleri farklıdır. Müşteriler gerçek istekleri yerine bu istekleri karşılayacak kalite karakteristiklerini söylediklerinde, onlara neden bunun kendileri için önemli olduğu sorulmalıdır (Yenginol, 2000). Bu nedenlerin sonunda müşteri beklentilerini karşılayan bir takım ihtiyaçlar ortaya çıkar. Aynı zamanda stratejik ihtiyaçlar olarak da bilinen birincil ihtiyaçlar, ürün için stratejik yönü belirleyen 5 ile 10 arasındaki en önemli ihtiyaçlardır. Sözelimi, kullanım kolaylığı bir ürün için birincil bir ihtiyaç olabilir. Taktik ihtiyaçlar olarak da bilinen ikincil ihtiyaçlar birincil ihtiyaçların detaylarıdır. Her bir birincil ihtiyaç genellikle 3 ile 10 arasında ikincil ihtiyaçlara bölünür. Bu ihtiyaçlar ilgili stratejik veya birincil ihtiyacın tatmini için nelerin yapılabileceğini belirgin olarak gösterir (Faydalı, 2011; Eskioğlu, 2012).

Müşteri ihtiyaçlarının ağırlıklandırılması: Müşterilerin, önem sıralaması, müşterilerin düşüncelerin her birine atfettiği nispi önemin ölçüsünü göstermektedir. Müşterilerin, şirketin ürünlerine veya hizmetlerine ilişkin rekabete yönelik değerlendirmeleri, aynı şirkete, müşterilerin bu ürünleri, numaralandırılmış bir skala üzerinde hangi sıralamada gördüğünü anlamasına yardımcı olur. Bu bilgiler, şirketin daha sonra, müşterilerinin, rakip ürünleri benzer bir skala üzerinde hangi sırada gördüklerini anlayabilmelerini sağlar. Müşterilerin bizzat şirkete ilettikleri şikayetler, ilgili ürünler konusundaki memnuniyetsizliğin bir göstergesi olarak algılanmalıdır. Böylece, belirgin bir düşüncenin önemi belirgin hale getirilmiş olur. Bu bilgiler hangi müşteri düşüncelerinin şirket için öncelikli olarak ele alınması gerektiğinin belirlenmesi amacıyla incelenir (Day, 1998; Temeloğlu, 2008; Eskioğlu, 2012). Müşteri

ihtiyaçlarının ağırlıklandırılması yani önem derecelerinin belirlenmesi müşteri gereksinimleri ile ilgili sayısal değerlendirmelere olanak tanımaktadır (Eskioğlu, 2012). Müşteri ihtiyaçlarının ağırlıklandırılmasında 5, 7 ya da 9'lu ölçek kullanılabilir. Daha detaylı ve karşılaştırmalı analizlerde 10'lu ölçek ya da Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) yönetimi kullanılır. AHS ile her bir müşteri gereksinimlerinin ikili karşılaştırmaları yapılarak değerlendirilir ve önceliklendirilir (Eskioğlu, 2012). Müşteri ihtiyaçları da ağırlıklandırıldıktan sonra artık bu ihtiyaçların sistem spesifikasyonları ile nasıl bir ilişki içinde olduğunun araştırılması, diğer bir deyişle müşteri ihtiyaçlarının teknik karakteristiklere dönüştürülmesi gereklidir. Böylece müşterinin sesinden sonra mühendisin sesi de belirlenmiş olacaktır.

4.4.3.Kalite evinin oluşturulması ve analizi

Kalite evi, KFY'nin temel yapısıdır. Müşteri istekleri ile bunları karşılamaya yönelik olarak belirlenen kalite karakteristiklerini ilişkilendirmeye, ürün özelliklerini algılamaya dayalı olarak karşılaştırmaya, kalite karakteristiklerini objektif ölçülere dayalı olarak karşılaştırmaya ve aralarındaki olumlu ya da olumsuz korelasyonları belirlemeye yarayan bir matrisler setidir (Morris ve Morris, 1999: Olcay'dan, 2007). Kalite evinin genel yapısı Şekil 4.2'de görülmektedir.



Şekil 4.2. Kalite evi genel yapısı (Faydalı, 2011)

Kalite evi genel yapısını oluşturan yedi ana parça ve ifadeleri şu şekildedir:

Müşteri istekleri kısmının oluşturulması: Müşterinin sesinin toplanması kısmında toplanan ve yapılandırılan müşteri istek ve beklentilerinin, kalite evinin ilgili bölümüne yazılması aşamasıdır. Müşterinin sesi; müşteri özellikleri, müşteri ihtiyaçları veya talep edilen kalite olarak da bilinirler. Kalite evinin ilk girdisi olarak, üründe/hizmette dikkat edilmesi gereken özellikleri vurgularlar (Alptekin ve Tolga, 2006).

Planlama matrisinin oluşturulması ve analizi: Planlama matrisi pazar araştırmalarında gözlemlenen müşteri algılamalarını gösterir. Bu matriste müşteri isteklerinin kıyaslamalı önemleri ile firma ve rakiplerin bu gereksinimleri karşılamadaki performansları gösterilmektedir. Planlama matrisi ile işletmenin kendi ürünü ile

rakiplerinin ürünleri arasında kıyaslama yapılabilmesini sağlar. Firmanın kendi ürünün piyasadaki yerini görebilmesi açısından büyük önem taşır (Eskioğlu, 2012).

Planlama matrisi, kalite evinin sağ tarafında yer alan bir bölümdür ve müşteri gereksinimlerini önceliklendirmede KFY takımına yardımcı olan bir araçtır. Bu matris her bir müşteri gereksinimi ile ilgili sayısal veriler içermektedir. KFY takımı planlanan mal veya hizmetin hangi yönü üzerinde yoğunlaşılması gerektiğine karar vermek için bu verileri kullanmaktadır. Planlama matrisinin içereceği sütunların sayıları ve bu sütunların yapıları KFY takımlarının tercihlerine bağlı olarak her bir KFY çalışmasında değişiklik gösterebilmektedir. Planlama matrisi genel olarak; müşterilerin gereksinimlere verdikleri önem puanları, işletmenin ve rakiplerinin performansları, ulaşılmak istenen hedefler, iyileştirme oranı, satış noktası, ham ağırlık puanı ve normalize edilmiş ham ağırlık puanlarını içeren sütunlardan oluşur (Akbaba, 2005 b).

Kalite karakteristiklerinin belirlenmesi ve analizi: Bu bölüm, kalite evinin oluşturulmasında en çok zaman alan bölümdür. Bir kalite karakteristiği; herhangi bir müşteri isteğinin ne şekilde karşılanacağını gösteren bir ifadedir. Kalite karakteristikleri, kalite evinin üst kısmında, sütunlarda yer alır. Her müşteri isteğini karşılamak için en az bir kalite karakteristiği belirlenmelidir (Faydalı, 2011). Karakteristikler özenle belirlenmelidir ve sayı arttıkça matrisin karmaşıklık derecesinin önemli ölçüde artacağı dikkate alınmalıdır. Teknik karakteristiklerin belirlenmesi, müşteri bilgilerinin belirlenmesinden sonra müşteri isteklerinin tasarım, işletme ve üretimde kullanabilmek için mühendislik diline çevrilmesidir. Müşterinin istekleri “müşterinin sesi” olarak adlandırılabilirse, teknik karakteristiklere de “mühendisin sesi” veya “firmanın sesi” demek yanlış olmayacaktır (Yenginol, 2000).

İlişki matrisinin oluşturulması ve analizi: Teknik karakteristiklerin belirlenmesinden sonraki doğal adım, müşteri istekleri ile teknik karakteristikler arasındaki ilişki düzeylerinin belirlenmesidir. Burada ilişkiden kastedilen; her sütundaki teknik karakteristiğin, her sütundaki müşteri isteğini karşılamadaki etkisidir. İlişki matrisini oluşturmanın yöntemi; her sütun (teknik karakteristik) üzerinde tek tek durarak, müşteri isteklerini karşılamaya ne derece katkıları olduğunu, takımın tüm üyelerinin düşünce

birliği ile belirlemektir (Eskioğlu, 2012). İlişki derecelerini belirlemede Çizelge 4.1’de gösterilen semboller ve sembollere ilişkin puanlar kullanılır.

Çizelge 4.1.İlişki matrisi (Eskioğlu, 2012)

İlişki Derecesi	Amerikan Sistemi Puanlama	Japon Sistemi Puanlama	Sembol
Güçlü İlişki	9	5	Θ
Orta İlişki	3	3	O
Zayıf İlişki	1	1	Δ

Teknik karakteristikler ile müşteri istekleri arasındaki ilişkiyi belirleme amacının; her bir teknik karakteristiğın, müşteri isteklerini karşılamadaki etkisini belirlemek olduğu ifade edilmiştir. Böylece teknik karakteristiklerin öncelikli olarak iletılması gerekenleri belirlenebilecektir. Bunu belirlemenin yolu da her bir teknik karakteristiğe ait teknik önem derecesi puanının hesaplanmasıdır. Teknik önem derecesi, her teknik karakteristik için, planlama matrisinde hesaplanan “yüzde önem” değerleri ile ilişki puanlarının çarpımlarının toplamını bularak hesaplanır (Yenginol, 2000).

Teknik korelasyonların belirlenmesi ve analizi: Müşteri isteklerini karşılamak amacıyla belirlenen teknik karakteristikler arasında olumlu ya da olumsuz etkileşimler olabilir. Bu türlü etkileşimlerin görülebilmesi için de çatı matrisi ya da diğer adıyla korelasyon matrisi kullanılır. Bu matriste her hücre; iki farklı teknik karakteristik arasındaki korelasyonu temsil eder. Belirlenen korelasyon düzeyi, olumsuz ya da güçlü ise, KFY takımının bu teknik karakteristiklerin geliştirilmesi ile ilgili olarak özel bir çaba harcaması gerekli demektir. Belirlenen olumsuz korelasyonlar ise, genellikle aynı anda birbirine zıt iki fiziksel durumun gerçekleşmesi gerekliliği şeklinde ortaya çıkar.

Teknik kıyaslamaların yapılması ve hedeflerin belirlenmesi: Teknik kıyaslamalar bölümünde, belirlenen her teknik karakteristik nesnel ölçüm değerleri ile rakip ürünlere ilişkin aynı karakteristiklerin ölçüm değerleri karşılaştırılır. Amaç, öncelikli teknik karakteristikler bakımından rakiplerle karşılaştırıldığında ürün değerlerinin nerede olduğunu görmek ve hedef belirlemek için bir veriye sahip olmaktır.

Sonuçlara dayalı geliştirme projesinin hazırlanması: Tüm bu aşamaların sonunda nihai kalite evi ortaya çıkar. Sektörel özellikler, ürün ya da servis için kritik önem taşıyan birtakım değişken ve veriler ek olarak kalite evine eklenebilir. Kalite evinin tüm kısımlarının oluşturulması bazı durumlarda KFY takımının ortak görüşü üzerine gerekmebilir. Yapılan çalışmanın faydası, harcanan zaman ve parayı karşılamalıdır (Savaş ve Ay, 2005).

4.5.KFY'nin Avantaj ve Dezavantajları

KFY yöntemi, bu yöntemi başarıyla uygulayan şirketlere bir takım avantajlar sağlar. KFY tekniğini oturtan ve halen kullanmakta olan işletmeler, kalite sorunlarından oluşan maliyet azalışı dışında, tasarım, üretim ve servis maliyetlerinin belirgin bir şekilde azalma gösterdiğine tanık olmuşlardır. Yöntemin avantajları şu şekilde sıralanabilir:

- KFY metodunu kullanarak şirketler müşterilerinin sesini yakalayabilir ve ihtiyaçlarını ürün veya hizmetlere aktarabilirler.
- KFY tekniği, açık ve mantıklı adımlardan oluşan kalite evi aracılığı ile ürün ve kalite geliştirme çabalarına düzen ve disiplin getirir.
- Müşteri taleplerinin tam olarak saptanması ve pazara sunulacak ürünlerin rakip ürünlerle karşılaştırılması sayesinde rekabetçi hedeflere ulaşılmasına olanak verir.
- En yüksek düzeyde rekabet edebilme şansını elde edebilmek için, yeni ürünlerde kullanılması gereken yeni teknolojilerin kolayca teşhis edilebilmesini sağlar.

- Yeni pazar stratejilerinin kolaylıkla tanımlanabilmesini sağlar.
- Ürün veya hizmet geliştirme-pazara sunma sürecini kısaltır, hazırlık maliyetlerini düşürür.
- Dökümanite edilmiş ürün geliştirme sürecini sağlar.
- Daha yüksek bir kalite düzeyine ulaşabilmek için, geliştirilmesi gereken kritik karakteristikleri belirlemeye olanak verir.
- Kalite, maliyet, verimlilik gibi kritik faktörler arasından öncelik verilecekleri tayinde yardımcı olur.
- Kalitenin yükselmesini sağlar.
- Kaynakların en iyi kullanılmasını sağlar.
- Daha çok güvenilirlik sağlar.
- KFY uygulanırken herkesin katılımı, birimler arası iletişimin artması ve üst yönetimin desteği gereklidir.
- Organizasyonda çalışan her birey işini en iyi şekilde yapmaya gayret eder.

KFY'nin yararlarının yanında bazı olumsuz yanlarını da sıralamak mümkündür (Saatçioğlu, 2010; Faydalı, 2011):

- Sürecin en başında dikkatli olma zorunluluğu, üretim süreci başladıktan sonra geriye dönüşümün maliyetli olması.
- Yüksek düzeyde şirket kültürü gerektirmesi.
- Disiplinler arası bilgi kullanımında yetkinleştirilmiş personel gerektirmesi.
- Bazı durumlarda çok sayıda verinin matrisler içinde ilişkilendirilmesi gereği nedeniyle yoğunlaşma zorluğu.
- Çok büyük matris.
- Müşteri dilinin gereksinimlerinin tam olarak algılanamaması.
- Soyut isteklerin somutlaştırılmasında zorluklar yaşanması.

5.YATAN HASTA KALİTE ALGISININ SERVQUAL TEMELLİ ANALİZ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

1971 yılında 200 yatak kapasitesi ile kurularak hizmete açılan Eskişehir Devlet Hastanesi (EDH), 2011 yılında Eskişehir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile birleşerek 995 hasta yatağı ile; hasta ve yaralıların, hasta olduklarından şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tanı ve rehabilite edildikleri bir sağlık kurumudur. Toplamdaki 995 hasta yatağının 67'si Genel Cerrahi servisine ait iken; 52 adedi de Dahiliye servisine aittir.

Uygulama yeri olarak EDH'nin seçilmesinin nedeni; devlet hastanesi olması, son zamanlarda hizmet kalitesinin geliştirilmesine yönelik birçok yenilikçi çalışmanın yapılmış ve yapılıyor olmasıdır. Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinin uygulama kapsamında ele alınmasının nedeni ise; en çok hasta sirkülasyonunun olduğu servisler olması, yataklı tedavi hizmeti verilmesi nedeniyle servislerde belirli bir süre kalan hastaların aldıkları hizmetler konusunda daha ayrıntılı bilgiye sahip olma olasılığı, yüz yüze uzun süre konuşma imkanının fazla olması, daha çok hastaya ulaşabilme olanağının olması ve verilen sağlık hizmetlerinin genişliğidir.

Çalışmada, sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılması için EDH Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yataklı tedavi hizmeti gören hastaların algılanan hizmet kalite düzeylerinin ölçülmesi ve her iki servisin kalite düzeyleri açısından birbiriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amacın yanı sıra ulaşılmak istenen alt amaçlar şunlardır:

- Hizmet kalite boyutlarını ve belirlenmiş kalite boyutlarının SERVQUAL skorlarını belirleyerek, boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyini tespit etmek,

- Her bir hizmet kalitesi boyutuna ilişkin elde edilen SERVQUAL skorları ile demografik özellikler (servis, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence) arasındaki ilişkiyi inceleyerek anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek,
- EDH’de, hizmet kalite beklentisi ile hizmet kalite algısı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını incelemektir.

Çalışma, Aralık 2012 ve Ocak, Şubat, Mart 2013 aylarında, 18 yaş ve üzeri, Dahili ve Genel Cerrahi birimlerde yatarak tedavi gören ve yatış süresi en az 1 gün olan, sağlık durumu anketi doldurmaya elverişli olan ve anketi doldurmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşme yönteminden yararlanarak yapılmıştır.

Araştırmanın en önemli kısıtları; zaman, maliyet ve hastaların sağlık durumlarıdır. Araştırmaya servislerde yatan ancak sağlık durumu anketi yanıtlamaya elverişli olmayan hastalar dahil edilmemiştir. Ayrıca, daha verimli sonuçlar elde edebilmek için araştırmaya dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunun yaşlı ve eğitim seviyelerinin düşük olmasından dolayı anketler birebir uygulanmıştır.

Hastanede çalışma yapılabilmesi için Eskişehir Devlet Hastanesi Başhekim Yardımcısına gerekli müracaat yapıp izin alınmıştır.

5.1.Anket ve Örneklem Yöntemi

Ölçüm yapmanın temel amaçlarından biri, işletmenin performansı hakkında bilgi verecek geçerli ve güvenilir verilerin temin edilmesidir. Dolayısıyla hastaların ihtiyaçları, beklentileri, tatmin ve diğer algılamalarıyla ilgili toplanacak verilerin güvenilir ve geçerli olması, ayrıca kuruluş performansı ile ilişkilendirilmeleri için sistematik yöntemlerin kullanılma gereği vardır. Alternatif olarak; odak grup çalışması,

kritik olay değerlendirme, direkt gözlem, yazılı anket, arşiv çalışması, telefon anketleri vb. metotlar uygulanabilir. Bu metotların içinde hasta memnuniyetinin ölçümünde en çok kullanılan yöntem ise anket metodudur (Tınmaz, 2008). Anket, birincil kaynaklardan bilgi toplamak için hazırlanan sistematik bir soru formudur. Amacı, araştırmanın problemini çözecek ve ele alınan hipotezleri test edecek bilgileri sistematik bir biçimde toplamak ve saklamaktır (İslamoğlu, 2011). Daha fazla konuyu, daha etkili ve daha az maliyetli araştırabilmek anket yöntemi ile mümkün olduğundan sağlık sektöründe de kullanılan en yaygın yöntemlerin başında gelmektedir (Akgün ve Erdal, 1997). Anket tekniği, gerek kolay uygulanabilirliği ve düşük maliyetli olması açısından gerekse geçerlilik ve güvenilirliğinin daha kolay ölçülmesi açısından ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olması açısından bir takım üstünlüklere sahiptir (Erdem vd., 2008). Anket yönteminin başarılı olmasındaki en önemli faktörler, anketin geçerli ve güvenilir olmasıdır. Bu çalışma kapsamında da, araştırma için gerekli olan verileri elde etmek amacıyla anket tekniğine başvurulmuştur. Anket soruları geniş literatür taraması ve önceki çalışmalar ışığında hazırlanmıştır. Ayrıca, anket formunun oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara uygulanan anket formları da incelenmiştir. Değişkenler, hizmet memnuniyetini olumlu ya da olumsuz etkilediği belirlenen faktörler dikkate alınarak, ölçeği oluşturma amacına hizmet edecek şekilde belirlenmeye çalışılmıştır. Sağlık sektöründe kullanılan mevcut 22 maddelik SERVQUAL modeli üzerinde çalışma amacına uygun olacak şekilde yapılan değişiklikler sonucunda yatan hastaların beklenti ve algılarını ölçmeye yönelik 44 madde belirlenmiştir. SERVQUAL analizindeki standart 22 maddenin anket kapsamında kullanılmayıp, genişletilmiş 44 maddenin kullanılmasının sebepleri şu şekilde sıralanabilir: Çalışmanın Eskişehir Devlet Hastanesi hizmetlerini dikkate alması, hastane yönetimine yapılacak iyileştirme önerileri için genel ifadelerle karşı hastane hizmetlerine yönelik ifadelerin belirlenmek istenmesi, hastane yönetiminin, hizmetlerine yönelik hasta kalite algılarını görmek istemesi. Belirlenen 44 maddenin yer aldığı yatan hasta memnuniyet anketi formu Ek.1’de gösterilmiştir.

Çalışmanın ana kütlesi, EDH Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yatarak tedavi hizmeti alan hastaların tümüdür. Ancak, ana kütlemin tümüne ulaşabilme olanağının kısıtlı olması nedeniyle ana kütle içerisinde örneklem tercih edilmiştir. Araştırmada, rassal örneklem yöntemi kullanılmıştır. Örneklem kuramına göre, örneklerden elde edilen bilgilerin matematik ve istatistik tekniklerle test edilip genelleme yapılabilmesi için, örneklemin rassal yapılması gerekir. Aralık 2012 ve Ocak, Şubat, Mart 2013 tarihleri arasında rassal örneklem yöntemleri içinde en basiti olan basit rassal örneklem yöntemiyle seçilen hastalara hasta ayrımı yapılmaksızın yüz yüze görüşerek anketler uygulanmıştır. Anket uygulanan hastaların hastaneden ayrılmaları beklenerek, birkaç gün arayla servisler gezilmiş ve anketler yatan hastaların uygun olduğu bir zaman diliminde, farklı hastalar üzerinde uygulanmıştır.

Anket araştırmasına konu olan olayların hemen hemen tümü, oran cinsinden ifade edilebilecek niteliktedir. Anket her ne kadar bu oranlara ilişkin kesin rakamlar elde etmek için yapılsa da, örnek büyüklüğünün belirlenmesinde bu oranların tahmini değerlerine ihtiyaç vardır. Bu değerler örneklemin homojen olduğu –anket konusu ile ilgili benzer özellikler gösterdiği- durumlarda $p=0,9 / q=0,1$, homojen olmadığı çok farklı özellikler gösterdiği durumlarda ise $p=0,5 / q=0,5$ olarak alınır. Örnek büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılacak diğer ölçütler ise olayın görülüş sıklığına (gerçekleşme olasılığı) göre kabul edilebilecek örneklem hatası, $[e]$ ve saptanacak anlamlılık düzeyidir. Örnek büyüklüğünü belirlemek için iki formül kullanılmaktadır (Eldem, 2009):

Ana kütledeki birey sayısı bilinmiyorsa:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2} p(1-p)}{e^2}$$

Ana kütledeki birey sayısı biliniyorsa:

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2} p(1-p)}{(N-1)e^2 + (Z_{\alpha/2})^2 p(1-p)}$$

formülleri kullanılmaktadır. Belirtilen formüllerde;

n : Örnek büyüklüğü,

p : Olayın gerçekleşme olasılığı (memnun olma olasılığı),

e : Hata payı oranı,

Z : Standart normal dağılım değeri,

N : Ana kütledeki birey sayısıdır.

Yapılan bu çalışmadaki ana kütle sonsuz olduğundan örnek büyüklüğü, ana kütledeki birey sayısının bilinmediği durumda kullanılan formül ile hesaplanmıştır. $p=0,5$, $q=0,5$, $\alpha=0,05$, $Z_{(\alpha/2)}=1,96$, $e=0,08$ alınmış ve formülde yerine konulduğunda $n=150$ olarak hesaplanmıştır. Çıkan sonuç her bir servis için en az 150 kişiye anket uygulanması gerekliliğini ifade etmektedir. Bu sonuç doğrultusunda toplamda **320 kişiye** anket uygulanmış ve değerlendirmeye alınmıştır.

Anket gerçek örneklem grubu üzerinde uygulanmadan önce, olası ifade hatalarından kaçınmak için pilot uygulama yapılmıştır (Toker, 2007). Ölçek, pilot çalışma kapsamında 57 kişiye uygulanarak, ölçeğin anlaşılabilirliği ve anketin şekil özelliklerine ilişkin geri bildirimler alınmıştır. Kişisel görüşme şeklinde yapılan ön testte cevaplayıcıların, soruların anlaşılabilirliği, kapsamı, uzunluğu vb. konularda görüşleri alınmıştır. Ön testler neticesinde yataklı tedavi hizmeti alan hastaların belirlenen müşteri hizmeti değişkenleri hakkındaki düşünceleri ile SPSS 16.0 paket programında yapılan güvenilirlik analizi sonrasında, ilk anket formu üzerinde anket hazırlama teknikleri de dikkate alınarak gerekli değişiklikler yapılmış ve anket formuna son şekli verilmiştir. Yeni anket ile soru sayısı 37'ye düşmüş ve esas örneği oluşturan deneklerle çalışmaya başlanmıştır. Güvenilirlik analizi sonucunda oluşturulan ve çalışma kapsamında uygulanan 37 maddelik yatan hasta memnuniyet anketi formuna Ek.2'de yer verilmiştir. Anket üç kısımdan meydana gelmektedir:

- Anketin birinci kısmında, hastaların demografik özellikleri, hastanenin başkalarına tavsiyesi ve hastanenin genel olarak değerlendirilmesi ile ilgili sorular yer almaktadır.

- Anketin ikinci kısmında, yatan hastaların EDH'yi tercih etme nedenleri ile hastane hakkındaki görüşlerine ilişkin sorulara yer verilmiştir.
- Anketin üçüncü kısmında, yatan hastalardan, hastane hizmetleriyle ilgili beklentilerini içeren toplam 37 beklenti ile hizmet aldıkları hastanenin hizmetlerine yönelik algılarının değerlendirildiği 37 algı maddesini 5'li Likert ölçeği üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir (kesinlikle katılmıyorum=1, kesinlikle katılıyorum=5).

Çalışma kapsamında, daha yaygın olarak kullanılması ve hastalar açısından cevaplanmasının daha kolay olması dolayısıyla 7'li Likert ölçeği yerine 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır.

5.2.Geçerlilik ve Güvenilirlik

Güvenirlilik bir kavramın, özelliğin ya da nesnenin aynı yöntemi kullanmak suretiyle bağımsız fakat karşılaştırılabilir ölçümlerinin benzerliği anlamına gelir (Kuzhan, 2009). Bu bağlamda, güvenilirlik analizi ile ankette yer alan soruların birbirleriyle yakından ilişkili olup olmadığı, soruların tüm cevaplayanlar tarafından aynı şekilde algılanıp algılanmadığı değerlendirilmiştir. Çalışmada en yaygın kullanılan güvenilirlik analizi yöntemi olan “Cronbach Alpha İçsel Tutarlılık Analizi” (Değirmenci, 2011) ve “Parça-Bütün Korelasyon Analizi (Item-Total Correlations)” yöntemi kullanılmıştır. Cronbach Alpha Analizi, bir grup değişkenin iç homojenliğinin saptanmasını, elde edilen bir alfa katsayısı ile mümkün kılmaktadır. Alfa katsayısı bir grup değişkenin aralarında var olan iç korelasyonun ölçümünü yapmakta; diğer bir deyişle her bir değişkenin skorunu hesap ederek, söz konusu değişkenin skorunun, tüm değişkenlerin oluşturduğu ölçeğin ortak değerinin içerisindeki payına, ölçeğin değerini ne kadar temsil ettiğine bakarak, söz konusu grup değişkenin güvenilirliğini

belirlemektedir (Şeker kaya, 2000). Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriteri aşağıda belirtilmiştir (Özdamar, 2004):

- 0,00 ile 0,40 (Hariç) arasında : Ölçek Güvenilir Değil
- 0,40 ile 0,60 (Hariç) arasında : Ölçek Düşük Güvenilirlikte
- 0,60 ile 0,80 (Hariç) arasında : Ölçek Oldukça Güvenilir
- 0,80 ile 1,00 arasında : Ölçek Yüksek Derecede Güvenilir

Ölçeğin gruplandırılması sonucu elde edilen grup değişkenlerinin alfa katsayılarının küçük olması durumunda ölçeğin ortak değerini yansıtmadığı ve yapılan ölçümde zayıf bir etkisinin olduğu dolayısıyla da ölçek veya grup dışı bırakılması gerektiği söylenebilecektir (Taşkiran Mohammad, 2007).

Parça-Bütün Korelasyon Analizinde ise amaç, bir grup değişkenin ölçmek istediği kavramı temsil etmeyen değişkenleri tespit etmektir. Grubu veya ölçeği oluşturan her değişken ile tüm değişkenlerin ortalamaları arasındaki korelasyonu belirleyerek ölçeği temsil etmeyen değişkenlerin ortaya çıkarılmasını mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla bu değişkenlerin bulunarak ölçek dışı bırakılması ölçeğin güvenilirliğinin artırılmasını sağlayacaktır.

Çalışmanın en başında hastaların beklenti ve algılarını ölçmek amacıyla hazırlanan 44 maddeden oluşan anket, pilot çalışma kapsamında 57 kişiye uygulanmıştır. Ardından algıları ölçmek üzere hazırlanan 44 madde üzerinde %95 güven düzeyinde SPSS 16.0 programı kullanılarak anketin tamamı üzerinde güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Analiz sonucu Cronbach Alpha değeri 0,919 çıkmıştır. Görüldüğü üzere anket güvenilirliği, anketin tamamı için $\alpha=0,919$ ile oldukça yüksek bir değere sahiptir. Ancak alfa katsayısı yalnız başına yeterli değildir. Sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek için güvenilirlik analizi sonucu elde edilen “Parça-Bütün İstatistikler (Item - Total Statistics)” tablosundaki “Cronbach Alpha if Item Deleted” ile “Corrected Item-Total Correlation” sütunlarının da incelenmesi gerekir. “Corrected Item-Total Correlation” sütunu, ilgili soru ile ölçekteki diğer soruların toplamından

oluşan bütün arasındaki korelasyon değerlerini gösterir. İlgili sütundaki sorulardan korelasyon katsayısı 0,20 değerinin altına düşen sorular elenir (iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/669/file/SPSS%20testleri.doc). Negatif ve düşük değerler ilgili sorunun bütün ölçeğe katkısının düşük olduğunu ifade eder ve bu nedenle soru ölçekten çıkarılır. “Cronbach Alpha if Item Deleted” sütununda ise, her bir sorunun silinmesi durumunda anketin içsel tutarlılığın alacağı değer incelenmektedir. Beklenen, herhangi bir maddenin anketten çıkarılmasının faktörün güvenilirliğini artırmaması; aksine düşürmesidir. Diğer bir anlatımla, analiz sonrası elde edilecek alfa değerinin küçülmesi beklenir. Sembolik gösterimle $\alpha \leq 0,919$ olması beklenir. Ek.3’te pilot çalışma sonuçlarına ait “Parça-Bütün İstatistikler Tablosu” görülmektedir. İlgili tablonun “Cronbach Alpha If Item Deleted” sütunu incelendiğinde;

- 2.madde silinirse güvenilirlik 0,920,
- 16.madde silinirse güvenilirlik 0,920,
- 26.madde silinirse güvenilirlik 0,920,
- 33.madde silinirse güvenilirlik 0,921,
- 34.madde silinirse güvenilirlik 0,920,
- 38.madde silinirse güvenilirlik 0,920,
- 39.madde silinirse güvenilirlik 0,921,
- 41.madde silinirse güvenilirlik 0,921 olmaktadır. Maddelerin anketten çıkarılması durumunda elde edilecek Cronbach Alpha katsayısı ile çıkarılmadan önce elde edilen Cronbach Alpha katsayısı (0,919) arasında hissettirici derecede fark olmadığından dolayı ilgili maddeler anketten çıkarılmamıştır.

İncelenmesi gereken diğer sütun Ek.3’te yer alan “Parça-Bütün İstatistikler Tablosu”ndaki “Corrected Item-Total Correlation” sütunudur. Sütundaki her maddeye ait korelasyon değerleri incelenerek negatif ve 0,20’den düşük değere sahip maddeler anketten çıkarılmıştır. Buna göre; 16, 22, 33, 34, 38, 39 ve 41. maddelerin anketten çıkarılması gerektiğine karar verilmiştir. Maddelerin anketten çıkarılmasının ardından geriye kalan maddeler üzerinden yeni bir güvenilirlik analizi yapılmıştır. Kalan 37 maddeye yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha katsayısı 0,931’e

yükselmiştir. Yeni durumdaki Parça-Bütün İstatistikler Tablosu'nun "Cronbach Alpha If Item Deleted" sütunu incelendiğinde anketten çıkartılması durumunda güvenilirliği hissettirici derecede artıran herhangi bir maddenin olmadığı ve "Corrected Item-Total Correlation" sütunu incelendiğinde korelasyon değerlerinden negatif ve 0,20'nin altında bir değer alan maddeye rastlanmadığı görülmüştür. Buna göre, 37 maddeden oluşan yeni anketin güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

Güvenilirliği test edilen 37 maddeden oluşan yeni anket, çalışmanın devamında 320 hastaya uygulanmıştır. Uygulama sonrasında anketin güvenilirliği tüm anket için yeniden test edilmiş ve Cronbach Alpha Katsayısı 0,931 olarak çıkmıştır. Daha sağlıklı değerlendirmenin yapılabilmesi için, Ek.4'teki "Parça-Bütün İstatistikler Tablosu" incelenmiştir. Tablonun "Corrected Item-Total Correlation" sütunu incelendiğinde negatif ve 0,20'den düşük değere sahip bir maddeye rastlanmamıştır. "Cronbach Alpha If Item Deleted" sütunu incelendiğinde ise silindiğinde alfa katsayısını hissettirici derecede arttıran bir maddeye rastlanmamıştır. Çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde anketin oldukça güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

5.3.Anketin Demografik Sonuçları

Anketin birinci bölümünde yatan hastaların demografik bilgileriyle ilgili sorulara yer verilmiştir. Buna göre, 320 hastaya uygulanan anket sonucunda ortaya çıkan demografik bilgilerle ilgili istatistikler Çizelge 5.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 5.1. Demografik tanımlayıcılar

		Dahiliye		Genel Cerrahi		Toplam	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
YAŞ	< 20	3	2	4	3	7	2
	20-29	7	4	14	9	21	7
	30-39	13	8	18	11	31	10
	40-49	34	21	39	24	73	23
	50-59	30	19	35	22	65	20
	>60	73	46	50	31	123	38
Toplam		160		160		320	
CİNSİYET	Erkek	66	41	67	42	133	42
	Kadın	94	59	93	58	187	58
Toplam		160		160		320	
EĞİTİM	Okur-Yazar Değil	26	16	16	10	42	13
	İlkokul-Ortaokul	89	56	92	58	181	57
	Lise Ve Dengi	29	18	45	28	74	23
	Üniversite Ve Üstü	16	10	7	4	23	7
Toplam		160		160		320	
MESLEK	Çiftçi	0	0	1	1	1	0
	Öğrenci	6	4	7	4	13	4
	Öğretmen	0	0	2	1	2	1
	İşçi	23	14	31	19	54	17
	Emekli	39	24	37	23	76	24
	Ev Hanımı	88	55	78	49	166	52
	Güvenlik	0	0	2	1	2	1
	Mühendis	3	2	0	0	3	1
	Makine Operatörü	0	0	1	1	1	0
	Memur	0	0	1	1	1	0
	Sağlık Pers.	1	1	0	0	1	0
Toplam		160		160		320	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışıyor	31	19	37	23	68	21
	Çalışmıyor	129	81	123	77	252	79
Toplam		160		160		320	
SOSYAL GÜVENCE	SSK Emekli	70	43	76	48	146	46
	SSK Çalışan	40	25	55	34	95	30
	Yeşil Kart	3	2	2	1	5	2
	Emekli Sandığı	12	8	8	5	20	6
	Bağ-Kur	29	18	16	10	45	14
	Güvence Yok	4	2	3	2	7	2
	Özel Sağlık Sig.	1	1	0	0	1	0
Diğer	1	1	0	0	1	0	
Toplam		160		160		320	
TAVSİYE	Evet	146	91	155	97	301	94
	Hayır	14	9	5	3	19	6
Toplam		160		160		320	
GENEL	Çok İyi	24	15	23	14	47	15
	İyi	108	67	107	67	215	67
	Orta	18	11	30	19	48	15
	Kötü	6	4	0	0	6	2
	Çok Kötü	4	3	0	0	4	1
Toplam		160		160		320	

Hasta demografik bilgilerinin yanı sıra, anketin ikinci bölümünde hastaların EDH'yi tercih etme nedenleri de sorgulanmıştır. Hastaların %30'u sağlık personelinin bilgili ve deneyimli olmasından, %9'u hastanenin yeterli tıbbi donanıma sahip olmasından, %8'i yeterli laboratuvar imkanının olmasından, %6'sı hastanenin ve odaların fiziksel koşullarının iyi olmasından, %15'i personelin hizmet sunarken hevesli olmasından, %10'u personelin nazik olmasından, %20'si hastanenin güvenilir olmasından, %32'si hastanenin eve yakın olmasından, %47'si hastanenin sosyal güvencelerini karşılıyor olmasından ve %48'si tavsiyeden dolayı EDH'yi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %48'i belirlenmiş tercih nedenlerinin dışında diğer nedenlerden dolayı EDH'yi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu nedenler; doktorlarının orada görev yapması, alışkanlık, devlet hastanesi olması, maddi imkanlar, laboratuvar hizmetlerinde randevu alımının hızlı olması, tanıdığıın olması, önceki hizmetten duyulan memnuniyet ve acilden muayene ile gelişir.

5.4.Faktör Analizi

Bir anketin güvenilir olması onun geçerliliği için gereklidir; ancak yeterli değildir. Bu yüzden, güvenilirlik ispat edildikten sonra geçerliliğin de gösterilebilmesi için faktör analizi yapılması gerekmektedir (Değirmenci, 2011).

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili p tane değişkeni bir araya getirerek az sayıda ilişkisiz ve kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı, keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki tür faktör analizi yaklaşımı vardır. Açıklayıcı faktör analizinde, değişkenler arasındaki ilişkilerden hareketle faktör bulmaya yönelik bir işlem; doğrulayıcı faktör analizinde ise değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotezin ya da kuramın test edilmesi söz konusudur. Çalışma kapsamında, sosyal bilimlerde bir veri toplama aracı olarak ölçeğin yapı geçerliliğini incelemeye sıklıkla kullanılan açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

Faktör analizi, aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan bir istatistiksel tekniktir. Faktör analizi, bir faktörleştirme ya da ortak faktör adı verilen yeni kavramları (değişkenleri) ortaya çıkarma ya da maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etme süreci olarak da tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2005). Faktör analizinin en önemli dezavantajlarından biri, faktörlerin adlandırılmasıdır. Faktörlerin adlandırılması faktörü meydana getiren değişkenlere göre olmaktadır. Yapılan adlandırmanın mevcut değişkeni kapsayacak şekilde olması gerekir. Ancak bu, çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda, faktör yükü en fazla olan değişken esas alınarak isimlendirme yapılır (Nakip, 2003). Çalışma kapsamında, faktörlerin isimlendirilmesi aşamasında, hem faktör yükleri hem de faktörü oluşturan maddeler dikkate alınarak faktör adlandırmaları yapılmıştır.

İyi bir faktörleştirmede ya da faktör dönüştürmede; değişken azaltma olmalı, üretilen yeni değişken ya da faktörler arasında ilişkisizlik sağlanmalı ve ulaşılan sonuçlar, yani elde edilen faktörler anlamlı olmalıdır (Büyüköztürk, 2005).

Faktör analizinde, faktörlerin her bir değişken üzerinde yol açtıkları ortak varyansın ya da ortak faktör varyansınının (communality) en çoklaştırılması amaçlanır. Bu değer, maddelerin her bir faktördeki yük değerlerine bağlıdır ve bir maddenin önemli faktörlerdeki yük değerlerinin karelerinin toplamına eşittir. Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır (Büyüköztürk, 2005).

Temel eksenler, maksimum olabilirlik ve çoklu gruplandırma teknikleri klasik faktör analizi teknikleri içinde yer alan üç tekniktir. *Temel bileşenler analizi (principle component analysis, TBA)* ise, faktörleşme tekniği olarak çok sık kullanılan bir başka çok değişkenli istatistiktir. TBA'yı, klasik faktör analizi tekniklerinden ayıran nokta, TBA'da hata terimi ihmal edilirken, faktör analizinde ortak faktörlerce açıklanmayan ve artık (residual) varyans olarak tanımlanan hata varyansı modelde dikkate alınır. p tane değişkene ilişkin toplam varyans temel bileşenler analizinde n tane ortak faktörün

doğrusal bileşeni ile açıklanabilirken, faktör analizinde ortak faktörlerin açıklayamadıkları bir varyans (hata varyansı) daha söz konusudur. Bu durum, temel bileşenler analizini klasik faktör çözümlemesinden ayırır. Temel bileşenler analizi, yukarıda belirtilen farklılaşmalara karşın, bir değişken azaltma ve anlamlı kavramsal yapılara ulaşmayı amaçlayan ve uygulamada en sık ve yaygın olarak kullanılan ve görece olarak da yorumlanması kolay olan ve faktör analizi uygulamaları içinde yer alan birçok değişkenli istatistiktir (Büyüköztürk, 2005). Çalışma kapsamında da faktör analizi esnasında TBA kullanılmıştır.

Faktör analizinde aynı yapıyı ölçmeyen maddelerin ayıklanmasında genellikle aşağıda belirtilen üç ölçüt dikkate alınır (Büyüköztürk, 2005):

1. **Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması:** Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme var ise bu bulgu, o maddelerin birlikte bir kavramı-yapıyı-faktörü ölçtüğü anlamına gelir. Faktör yük değerinin, 0,45 ya da daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüdür. Ancak uygulamada az sayıda madde için bu sınır değer, 0,30'a kadar indirilebilir.
2. **Maddelerin tek bir faktörde yüksek yük değerine, diğer faktörlerde ise düşük yük değerlerine sahip olması:** Bu ölçütün karşılanması durumunda, birbirinden bağımsız yapıların keşfi söz konusu olabilir. Bir maddenin faktörlerdeki en yüksek yük değeri ile bu değerden sonra en yüksek olan yük değeri arasındaki farkın olabildiğince yüksek olması beklenir. Yüksek iki yük değeri arasındaki farkın en az 0,10 olması önerilir. Çok faktörlü bir yapıda, birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde, binişik bir madde olarak tanımlanır ve ölçekten çıkartılması düşünülebilir.
3. **Önemli faktörlerin, herhangi bir maddede (değişkende) birlikte açıkladıkları ortak faktör varyansının yüksek olması:** Maddelerin ortak faktör varyanslarının 1.00'a yakın ya da 0,66'nın üzerinde olması iyi bir çözümdür, ancak uygulamada bunu karşılamak genellikle zordur.

Faktör analizinde önemli bir başka sorun da, mevcut değişkenlerin kaç tane önemli faktörü ya da yapıyı ölçtüğüne karar vermektir. Önemli faktör sayısına karar vermede aşağıdaki ölçütlerin dikkate alınması önerilebilir (Büyüköztürk, 2005):

1. **Öz değer (Eigen Value):** Öz değer, hem faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada, hem de önemli faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır. Faktör analizinde, başlangıçta, genel olarak öz değeri 1 ya da 1'den daha büyük olan faktörler önemli faktörler olarak alınır. Ancak araştırmacı, analiz sonuçlarına göre bu eşik değeri artırabilir.
2. **Açıklanan varyans oranı:** Analize dahil değişkenlerle ilgili toplam varyansın 2/3'ü kadar miktarının ilk olarak kapsandığı faktör sayısı, önemli faktör sayısı olarak değerlendirilir. Faktörlere ait varyansların toplamının yüzde 50 değerinden yüksek çıkması arzu edilen bir durumdur (Dursun ve Nakip, 1997).
3. **Faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak çizilen yamaç (eğim) grafiğinin (scree plot) incelenmesi:** Grafikte dikey eksen öz değer miktarlarını, yatay eksen ise faktörleri gösterir. Grafik, faktörlerin öz değerleriyle eşleştirilmesi sonucunda bulunan noktaların birleştirilmesiyle elde edilir. Grafikte yüksek ivmeli, hızlı düşüşlerin yaşandığı faktör, önemli faktör sayısını verir.

Araştırmacı, bir faktör analizi tekniğini uygulayarak elde ettiği m kadar önemli faktörü, "bağımsızlık, yorumlamada açıklık ve anlamlılık" sağlamak amacıyla bir eksen döndürmesine (rotation) tabi tutabilir. *Dik* ve *eğik* olmak üzere iki tür döndürme yaklaşımı vardır. Analiz sonuçları açısından iki yöntem arasında genellikle ihmal edilebilir farkların olması ve daha kolay yorumlanabilir olması nedeniyle sosyal bilimlerde ölçek geliştirmede sıklıkla dik döndürme tercih edilmektedir. Dik döndürme tekniklerinden en sık kullanılan Varimax ve Quartimax'tır (Büyüköztürk, 2005). Bu yöntemler arasındaki fark, döndürme işleminin yapılmasında izlenen hesaplama yaklaşımındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Faktörlerin isimlendirilmesinde (yorumlanmasında) sağladığı kolaylık sebebiyle Varimax en yaygın kullanılan yöntemdir. Çalışma kapsamında da yukarıda bahsedilen nedenlerden ve faktörlerin her birinin birbirinden bağımsız olmasından dolayı değişken azaltma esnasında dik

döndürme yöntemlerinden Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Faktörlerin isimlendirilmesinde ise birçok yöntem denenmiş; fakat en iyi sonucu Quartimax yöntemi verdiği için bu yöntem dikkate alınmıştır.

Faktör analizinin etkin ve verimli olabilmesi için belirli bir örnek büyüklüğünün olması gerekir. Hair vd (1998)'e göre, basit bir kural olarak, faktör analizine giren değişken sayısının en azından beş katı olması gerekmektedir birlikte, daha çok tercih edilen örnek boyutunun değişken sayısının 10 katı olması yönündedir.

Faktör analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Küresellik (Bartlett Sphericity) testi ile incelenebilir (Büyüköztürk, 2005). Bazı kaynaklarda “uygunluk” kavramı yeterli olarak ifade edilmektedir ve bu iki test “örneklem sayısının yeterliliği testi” olarak algılanmaktadır. Uygulamaya başlamadan önce Bartlett Küresellik testi ile modelin geçerliliği test edilmelidir. Bu test değişkenler arasında ilişki olup olmadığını test eder. H_0 hipotezi ilişkinin olmadığı şeklinde formüle edilir ve test sonucunda H_0 hipotezi kabul edilirse faktör analizi uygulanmaz (İslamoğlu, 2011). Hipotezin reddedilmesi ise, değişkenler arasında bir korelasyonun olduğu anlamına gelir ve faktör analizinin değişkenlere uygulanabilirliği söz konusu olur. Örneklem büyüklüğü yeterliliğinin araştırılmasında, KMO testi kullanılır. Bu test, basit korelasyon katsayılarının kısmi korelasyon katsayıları ile karşılaştırılmasıyla hesaplanmaktadır. Test istatistiğinin değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir (Norusis ve SPSS Inc, 1994). KMO ölçütü için anlamlılık aralığı şu şekildedir:

Çizelge 5.2.KMO aralık tanımları (Yurdağül, 2011)

ÖLÇÜT	AÇIKLAMA
$1,00 \leq KMO \leq 0,90$	Mükemmel
$0,90 \leq KMO \leq 0,80$	İyi
$0,80 \leq KMO \leq 0,70$	Orta düzey
$0,70 \leq KMO \leq 0,60$	Zayıf
$0,60 \leq KMO \leq 0,50$	Kötü

Çalışma kapsamında 320 yatan hastaya uygulanan anket sonuçlarından algılanan 37 maddeye SPSS 16.0 programında yapılan faktör analizi sonucu çıkan KMO ve Bartlett testi sonuçları Çizelge 5.3'teki gibidir.

Çizelge 5.3.KMO ve Bartlett testi sonucu-1

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,886
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8,595E3
	df	666
	Sig.	,000

Bartlett testinden çıkan sonuç $p(\text{sign})=0,000<0,05$ olduğundan Bartlett testinin sonucu anlamlıdır, faktör analizi gereklidir. KMO testi sonucuna göre $KMO=0,886>0,50$ olduğundan çalışmanın örneklem büyüklüğü iyi yeterliliktedir. Buna göre, bütün maddeler faktör analizine uygun bulunmuştur ve dolayısıyla bütün maddeler analizde kullanılabilir durumdadır.

Faktör analizi sonucu elde edilen “Toplam Açıklanan Varyans” tablosu Ek.5’te gösterilmiştir. “Toplam Açıklanan Varyans” tablosuna göre faktör analizi sonucunda toplam 8 adet faktör bulunmuş ve 8 faktörün, modelin yaklaşık %70’ini açıkladığı görülmüştür. İlk faktör toplam varyansın yüzde 16,992 sini, ikinci faktör 14,047 sini, üçüncü faktör 8,779 unu, dördüncü faktör 8,176 sini, beşinci faktör 6,904 ünü, altıncı faktör 5,979 unu, yedinci faktör 5,444 ünü, sekizince faktör 3,829 unu açıklamaktadır.

Analiz sonucu incelenmesi gereken diğer bir matris “Rotasyonlu (Dönüşümlü) Faktör Yükleri Matrisi”dir. Bu matris yardımıyla her bir faktör içerisinde hangi özelliklerin yer aldığı tespit edilir (Değirmenci, 2011). Matriste genel olarak en yüksek faktör yüküne sahip maddeler bir araya getirilmiştir. Ancak birden fazla faktör altında yakın faktör yüküne sahip binişik maddeler söz konusudur. Bu maddelerin ankette çıkarılması esnasında eşik yük değeri farkı en az olan madde ilk önce ele alınarak binişik maddelerin ayıklaması sırasıyla yapılmıştır. Buna göre; 43, 44, 31, 4, 35 ve 12. maddeler eşik yük değeri 0,10’un altında olduğundan analizden sırasıyla çıkarılmıştır. Her bir maddenin çıkarılmasından sonra faktör analizi tekrar yapılmış ve yeni matris üzerinden binişik maddelerin ayıklamasına devam edilmiştir. 6 maddenin analizden çıkarılması sonucu matris tekrar incelenmiş ve binişik herhangi bir maddeye ve faktör yükü 0,45’ten küçük bir maddeye rastlanmamıştır. Ortak faktör varyansları da incelendiğinde 0,594 ve üzerinde değerlerin olması sonucun iyi bir çözüm olduğunu göstermektedir.

Çıkarılacak herhangi bir maddenin olmadığına karar verildikten sonra kalan 31 madde üzerinden tekrar faktör analizi yapılmıştır. Yeni durumda KMO ve Bartlett Testi sonuçları Çizelge 5.4’te gösterilmiştir.

Çizelge 5.4.KMO ve Bartlett testi sonucu-2

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,880
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	7,391E3
	df	465
	Sig.	,000

Bartlett testinden çıkan sonuç $p(\text{sign})=0,000 < 0,05$ olduğundan Bartlett testinin sonucu anlamlıdır. KMO testi sonucuna göre $KMO=0,880 > 0,50$ olduğundan çalışmanın örneklem büyüklüğü iyi yeterliliktedir. Buna göre, bütün sorular faktör analizine uygun bulunmuştur ve dolayısıyla bütün sorular analizde kullanılabilir durumdadır.

Ek.6'daki "Toplam Açıklanan Varyans Tablosu"na göre faktör analizi sonucunda toplam 7 adet faktör bulunmuştur. Faktör sayısı yaygın olarak kullanılan yöntem olan öz değere ve faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak çizilen yamaç grafiğine göre belirlenmiştir. Öz değeri 1 ve 1'den büyük olan faktörler geçerli faktör olarak kabul edilmiş ve çalışmanın devamında da bu faktörler kullanılmıştır. 7 faktörün, modelin %72,250'sini açıkladığı görülmüştür. Bu oranın %50'den yüksek olması, analizin geçerli olduğunu göstermektedir. İlk faktör toplam varyansın yüzde 18,321 ini, ikinci faktör 15,222 sini, üçüncü faktör 9,894 ünü, dördüncü faktör 9,199 unu, beşinci faktör 7,111 ini, altıncı faktör 7,063 ünü, yedinci faktör 5,441 ini açıklamaktadır.

Faktör analizinde madde azaltma sırasında Varimax metodundan yararlanılmıştır. Her bir faktör altındaki maddelerin belirlenmesi bir sonraki çalışma olan KFY için önemli olduğu için bu aşamada sadece Varimax yöntemine

başvurulmamıştır. Faktör sayısının belirlenmesinden sonra her bir faktöre ait maddelerin belirlenmesi için Varimax, Equimax ve Quartimax yöntemleri sırasıyla denenmiştir. En iyi sonucu veren yöntem Quartimax olarak gözlemlendiği için bu aşamada Quartimax sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. Ek.7’de “Rotasyonlu Faktör Yükleri Matrisi” görülmektedir. Matris incelendiğinde 0,45 ve üzeri faktör yük değerine sahip maddeler dikkate alınarak her bir faktör altındaki maddeler belirlenmiştir. 1., 3., 4., 5., 6., ve 7. faktörlerin isimlendirilmesi yapılırken her bir faktörü oluşturan maddeler incelenerek isimlendirme mevcut maddeleri kapsayacak şekilde yapılmıştır. 2.faktörün isimlendirilmesi aşamasında maddeleri kapsayacak şekilde bir isimlendirme yapılamamıştır. Bu faktör altındaki 28.madde diğer maddelerden farklı bir ifadeye sahip olduğundan, 2.faktörün isimlendirilmesinde faktör yükü en fazla olan madde esas alınmıştır. Buna göre; 1.faktör “*Çalışan/Sağlık Personeli Hizmetleri*”, 2.faktör “*Hekim Hizmetleri*”, 3.faktör “*Oda Hizmetleri*”, 4.faktör “*Yeterlilik*”, 5.faktör “*Yemek/Beslenme Hizmetleri*”, 6.faktör “*Bekleme Süresi*” ve 7.faktör “*Fiziksel Donanım*” olarak isimlendirilmiştir. Ek.8’de elde edilen faktörlere ait maddeler, maddelerin faktör yük değerleri ve her bir faktörün Cronbach Alpha değeri gösterilmiştir. Faktör analizi sonucu olarak, EDH’de müşteri memnuniyetinin bu 7 faktöre bağlı olarak belirlendiğini söylemek mümkündür.

5.5.SERVQUAL Skorları

Araştırmaya katılan hastaların EDH Dahiliye servisindeki hizmetlere yönelik beklentileri ile ilgili bulgular Ek.9’da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, EDH Dahiliye servisindeki en yüksek beklenti düzeyleri “*bekleme süresi*” boyutu altında yer alan “mükemmel bir hastanede radyoloji ve laboratuvar hizmetlerinde bekleme süresi az olmalıdır” ifadesinde ortalama 5,00 olarak, “*çalışan/sağlık personeli hizmetleri*” boyutu altında yer alan “mükemmel bir hastanede acil durumda acil muayene anında gerçekleştirilmelidir” ve “mükemmel bir hastanede sağlık personeli yatan hastalara karşı nazik, güler yüzlü ve saygılı olmalıdır” ifadesinde ortalama 5,00 olarak

gerçekleşmiştir. En düşük beklenti düzeyi ise “*oda hizmetleri*” boyutu altında yer alan “mükemmel bir hastanede refakatçilere ve yatan hasta yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmelidir” ifadesinde ortalama 4,58 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların EDH Genel Cerrahi servisindeki hizmetlere yönelik beklentileri ile ilgili bulgular Ek.10’da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, EDH Genel Cerrahi servisindeki en yüksek beklenti düzeyi “*çalışan/sağlık personeli hizmetleri*” boyutu altında yer alan “mükemmel bir hastanede sağlık personeli yatan hastalara karşı nazik, güleryüzlü ve saygılı olmalıdır” ifadesinde ortalama 5,00 olarak gerçekleşmiştir. En düşük beklenti düzeyi ise “*hekim hizmetleri*” boyutu altında yer alan “mükemmel bir hastanede yemek servisleri zamanında yapılmalıdır” ifadesinde ortalama 4,66 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların EDH Dahiliye servisindeki hizmetlere yönelik algıları ile ilgili bulgular Ek.11’de gösterilmiştir. Ekteki tablo incelendiğinde, EDH Dahiliye servisindeki en yüksek algı düzeyi “*bekleme süresi*” boyutu altında yer alan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde radyoloji ve laboratuvar hizmetlerinde belirtilen zamanda sonuçlar verilmektedir” ifadesinde ortalama 4,93 olarak gerçekleşmiştir. En düşük algı düzeyi ise “*yeterlilik*” boyutu altında yer alan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde WC/banyo temizdir” ifadesinde ortalama 3,24 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların EDH Genel Cerrahi servisindeki hizmetlere yönelik algıları ile ilgili bulgular Ek.12’de gösterilmiştir. Ekteki tablo incelendiğinde, EDH Genel Cerrahi servisindeki en yüksek algı düzeyi “*hekim hizmetleri*” boyutu altında yer alan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde yemek servisleri zamanında yapılmaktadır” ifadesinde ortalama 4,91 olarak gerçekleşmiştir. En düşük algı düzeyi ise “*oda hizmetleri*” boyutu altında yer alan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hasta odalarındaki yatan hasta sayısı idealdir” ifadesinde ortalama 2,89 olarak gerçekleşmiştir.

EDH Dahiliye servisinde hasta beklenti ve algıları arasındaki farklar incelendiğinde; ifadelere verilen yanıtlar doğrultusunda en büyük farkın “*yeterlilik*” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde WC/banyo temizdir” ifadesinde olduğu görülmüştür. Hastaların beklenti ve algıları arasındaki en az farkın ise “*oda hizmetleri*” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hasta yakınları için hasta ziyaret saatleri ve ziyaret süresi herkes için uygundur” ifadesinde ve “*hekim hizmetleri*” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı benimsemektedir” ifadesinde olduğu görülmüştür.

EDH Genel Cerrahi servisinde hasta beklenti ve algıları arasındaki farklar incelendiğinde; ifadelere verilen yanıtlar doğrultusunda en büyük boşluğun “*oda hizmetleri*” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hasta odalarındaki yatan hasta sayısı idealdir” ifadesinde olduğu görülmüştür. Hastaların beklenti ve algıları arasındaki en az boşluğun ise “*hekim hizmetleri*” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı benimsemektedir” ifadesinde olduğu görülmüştür.

Kalite boyutları bazında SERVQUAL skorları hesaplanırken; her hastanın algı ve beklenti maddelerine verdikleri puanların karşılıklı olarak farkları alınarak, fark toplamları her bir kalite boyutunu oluşturan madde sayısına bölünür. Böylece, her bir hastanın kalite boyut bazındaki kalite skoru bulunur. Her bir kalite boyutunun toplam SERVQUAL skorunun hesaplanması için, her hasta için hesaplanan skorlar toplanarak toplam hasta sayısına bölünür. Çıkan sonuçlar kalite boyutları bazındaki SERVQUAL skorlarını verir. Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru hesaplanırken, daha önce hesaplanan kalite boyutu skorları toplanarak toplam kalite boyutu sayısına bölünür.

Çizelge 5.5.Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin kalite boyutları bazında SERVQUAL skorları

Kalite Boyutları	SERVİS	n	enk	enb	SQ
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	Dahiliye	160	-3,00	0,20	-0,4919
	Genel Cerrahi	160	-1,30	0,10	-0,3663
	Genel	320	-3,00	0,20	-0,4291
2.Hekim Hiz.	Dahiliye	160	-1,71	0,57	-0,1464
	Genel Cerrahi	160	-1,00	0,71	-0,0893
	Genel	320	-1,71	0,71	-0,1179
3.Oda Hiz.	Dahiliye	160	-1,75	0,75	-0,3359
	Genel Cerrahi	160	-3,25	0,00	-1,4094
	Genel	320	-3,25	0,75	-0,8727
4.Yeterlilik	Dahiliye	160	-2,67	0,00	-1,1708
	Genel Cerrahi	160	-3,33	0,00	-1,3688
	Genel	320	-3,33	0,00	-1,2698
5.Yemek/Beslenme Hiz.	Dahiliye	160	-3,33	1,00	-0,5833
	Genel Cerrahi	160	-3,00	1,00	-0,6854
	Genel	320	-3,33	1,00	-0,6344
6.Bekleme Süresi	Dahiliye	160	-1,00	0,50	-0,0969
	Genel Cerrahi	160	-3,00	0,50	-0,1594
	Genel	320	-3,00	0,50	-0,1281
7.Fiziksel Donanım	Dahiliye	160	-2,00	1,00	-0,5844
	Genel Cerrahi	160	-2,00	1,00	-0,6875
	Genel	320	-2,00	1,00	-0,6359

EDH Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin kalite boyutları bazında hesaplanan algılanan hizmet kalitesi skorları ile ilgili bulgular Çizelge 5.5'te gösterilmiştir. Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, tüm boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi skorlarının negatif olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile EDH Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinde, kalite boyutları bazında hastaların beklentilerinin karşılanamadığı söylenebilmektedir. Beklentilerin karşılanamamasına karşın servisler memnuniyet düzeylerine göre karşılaştırıldığında; “*çalışan/sağlık personeli hizmetleri*” ile “*hekim hizmetleri*” boyutlarının memnuniyet düzeyi Genel Cerrahi servisinde Dahiliye servisine göre yüksek iken; “*oda hizmetleri*”,

“yeterlilik”, “yemek/beslenme hizmetleri”, “bekleme süresi” ve “fiziksel donanım” boyutlarının memnuniyet düzeyi Dahiliye servisinde Genel Cerrahi servisine göre daha yüksek çıkmıştır. Diğer taraftan EDH Dahiliye servisinde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek (-0,0969) olduğu boyutun “bekleme süresi”; en düşük (-1,1708) olduğu boyutun ise “yeterlilik” boyutu olduğu görülmektedir. Genel Cerrahi servisinde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek (-0,0893) olduğu boyutun “hekim hizmetleri”; en düşük (-0,6875) olduğu boyutun ise “fiziksel donanım” boyutu olduğu görülmektedir.

Çizelge 5.6.Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin eşit ağırlıklı SERVQUAL skorları

SERVİS	n	enk	Enb	SQE
Dahiliye	160	-2,14	0,47	-0,4871
Genel Cerrahi	160	-1,66	-0,07	-0,6809
Genel	320	-2,14	0,47	-0,5840

EDH Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin Çizelge 5.6'daki eşit ağırlıklı SERVQUAL skorları incelendiğinde, skor ortalamalarının negatif olduğu görülmektedir. Bu anlamda EDH'de her iki servis için genel hizmet kalitesi açısından hasta beklentilerinin karşılanamadığını söylemek mümkündür.

5.6.SERVQUAL Skorlarına İlişkin Hipotez Testleri

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin, hizmet görülen servise göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla, tüm kalite boyutları bazında

elde edilen SERVQUAL skorları ile servisler arasındaki ilişki ayrı ayrı incelenmiştir. İzleyen hipotezler kullanılmıştır:

H_0 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi hizmet görülen servise göre istatistiksel farklılık göstermemektedir.

H_1 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi hizmet görülen servise göre istatistiksel farklılık göstermektedir.

Hipotez testi için %95 güven seviyesinde “bağımsız örneklem t-testi” kullanılmıştır. Analiz sonucunda anlamlılık sütunundaki değere bakılarak %95 güven seviyesinde anlamlılık değeri 0,05 değerinden büyük ise H_0 kabul, 0,05 değerinden küçük ise H_0 reddedilmiştir. Kalite boyutları bazında servislere yönelik yapılan t-testi sonuçları Çizelge 5.7’de gösterilmiştir.

Çizelge 5.7. Kalite boyutları bazında servislere yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları

Kalite Boyutları	t	sd	Anlamlılık	H_0 Hipotezi
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	-2,159	318	0,000	Red
2.Hekim Hiz.	-1,467	318	0,000	Red
3.Oda Hiz.	15,833	318	0,001	Red
4.Yeterlilik	2,904	318	0,238	Red Edilemez
5.Yemek/Beslenme Hiz.	1,202	318	0,031	Red
6.Bekleme Süresi	1,252	318	0,006	Red
7.Fiziksel Donanım	1,641	318	0,283	Red Edilemez

(Eşit varyanslar varsayımı)

Çizelge 5.7’deki sonuçlar incelendiğinde “yeterlilik” ve “fiziksel donanım” boyutlarının anlamlılık değerleri 0,05’ten büyük çıkmıştır. Buna göre, boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesinin servislere göre farklılık göstermediği hipotezi red

edilmemiştir. Diğer taraftan, geriye kalan beş kalite boyutunun anlamlılık değerleri 0,05'ten küçük çıkmış olup; algılanan hizmet kalitesinin servislere göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Belirlenen farklılığı incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı istatistiklere ilişkin bilgiler Çizelge 5.8'de gösterilmiştir.

Çizelge 5.8.Kalite boyutları bazında servislere göre t-testi grup istatistikleri

Kalite Boyutları	Servis	n	Ort.
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	Dahiliye	160	-,4919
	Genel Cer.	160	-,3663
2.Hekim Hiz.	Dahiliye	160	-,1464
	Genel Cer.	160	-,0893
3.Oda Hiz.	Dahiliye	160	-,3359
	Genel Cer.	160	-1,4094
5.Yemek/Beslenme Hiz.	Dahiliye	160	-,5833
	Genel Cer.	160	-,6854
6.Bekleme Süresi	Dahiliye	160	-,0969
	Genel Cer.	160	-,1594

Çizelge 5.8'deki sonuçlar incelendiğinde; Genel Cerrahi servisinde hizmet gören hastaların “çalışan/sağlık personeli hizmetleri” ve “hekim hizmetleri” boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi Dahiliye servisine göre daha yüksek çıkmıştır. Dahiliye servisinde hizmet gören hastaların ise “oda hizmetleri”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve “bekleme süresi” boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi Genel Cerrahi servisine kıyasla daha yüksek çıkmıştır.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin, cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla izleyen hipotezler kullanılmıştır:

H_0 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre istatistiksel farklılık göstermemektedir.

H_1 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre istatistiksel farklılık göstermektedir.

Hipotez testi için, %95 güven seviyesinde “bağımsız örneklem t-testi” kullanılmıştır. Analiz sonucunda anlamlılık sütunundaki değere bakılarak %95 güven seviyesinde anlamlılık değeri 0,05 değerinden büyük ise H_0 kabul, 0,05 değerinden küçük ise H_0 reddedilmiştir. Kalite boyutları bazında cinsiyete yönelik yapılan t-testi sonuçları Çizelge 5.9’da gösterilmiştir.

Çizelge 5.9. Kalite boyutları bazında cinsiyete yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları

Kalite Boyutları	t	sd	Anlamlılık	H_0 Hipotezi
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	-4,541	318	0,000	Red
2.Hekim Hiz.	-4,004	318	0,000	Red
3.Oda Hiz.	-1,712	318	0,148	Red Edilemez
4.Yeterlilik	1,144	318	0,089	Red Edilemez
5.Yemek/Beslenme Hiz.	-4,887	318	0,006	Red
6.Bekleme Süresi	-2,288	318	0,002	Red
7.Fiziksel Donanım	-2,211	318	0,791	Red Edilemez

(Eşit varyanslar varsayımı)

Çizelge 5.9’daki sonuçlar incelendiğinde “oda hizmetleri”, “yeterlilik” ve “fiziksel donanım” boyutlarının anlamlılık değerleri 0,05’ten büyük çıkmıştır. Buna göre, boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği hipotezi kabul edilmiştir. Diğer taraftan, geriye kalan dört kalite boyutunun anlamlılık değerleri 0,05’ten küçük çıkmış olup; algılanan hizmet kalitesinin cinsiyete göre

farklılık gösterdiği görülmüştür. Belirlenen farklılığı incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı istatistiklere ilişkin bilgiler Çizelge 5.10’da gösterilmiştir.

Çizelge 5.10.Kalite boyutları bazında cinsiyete göre t-testi grup istatistikleri

Kalite Boyutları	Cinsiyet	n	Ort.
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	Erkek	133	-0,5820
	Kadın	187	-0,3203
2.Hekim Hiz.	Erkek	133	-0,2084
	Kadın	187	-0,0535
5.Yemek/beslenme Hiz.	Erkek	133	-0,8722
	Kadın	187	-0,4652
6.Bekleme Süresi	Erkek	133	-0,1955
	Kadın	187	-0,0802

Çizelge 5.10’daki sonuçlar incelendiğinde; bayan hastaların “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve “bekleme süresi” boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi erkek hastalara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin, sosyal güvenceye göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla izleyen hipotezler kullanılmıştır:

H_0 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye göre istatistiksel farklılık göstermemektedir.

H_1 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye göre istatistiksel farklılık göstermektedir.

Hipotez testi için, %95 güven seviyesinde “bağımsız örneklem t-testi” kullanılmıştır. Analiz sonucunda anlamlılık sütunundaki değere bakılarak %95 güven seviyesinde anlamlılık değeri 0,05 değerinden büyük ise H_0 kabul, 0,05 değerinden küçük ise H_0 reddedilmiştir. Kalite boyutları bazında sosyal güvenceye yönelik yapılan t-testi sonuçları Çizelge 5.11’de gösterilmiştir.

Çizelge 5.11.Kalite boyutları bazında sosyal güvenceye yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları

Kalite Boyutları	t	sd	Anlamlılık	H_0 Hipotezi
1.Çalışan/SağlıkPersoneli Hiz.	-0,089	318	0,090	Red Edilemez
2.Hekim Hiz.	0,612	318	0,014	Red
3.Oda Hiz.	1,931	318	0,194	Red Edilemez
4.Yeterlilik	1,888	318	0,080	Red Edilemez
5.Yemek/Beslenme Hiz.	0,612	318	0,697	Red Edilemez
6.Bekleme Süresi	-0,262	318	0,850	Red Edilemez
7.Fiziksel Donanım	2,248	318	0,001	Red

(Eşit varyanslar varsayımı)

Çizelge 5.11’deki sonuçlar incelendiğinde “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “oda hizmetleri”, “yeterlilik”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve “bekleme süresi” boyutlarının anlamlılık değerleri 0,05’ten büyük çıkmıştır. Buna göre, boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesinin sosyal güvenceye göre farklılık göstermediği hipotezi kabul edilmiştir. Diğer taraftan, geriye kalan iki kalite boyutunun anlamlılık değerleri

0,05'ten küçük çıkmış olup; algılanan hizmet kalitesinin sosyal güvenceye göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Belirlenen farklılığı incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı istatistiklere ilişkin bilgiler Çizelge 5.12'de gösterilmiştir.

Çizelge 5.12. Kalite boyutları bazında sosyal güvenceye göre t-testi grup istatistikleri

Kalite Boyutları	Sosyal Güvence	n	Ort.
2.Hekim Hiz.	Yok	9	-0,0476
	Var	311	-0,1199
7.Fiziksel Donanım	Yok	9	-0,2222
	Var	311	-0,6479

Çizelge 5.12'deki sonuçlar incelendiğinde; sosyal güvencesi olmayan hastaların "hekim hizmetleri" ve "fiziksel donanım" boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi sosyal güvencesi olan hastalara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla, tüm kalite boyutları bazında elde edilen SERVQUAL skorları ile yaş grupları arasındaki ilişki ayrı ayrı incelenmiştir. İzleyen hipotezler kullanılmıştır:

H_0 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre istatistiksel farklılık göstermemektedir.

H_1 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre istatistiksel farklılık göstermektedir.

Hipotez testi için, %95 güven seviyesinde Varyans Analizi (VARAN) kullanılmıştır. VARAN bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirlemek için kullanılmaktadır. Analiz sonucunda %95 güven seviyesinde anlamlılık değeri 0,05 değerinden büyük ise H_0 kabul, 0,05 değerinden küçük ise H_0 reddedilmiştir. Kalite boyutları bazında yaş gruplarına yönelik yapılan VARAN sonuçları Çizelge 5.13'te gösterilmiştir.

Çizelge 5.13.Kalite boyutları bazında yaş gruplarına yönelik yapılan VARAN sonuçları

Kalite Boyutları		Toplam Skor	sd	Ort. Skor	F	Anlamlılık	H_0 Hipotezi
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	Gruplar Arası	6,515	5	1,303	5,061	0,000	Red
	Gruplar içi	80,845	314	0,257			
	Toplam	87,360	319				
2.Hekim Hiz.	Gruplar Arası	2,879	5	0,576	5,024	0,000	Red
	Gruplar içi	35,983	314	0,115			
	Toplam	38,861	319				
3.Oda Hiz.	Gruplar Arası	26,358	5	5,272	9,057	0,000	Red
	Gruplar içi	182,765	314	0,582			
	Toplam	209,123	319				
4.Yeterlilik	Gruplar Arası	3,896	5	0,779	2,084	0,067	Red Edilemez
	Gruplar içi	117,368	314	0,374			
	Toplam	121,264	319				
5.Yemek/Beslenme Hiz.	Gruplar Arası	20,739	5	4,148	7,967	0,000	Red
	Gruplar içi	163,482	314	0,521			
	Toplam	184,222	319				
6.Bekleme Süresi	Gruplar Arası	4,884	5	0,977	5,211	0,000	Red
	Gruplar içi	58,862	314	0,187			
	Toplam	63,747	319				
7.Fiziksel Donanım	Gruplar Arası	8,226	5	1,645	5,548	0,000	Red
	Gruplar içi	93,111	314	0,297			
	Toplam	101,337	319				

Çizelge 5.13'teki sonuçlar incelendiğinde; “yeterlilik” boyutu için anlamlılık değeri 0,05 değerinden büyük çıktığı için H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre, “yeterlilik” boyutu bazında algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir. Diğer taraftan, “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “oda hizmetleri”, “yemek/beslenme hizmetleri”, “bekleme süresi” ve “fiziksel donanım” boyutları için anlamlılık değeri 0,05 değerinden küçük çıkmıştır. Buna göre, kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilmiştir. Algılanan hizmet kalitesinin yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği tespit edilen boyutlar için belirlenen tanımlayıcı istatistikler Ek.13'te verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde; tüm boyutlarda en yüksek tatmin düzeyinin “60 yaş ve üzeri” grupta olduğu görülmüştür. “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve “bekleme süresi” boyutlarında en düşük tatmin düzeyi “20 yaş ve altı” grubunda görülürken; “oda hizmetleri” boyutunda “20-29” yaş grubunda, “fiziksel donanım” boyutunda ise “30-39” yaş grubunda görülmüştür. Genel anlamda, her bir kalite boyutu için yaş ortalaması arttıkça algılanan hizmet kalitesi düzeyinin de arttığını söylemek mümkündür.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla izleyen hipotezler kullanılmıştır:

H_0 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi eğitim durumuna göre istatistiksel farklılık göstermemektedir.

H_1 : Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi eğitim durumuna göre istatistiksel farklılık göstermektedir.

Hipotez testi için, %95 güven seviyesinde VARAN kullanılmıştır. Analiz sonucunda %95 güven seviyesinde anlamlılık değeri 0,05 değerinden büyük ise H_0 kabul, 0,05 değerinden küçük ise H_0 reddedilmiştir. Kalite boyutları bazında eğitim durumuna yönelik yapılan VARAN sonuçları Çizelge 5.14'te gösterilmiştir.

Çizelge 5.14.Kalite boyutları bazında eğitim durumuna yönelik yapılan VARAN sonuçları

Kalite Boyutları		Toplam Skor	sd	Ort. Skor	F	Anlam- lılık	H ₀ Hipotezi
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	Gruplar Arası	2,832	3	0,944	3,528	0,015	Red
	Gruplar içi	84,528	316	0,267			
	Toplam	87,360	319				
2.Hekim Hiz.	Gruplar Arası	1,509	3	0,503	4,256	0,006	Red
	Gruplar içi	37,352	316	0,118			
	Toplam	38,861	319				
3.Oda Hiz.	Gruplar Arası	14,518	3	4,839	7,858	0,000	Red
	Gruplar içi	194,605	316	0,616			
	Toplam	209,123	319				
4.Yeterlilik	Gruplar Arası	8,633	3	2,878	8,074	0,000	Red
	Gruplar içi	112,631	316	0,356			
	Toplam	121,264	319				
5.Yemek/ Beslenme Hiz.	Gruplar Arası	10,423	3	3,474	6,317	0,000	Red
	Gruplar içi	173,799	316	0,550			
	Toplam	184,222	319				
6.Bekleme Süresi	Gruplar Arası	0,733	3	0,244	1,226	0,300	Red Edilemez
	Gruplar içi	63,014	316	0,199			
	Toplam	63,747	319				
7.Fiziksel Donanım	Gruplar Arası	12,176	3	4,059	14,384	0,000	Red
	Gruplar içi	89,161	316	0,282			
	Toplam	101,337	319				

Çizelge 5.14'teki sonuçlar incelendiğinde; “bekleme süresi” boyutu için anlamlılık değeri 0,05 değerinden büyük çıktığı için H₀ hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre, “bekleme süresi” boyutu bazında algılanan hizmet kalitesi eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir. Diğer taraftan, “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “oda hizmetleri”, “yeterlilik”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve

“fiziksel donanım” boyutları için anlamlılık değeri 0,05 değerinden küçük çıkmıştır. Buna göre, kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediği hipotezi reddedilmiştir. Algılanan hizmet kalitesinin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği tespit edilen boyutlar için belirlenen tanımlayıcı istatistikler Ek.14’te verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde; “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri” ve “fiziksel donanım” boyutlarında en yüksek tatmin düzeyi “okur-yazar olmayan” grubunda görülürken; en düşük tatmin düzeyi “üniversite ve üstü” eğitim grubunda görülmüştür. “oda hizmetleri” ve “yemek/beslenme hizmetleri” boyutlarında en yüksek tatmin düzeyi “okur-yazar olmayan” grubunda görülürken; en düşük tatmin düzeyi “lise ve dengi” eğitim grubunda görülmüştür. “yeterlilik” boyutunda ise en yüksek tatmin düzeyi “ilkokul-ortaokul” grubunda görülürken; en düşük tatmin düzeyi “lise ve dengi” eğitim grubunda görülmüştür. Genel olarak bakıldığında en yüksek tatmin düzeyi düşük eğitim grubunda görülürken; en düşük tatmin düzeyi yüksek eğitim grubunda görülmektedir.

6.KALİTE FONKSİYONU YAYILIMININ UYGULANMASI

Çalışmanın bu bölümünde, SERVQUAL temelli model ile analiz esnasında EDH Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yatarak tedavi gören hastalara uygulanan anket sonuçlarından faydalanarak, KFY uygulaması yapılmıştır. Anket sonuçlarına göre her iki servis için de yatan hasta memnuniyetinin karşılanamadığı hipotez testleri ile sınanmış hizmetler dikkate alınarak “kalite evi”nin “hasta istekleri” bölümü oluşturulmuştur. Yine anket sonuçlarından elde edilen SERVQUAL skorlarından hareketle hasta önem dereceleri belirlenmiştir. Hasta önem derecelerinin belirlenmesi aşamasında AHP yönteminden yararlanılmış ve ikili karşılaştırmalar Expert Choice programında yapılmıştır. Hasta isteklerinin belirlenmesinin ardından anket sonuçları verileri kullanılarak planlama matrisi oluşturulmuştur. KFY takımı ile birlikte yatan hasta istek ve beklentilerine yönelik teknik karakteristikler belirlenmiştir. Ardından KFY takımı ile birlikte ilişki matrisi ve korelasyon matrisi oluşturulmuş; planlama matrisinde yer alan “öncelik katsayısı” sütununa yönelik puanlamalar yapılmıştır. EDH Başhekim Yardımcısı ve Kalite Yönetim Direktörü başkanlığında oluşturulan KFY takımı, Kalite Yönetim Birimi çalışanları olan kalite bölüm sorumlusu, hemşire, tıbbi teknolog ve sağlık memurundan oluşmaktadır. İlgili bölümlerin tamamlanmasının ardından her bir bölüm kalite evinde toplanarak değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan çalışmaların ayrıntılı açıklaması izleyen bölümlerde verilmiştir.

Bu bölümde yapılan çalışmanın amacı, bir önceki bölümde elde edilen veriler ışığında, belirlenen yatan hasta istek ve beklentilerine yönelik hizmet kalitesini artıracak çözüm önerilerinde bulunmak ve hastanenin öncelikli olarak hangi çözüme odaklanması gerektiğini belirlemektir.

6.1.Yatan Hasta İstek ve Beklentileri ile Önem Derecelerinin Belirlenmesi

Hasta istek ve beklentileri belirlenirken, 320 hastaya uygulanan anket sonuçlarından elde edilen algı ve beklenti ortalamaları arasındaki fark skorlarından yararlanılmıştır. Algı ve beklenti ortalamaları arasındaki farkın negatif olduğu maddeler hastanın memnun kalmadığı hizmetler olduğundan hasta istek ve beklentileri olarak değerlendirilebilir durumdadır. Bunun yanında algı ve beklenti ortalamaları arasındaki farkın da anlamlı olması ve bu anlamlılığının da test edilmesi gereklidir. Her bir madde bazında algı ve beklenti ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının testi için SPSS 16.0 programında %95 güven seviyesinde “eşlendirilmiş gözlemler için t-testi” uygulanmıştır. Testin sonucunda anlamlılığı test edilmiş, negatif skorlu hizmetler kalite evinde “hasta istekleri” olarak değerlendirmeye alınmıştır. Eşlendirilmiş gözlemler testine ait sonuçlar Ek.15’te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, algı ve beklenti ortalamaları arasındaki fark “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde yemek servisleri zamanında yapılmaktadır” ifadesinde pozitif çıkmıştır. Farkın pozitif olması yatan hastaların hizmetten memnun kaldığını gösterdiğinden, bu madde hasta istek ve beklentileri kapsamında değerlendirilmemiştir. Anlamlılık sütunundaki değerler incelendiğinde, “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı [tıbbi terminoloji içermeyen] benimsemektedir” ifadesinin anlamlılık değeri $p=0,118 > 0,05$ olduğundan %95 güven seviyesinde algı ve beklenti ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Bu nedenle, bu madde de hasta istek ve beklentileri kapsamında değerlendirmeye alınmamıştır. Diğer maddelere bakıldığında ortalama skor değerleri negatif ve anlamlılık sütunundaki değerler 0,05’ten küçük çıktığı için, maddelerin algı ve beklenti ortalamaları arasındaki farkın %95 güven seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu durumda, “hasta istekleri” başlığı altında belirlenen yatan hasta istek ve beklentileri Ek.16’da verilen “kalite evi”nde görülmektedir. Buna göre, kalite evinin 1.düzyen hasta isteklerini SERVQUAL temelli analiz esnasında belirlenen 7 faktör oluştururken; 2.düzyen hasta isteklerini her bir faktör altındaki maddeler oluşturmuştur.

Önem derecesi sütunu, genel olarak her bir müşteri isteğinin müşteri gözündeki önem derecesini göstermektedir. Yatan hasta istek ve beklentilerinin belirlenmesinin ardından, hasta önem derecelerinin belirlenmesi için AHP yöntemi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalar Expert Choice programında yapılmıştır. İkili karşılaştırmalar için hastalara yeni bir anket uygulaması yapılmamıştır. Bunun yerine, hastaların SERVQUAL temelli analiz esnasında uygulanan ankete verdikleri algı-beklenti puanları kullanılarak ikili karşılaştırmalarda kullanılacak puanlar belirlenmiştir. Bu puanlar Ek.15'te gösterilen “eşlendirilmiş gözlemler için t-testi” sonucunda elde edilen skorların mutlak değerlerinin oranlanması yapılarak elde edilmiştir. Skor mutlak değeri büyük olan madde hastanın daha az memnun olduğunu ifade ettiğinden, küçük mutlak değerli maddeye göre daha önemli olarak değerlendirilmiştir. Örneğin, “Eskişehir Devlet Hastanesi modern teçhizata ve tıbbi donanıma sahip olmalıdır” (1.madde) maddesine ait SERVQUAL skoru (-1,091) olarak çıkarken; “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hasta odasındaki eşyalar çalışır durumda olmalıdır” (2.madde) maddesine ait SERVQUAL skoru (-0,181) olarak çıkmıştır. Skorlardan anlaşılacağı üzere, hastaların 1.maddedeki hizmete yönelik memnuniyetsizliği 2.maddedeki hizmete göre daha fazladır. Bu demektir ki; 1.maddeye ait hizmet diğerine göre daha önemlidir ve daha önce çözüme ulaştırılmalıdır. Buradan hareketle, 1.maddenin 2.maddeye göre kaç kat önemli olduğunu belirlemek için SERVQUAL skorlarının mutlak değerleri oranlanmıştır ve 1.maddenin 2.maddeye göre 6 (1,091/0,181) kat önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Bu değer de, AHP esnasında ikili karşılaştırmalarda kullanılmıştır. Her bir faktör altındaki maddelere ait ikili karşılaştırmalarda kullanılacak puanlar yukarıda anlatıldığı şekilde belirlenmiştir. Hasta isteklerinin 1.düzeyini oluşturan faktörlerin kendi aralarındaki önem puanları belirlenirken de aynı yöntem izlenmiş olup; faktör skor değerleri oranlanmıştır. Her bir faktöre ait skor değeri belirlenirken, her bir faktör altında bulunan maddelerin skorlarının ortalaması alınmıştır. Mevcut anketteki madde sayısı fazla olduğundan, her bir maddenin ikili karşılaştırılması ve tüm hastalardan elde edilen karşılaştırma sonuçlarının bütünleştirilmesi çok sağlıklı olmayacağından bu yöntem tercih edilmiştir. Bunun yanında, faktörlerin anket uygulamasının sonucunda belirlenmesinden dolayı, ilk etapta faktörlere ilişkin bir değerlendirme yapmak mümkün değildir. Faktörler için önem derecelerinin belirlenmesi adına yeni bir anket çalışması yapılması durumunda, anket farklı hastalara uygulanacağından asıl 320 deneğin

düşüncelerini yansıtmayacaktır. Verilerdeki bütünlüğün oluşturulabilmesi için, asıl deneklerin verdikleri puanlardan yararlanarak önem derecelerini belirleme yoluna gidilmiştir. 1.düzye ve 2.düzye hasta isteklerinin ikili karşılaştırmalarda kullanılacak değerlerinin belirlenmesinin ardından, puanlar Expert Choice programına girilerek, önem puanları elde edilmiştir. Önem puanlarının belirlenmesi sırasında bütün ikili karşılaştırmaların tutarsızlık oranları da incelenmiştir ve bu oranların sıfır olduğu görülmüştür. Bunun nedeni, ikili karşılaştırmalar esnasında her bir maddeye ilişkin SERVQUAL skorlarının oranlanmasıdır. Belirlenen yatan hasta istek ve beklentilerinin önem dereceleri Ek.16'da gösterildiği gibidir. Sonuçlara bakıldığında, hastalar açısından en çok önem taşıyan hizmet “yeterlilik” kalite boyutu altındaki “EDH’de WC/banyo temiz olmalıdır” ifadesinde çıkmıştır. Hasta tatmininin en fazla olmasından dolayı hastalar için en az önem taşıyan hizmetler ise; “hekim hizmetleri” kalite boyutu altındaki “EDH’de doktorlar her an hizmete hazır olmalıdır” ve “EDH’de doktorlar bilgili ve tecrübeli olmalıdır” ifadesinde çıkmıştır.

6.2.Planlama Matrisinin Oluşturulması

Yatan hasta istek ve beklentileri ile önem derecelerinin belirlenmesinin ardından kalite evinin “planlama matrisi” oluşturulmuştur. Planlama matrisi, hasta istek ve beklentilerinin taşıdığı önem derecesi, hastanenin performansı, hastane hedefi, ilerleme oranı, öncelik katsayısı, önem puanı ve yüzde önem puanını içeren sütunlardan oluşmaktadır.

Hastaların ankette yer alan her bir hizmete yönelik verdikleri algı puanları, işletmenin şu andaki performansını göstermektedir. Çünkü algı puanları hastanenin şu andaki hizmetlerine yönelik hasta değerlendirmelerini içermektedir. Buradan hareketle, 320 hastanın her bir maddeye verdikleri algı puanları ortalamaları planlama matrisinde “hastane performansı” sütununda ele alınmıştır.

Aynı hizmeti veren rakip işletmelerin aynı hizmeti karşılamadaki performansının müşteriler tarafından ölçülmesiyle “rakip işletme” sütunu oluşturulur. Çalışma kapsamında rakip hastaneye yönelik herhangi bir çalışma yapılmadığından, planlama matrisinde rakip hastane sütunu bulunmamaktadır. Mevcut ankete yönelik maddelerin çok fazla olmasından dolayı yatan hastalara uygulanacak rakip firma ile ilgili değerlendirmeler sağlıklı sonuçlar üretmeyecektir. Ayrıca, her hasta rakip devlet hastanesinin Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinde aynı hizmeti almadığından birebir değerlendirme yapmak yanlış olacaktır.

Planlama matrisindeki “hastane hedef” sütunu, her bir yatan hasta istek ve beklentisi için hastanenin ulaşmak istediği hedef performans değerlerini içermektedir. Bu sütuna ait değerler belirlenirken, 320 hastanın anketteki maddelere verdikleri beklenti puanlarına ait ortalamalar değerlendirmeye alınmıştır. Belirlenen beklenti ortalamaları en yakın tam sayıya yuvarlanarak hastane hedef puanları oluşturulmuştur. Hastalar her bir hizmete yönelik beklentilerini ifade eden değerler verirken, rakip hastanelerin hizmetlerini de göz önünde bulundurarak genel anlamda bir değerlendirme yaptıklarından, beklenen puanlar rakip firma karşılaştırmalarını da içerir durumdadır.

“İlerleme oranı” sütunu, “hastane hedef” sütununun “hastane performansı” sütununa bölünmesiyle elde edilmektedir. Hesaplanan bu değer, ilgili hizmetin hangi oranda iyileştirileceğinin yanıtını vermektedir.

Hasta isteklerinde bir ilerleme yapmanın, hizmet satışlarında da bir ilerleme oluşturup oluşturmayacağını görmemizi sağlayan sütun “öncelik katsayısı” sütunudur. Çalışmada “öncelik katsayısı” puanları Kalite Yönetim Birimi ile oluşturulan KFY takımı tarafından belirlenmiştir. 1,0 puanı yapılacak iyileştirmenin hizmet satışlarında herhangi bir ilerlemeye neden olmayacağı, 1,2 puanı yapılacak iyileştirmenin hizmet satışlarında orta düzeyde bir ilerleme sağlayacağı, 1,5 puanı ise yapılacak iyileştirmenin hizmet satışlarında önemli bir ilerleme sağlayacağı anlamını taşımaktadır.

“Önem puanı” sütunu, hasta istek ve beklentilerine yönelik “önem derecesi”, “ilerleme oranı” ve “öncelik katsayısı” puanlarının çarpımları ile oluşturulur ve her bir hasta istek ve beklentisinin önem ağırlığını verir. Önem puanlarının normalize edilmesiyle de “yüzde önem puanı” sütunu elde edilmektedir. “Yüzde önem” sütunu her bir hasta istek ve beklentisinin toplam istek ve beklenti içindeki yüzde önemini gösteren bir değerdir.

Yukarıda anlatılanlar ışığında ilgili puanlar hesaplanmış ve planlama matrisi oluşturulmuştur. Oluşturulan planlama matrisi Ek.16’da gösterilmiştir. Matrisin “yüzde önem puanı” sütunu incelendiğinde, yatan hasta istek ve beklentileri arasında en fazla öneme sahip istek %17,66 lık değerle “EDH’de WC/banyo temiz olmalıdır” gelmektedir. İkinci öneme sahip istek %15,87 lik değerle “EDH modern teçhizata ve tıbbi donanıma sahip olmalıdır”, üçüncü öneme sahip istek ise %12,50 lik değerle “EDH’de WC/banyo sayısı yeterli olmalıdır” gelmektedir. Hasta istek ve beklentileri arasında en az öneme sahip istek ise %0,30 luk değerle “EDH’de doktorlar her an hizmete hazır olmalıdır” çıkmıştır.

6.3.Teknik Karakteristiklerin Belirlenmesi

Hasta istek ve beklentilerinin hizmet aşamasına taşınabilmesi için her bir hasta istek ve beklentisinin ne şekilde karşılanacağını ifade eden teknik karakteristikler olarak ifade edilebilmeleri gereklidir. Yapılan çalışmada uzman görüşlerine başvurmadan önce literatürdeki kaynaklardan yararlanılmıştır. EDH Kalite Yönetim Birimi tarafından oluşturulan KFY takımının görüşleri alınmadan önce de EDH dışından iki farklı hekimin görüşlerine başvurulmuştur. Ardından KFY takımı ile yapılan görüşmeler neticesinde her bir hasta istek ve beklentisi için teknik karakteristikler belirlenmiştir. Teknik karakteristikler aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması,
2. Sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının artırılması,
3. Sağlık personeli/hekim memnuniyetinin artırılması,
4. Etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi,
5. Problem çözme becerisine yönelik eğitimlerin verilmesi,
6. Sağlık personeline sorumluluğu kadar yetkinin de verilmesi,
7. Hastanın servise kabulünde hastaya güven duygusunun verilmesi,
8. Sağlık personeline verilen uyum içi eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması,
9. Stajyerlerin teknik bilgilerinin güncellenmesine yönelik eğitimlerin verilmesi,
10. Stajyerlere yönelik eğitim materyallerinin var ve yeterli olması,
11. Stajyerlerin görevlerini tecrübeli sağlık personeli ile birlikte yapması,
12. Hastaların acil servisi kullanma hakkında bilinçlendirilmesi,
13. Acilde nöbet tutan acil uzman hekim ve sağlık personeli ihtiyacının giderilmesi,
14. Acil serviste yeterli ve teknolojik teçhizat ve donanımın olması,
15. Acil servis planlamasının gözden geçirilmesi,
16. Bürokratik işlemlerin gerekliliği konusunda hasta bilgilendirmesinin yapılması,
17. Hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,
18. Alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılması,
19. Doktorun vizitler sırasında gerekli ve yeterli ilgi gösterdiğine dair hastayı inandırması,
20. Doktorun vizit için gelemediği zamanlarda gelememe nedeninin hastaya bildirilmesi,
21. Haftasonu da bilgili ve tecrübeli çalışanın olduğuna dair hastanın bilgilendirilmesi,
22. Nitelikli oda sayısının artırılması,
23. Hasta odalarındaki teknik desteğin artırılması,
24. Refakatçi gerekliliği konusunun daha dikkatli sorgulanması,
25. Hasta yakınları için servislerden uzak bekleme alanlarının oluşturulması,
26. Ziyaretçi saatlerinin düzenlenmesi,
27. Duvarlara resimlerin asılıp, ışıklandırmaların düzenlenmesi,
28. Çok erken saatlerde yapılan kahvaltı dağıtımının planlanması,

29. Hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi,
30. Güvenlik görevlilerinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması,
31. Yatan hasta ve refakatçi sayısı dikkate alınarak umumi ihtiyaç yerlerinin artırılması,
32. Temizlik ve taşıma elemanlarının ayrı olması,
33. Temizlik görevlilerine yönelik periyodik kontrollerin yapılması,
34. Odalarda iklimlendirmenin yapılması,
35. Termostat sisteminin kurulması,
36. Yemek çeşitliliğinin/alternatif yemek sayısının artırılması,
37. Benmarilerin yemek dağıtımını boyunca aktif olması,
38. Yemek şirketinin düzenli olarak denetimlerinin yapılması,
39. Laboratuvar hizmetlerinde randevu sistemine daha dikkat edilmesi,
40. Hasta odalarındaki eşyaların periyodik kontrollerinin yapılması,
41. Teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması.

6.4.İlişki Matrisinin Oluşturulması

Teknik karakteristiklerin belirlenmesinin ardından KFY takımı ile birlikte teknik karakteristikler ile hasta istek ve beklentileri arasındaki ilişkiler belirlenmiştir. Her bir teknik karakteristik tek tek ele alınarak, hasta istek ve beklentileri ile olan ilişkiler belirlenerek, ilişki derecesini gösteren puanlar verilmiştir. Eğer ilişki güçlü derecede ise 9, orta derecede ise 3, zayıf derecede ise 1 puanı verilmiştir. Yapılan değerlendirmeler neticesinde ortaya çıkan ilişki matrisi Ek.16'da gösterilmiştir.

İlişki matrisi incelendiğinde güçlü derecede ilişkilerin ön planda olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, hasta istek ve beklenti sayısının fazla olmasından dolayı her bir maddeye ilişkin teknik karakteristiklerin belirlenmesinde en fazla iyileştirmeyi sağlayacak çözümler üzerinde durulmasıdır.

“Sağlık personelinin her an hizmete hazır olması” için, “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması”, “sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması” güçlü derecede ilişki gösterirken; “sağlık personeli/hekim memnuniyetinin arttırılması” orta derecede ilişki göstermektedir.

“Sağlık personelinin nazik, güler yüzlü, saygılı olması” için, “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması” orta derece ilişki gösterirken; “sağlık personeli/hekim memnuniyetinin arttırılması”, “etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“Sağlık personelinin problemlere ilgiyle yaklaşım, çözmek için çaba sarf etmesi” için, “sağlık personeli/hekim memnuniyetinin arttırılması”, “etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi”, “problem çözme becerisine yönelik eğitimlerin verilmesi” güçlü derecede ilişki gösterirken; “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması”, “sağlık personeline sorumluluğu kadar yetkinin verilmesi” orta derecede ilişki göstermektedir.

“Refakatçilerin ulaşabileceği kişilere rahatça ulaşabilmesi” için, “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması” ile “sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“Tüm soruların rahatlıkla sağlık personeline sorulabilmesi” için, “etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi”, “hastanın servise kabulünde hastaya güven duygusunun verilmesi” güçlü derecede ilişki gösterirken; “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması”, “sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması” orta derecede ilişki göstermektedir.

“Hastaların durumlarıyla ilgili her an bilgi alabilmesi” için, “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması”, “sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin

araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması” güçlü derecede ilişki gösterirken; “sağlık personeli/hekim memnuniyetinin arttırılması”, “etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi”, “hastanın servise kabulünde hastaya güven duygusunun verilmesi” zayıf derecede ilişki göstermektedir.

“*Hizmetlerin ilk seferde eksiksiz yerine getirilmesi*” için, “sağlık personeline yönelik uyum içi eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması”, “stajyerlerin teknik bilgilerinin güncellenmesine yönelik eğitimlerin verilmesi”, “stajyerlere yönelik eğitim materyallerinin var ve yeterli olması”, “stajyerlerin görevlerini tecrübeli sağlık personeli ile birlikte yapması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Acil durumda acil muayenenin anında gerçekleştirilmesi*” için, “hastaların acil servisi kullanma konusunda bilinçlendirilmesi”, “acilde nöbet tutan acil uzman hekim ve sağlık personeli ihtiyacının giderilmesi”, “acil serviste yeterli ve teknolojik teçhizat ve donanımın olması”, “acil servis planlamasının gözden geçirilmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Bürokratik işlemlerin kısa sürede tamamlanması*” için, “bürokratik işlemlerin gerekliliği konusunda hastanın bilgilendirilmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Sağlık personelinin bilgili ve tecrübeli olması*” için, “hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması”, “alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Vizit işlemleri için ayrılan sürenin yeterli olması*” için, “doktorun vizite sırasında gerekli ve yeterli ilgiyi gösterdiğine dair hastayı tatmin etmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Doktorların her an hizmete hazır olması*” için, “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması”, “sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının artırılması” güçlü derecede ilişki gösterirken; “sağlık personeli/hekim memnuniyetinin artırılması” orta derecede ilişki göstermektedir.

“*Doktorların yatan hastaları ziyaret etme sıklığının yeterli olması*” için, “doktorun vizit için gelemediği zamanlarda gelememe nedeninin hastaya bildirilmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Hafta sonu da bilgili ve tecrübeli doktor-hemşirenin bulunması*” için, “hafta sonu da bilgili ve tecrübeli doktor-hemşirenin olduğuna dair hastaların bilgilendirilmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Doktorların bilgili ve tecrübeli olması*” için, “hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması”, “alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Odalarda yatan hasta sayısının ideal olması*” için, “nitelikli oda sayısının artırılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Refakatçi ve yatan hasta yakınlarına bekledikleri hizmetlerin verilmesi*” için, “hasta odalarındaki teknik desteğin artması”, “hasta yakınları için servislerden uzak bekleme alanlarının oluşturulması” ve “çok erken saatlerde yapılan kahvaltı dağıtımının düzenlenmesi” güçlü derecede ilişki gösterirken; “refakatçinin gerekliliği konusunun sorgulanması” orta derecede ilişki göstermektedir.

“*Hastane ortamının huzur verici ve sessiz olması*” için, “nitelikli oda sayısının artırılması”, “hasta yakınları için servislerden uzak bekleme alanlarının oluşturulması”,

“ziyaret saatlerinin düzenlenmesi”, “hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi”, “güvenlik görevlilerinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması” güçlü derecede ilişki gösterirken; “duvarlara resimlerin asılıp, ışıklandırmanın düzenlenmesi” ve “çok erken saatlerde yapılan kahvaltı dağıtımının düzenlenmesi” orta derecede ilişki göstermektedir.

“*Hasta yakınları için ziyaret süresi ve saatlerinin herkes için uygun olması*” için, “ziyaret saatlerinin düzenlenmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*WC/banyo sayısının yeterli olması*” için, “yatan hasta ve refakatçi sayısı dikkate alınarak WC/banyo sayısının artırılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*WC/banyonun temiz olması*” için, “hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi”, “temizlik görevlilerine yönelik periyodik kontrollerin yapılması” güçlü derecede ilişki gösterirken; “temizlik ve taşıma elemanlarının ayrı olması” orta derecede ilişki göstermektedir.

“*Hasta oda sıcaklığının yeterli düzeyde olması*” için, “odalarda iklimlendirmenin yapılması”, “termostat sisteminin kurulması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Yemeklerin doyurucu olması*” için, “yemek çeşitliliğinin/alternatif yemek sayısının artırılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Yemeklerin sıcak gelmesi*” için, “benmarilerin yemek dağıtımı boyunca aktif olması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Yemeklerin damak tadına uygun olması*” için, “yemek şirketinin düzenli olarak denetimlerinin yapılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Radyoloji ve laboratuvar işlemlerinde belirtilen zamanda sonuçların verilmesi*” için, “sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması”, “sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının artırılması” güçlü derecede ilişki gösterirken; “teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması” orta derecede ilişki göstermektedir.

“*Radyoloji ve laboratuvar hizmetlerinde bekleme süresinin az olması*” için, “laboratuvar hizmetlerinde randevu sistemine daha dikkat edilmesi” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Hasta odasındaki eşyaların çalışır durumda olması*” için, “hasta odalarındaki eşyaların periyodik kontrollerinin yapılması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

“*Hastanenin modern tıbbi teçhizata ve donanıma sahip olması*” için, “teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması” güçlü derecede ilişki göstermektedir.

Teknik karakteristiklerle hasta istek ve beklentileri arasındaki ilişki belirlemedeki amaç, teknik karakteristiklerin önem sırasını belirlemektir. Teknik karakteristiklerle hasta istek ve beklentileri arasındaki ilişki düzeyleri belirlendikten sonra teknik karakteristiklerin teknik önem dereceleri hesaplanmıştır. Teknik önem derecesi, ilişki puanıyla yüzde önem puanlarının çarpımıyla elde edilmiştir. Hesaplanan teknik önem derecesi, 100 üzerinden normalize edilerek yüzde teknik önem dereceleri belirlenmiştir. Uygulamaya ait sonuçlar Ek-16’da verilmiştir. Çıkan sonuçlarla yüksek öneme sahip teknik karakteristikler belirlenmiş olup; bu karakteristiklerin iyileştirilmesine odaklanılmıştır. Belirlenmiş yüksek öneme sahip teknik karakteristikler Çizelge 6.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 6.1.Yüksek Öneme Sahip Teknik Karakteristikler

TEKNİK KARAKTERİSTİKLER	TEKNİK ÖNEM DERECESESİ (%)
Hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi	12,76
Temizlik görevlilerine yönelik periyodik kontrollerin yapılması	9,18
Teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması	8,46
Nitelikli oda sayısının artırılması	7,99
Güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması	6,50
Yatan hasta ve refakatçi sayısının dikkate alınarak umumi ihtiyaç yerlerinin artırılması	6,50
Hasta yakınları için servislerden uzak bekleme alanlarının oluşturulması	5,49
Ziyaret saatlerinin düzenlenmesi	4,24

Çıkan sonuçlar üzerinden en yüksek önem derecesine sahip teknik karakteristiğin iyileştirilmesi için daha çok çaba harcanarak iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir.

6.5.Teknik Karakteristikler Arasındaki Korelasyonların Belirlenmesi

Birçok teknik karakteristik, diğer teknik karakteristiklerle ilişkilidir. Bunlardan birinin geliştirilmesi amacıyla yapılan bir çalışma, başka bir karakteristiğe yardımcı olabilir ve bunun sonucunda olumlu veya yararlı bir etki ortaya çıkar. Diğer taraftan, bir karakteristiği geliştirmek için yapılan çalışma başka bir karakteristiği olumsuz yönde etkileyebilir (Saatçioğlu, 2010).

Teknik karakteristikler arasındaki korelasyonlar KFY takımı ile birlikte belirlenmiş ve kalite evinin çatı kısmında gösterilmiştir. Bu değerlendirme yapılırken teknik karakteristikler arasında sadece pozitif ya da negatif korelasyonun olup olmadığına bakılmıştır. Bir teknik karakteristikte iyileştirme yapıldığında, diğer teknik karakteristik de olumlu yönde etkileniyorsa pozitif korelasyon, bir teknik karakteristikte iyileştirme yapıldığında diğer teknik karakteristikte tersine bir etki görülüyorsa negatif korelasyon olduğu belirtilmiştir. Pozitif korelasyonlar “+” ile gösterilirken, negatif korelasyonlar “-“ ile gösterilmiştir. Çalışmaya ait korelasyon matrisi Ek.16’da gösterilmiştir.

Sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının artırılması sağlık personeli/hekim iş yükünü azaltacaktır. Bu yüzden, “*sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının artırılması*” ile “*sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması*” arasında pozitif korelasyon vardır.

Sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması sağlık personeli/hekim memnuniyetini de artıracaktır. Bu yüzden, “*sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması*” ile “*sağlık personeli/hekim memnuniyetinin artırılması*” arasında pozitif korelasyon vardır.

Sağlık personeli/hekim iş yükü azaltıldığında, tecrübeli sağlık personelinin görev esnasında stajyerlerin yanında bulunabilme olasılığı artacaktır. Bu yüzden, “*sağlık personeli/hekim iş yükünün azaltılması*” ile “*stajyerlerin görevlerini tecrübeli sağlık personeli ile birlikte yapması*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

Sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının artırılması dolaylı da olsa iş yükünün azalmasından dolayı çalışan memnuniyetini arttıracaktır. Bundan dolayı, “*sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp*

gerekliyse sayısının arttırılması” ile *“sağlık personeli/hekim memnuniyetinin arttırılması”* arasında pozitif korelasyon vardır.

Sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması durumunda tecrübeli çalışan sayısı artacağından stajyerlerin de tecrübeli çalışanlar eşliğinde görevlerini yapma olasılığı artacaktır. Bundan dolayı, *“sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması”* ile *“stajyerlerin görevlerini tecrübeli sağlık personeli ile birlikte yapması”* arasında pozitif korelasyon vardır.

Sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması acilde nöbet tutan uzman hekim ve sağlık personeli ihtiyacını da giderecektir. Bu yüzden *“sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması”* ile *“acilde nöbet tutan uzman hekim ve sağlık personeli ihtiyacının giderilmesi”* arasında pozitif korelasyon vardır.

“Sağlık personeli/hekim sayısının yeterliliğinin araştırılıp gerekliyse sayısının arttırılması” durumunda alınacak bilgili, tecrübeli personeller *“alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılmalı”* teknik karakteristiğini de olumlu etkileyeceğinden, bu iki teknik karakteristik arasında pozitif korelasyon vardır.

Sağlık personeline sorumluluğu kadar yetkinin de verilmesi sağlık personeli/hekim memnuniyetini arttıracaktır. Bu yüzden, *“sağlık personeline sorumluluğu kadar yetkinin de verilmesi”* ile *“sağlık personeli/hekim memnuniyetinin arttırılması”* arasında pozitif korelasyon vardır.

“Etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi” durumunda *“hastanın servise kabulünde hastaya güven duygusunun verilmesi”* daha bilinçli ve etkili yapılacaktır. Bu yüzden, bu iki teknik karakteristik arasında pozitif korelasyon vardır.

Etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi çalışanların bilgili ve tecrübeli olmalarına da olumlu katkı sağlayacaktır. Bu yüzden, “*etkin iletişim ve empati eğitimlerinin verilmesi*” ile “*alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılmalı*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

Acil servis planlamasının gözden geçirilmesi esnasında problem çözme becerisine sahip olmak, karşılaşılan sorunlara karşı daha akılcı yaklaşım sağlayacağından, “*acil servis planlamasının gözden geçirilmesi*” ile “*problem çözme becerisine yönelik eğitimlerin verilmesi*” arasında pozitif korelasyon vardır.

Sağlık personeline yönelik uyum içi eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması çalışan personelin tecrübeli olmasına katkıda bulunacağından, “*sağlık personeline yönelik uyum içi eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması*” ile “*alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılmalı*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

Stajyerlerin teknik bilgilerinin güncellenmesine yönelik eğitimlerin verilmesi personelin bilgi düzeyine katkıda bulunacağından, “*stajyerlerin teknik bilgilerinin güncellenmesine yönelik eğitimlerin verilmesi*” ile “*alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılmalı*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

Stajyerlere yönelik eğitim materyallerinin var ve yeterli olması personelin bilgi ve tecrübesine katkıda bulunacağından, “*stajyerlere yönelik eğitim materyallerinin var ve yeterli olması*” ile “*alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılmalı*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

Stajyerlerin görevlerini tecrübeli sağlık personeli ile birlikte yapması durumunda, ileride çalışacak olan stajyerler daha bilgili ve tecrübeli olacaktır. Bu

yüzden, “*stajyerlerin görevlerini tecrübeli sağlık personeli ile birlikte yapması*” ile “*alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılmalı*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

“*Acil servis planlamasının gözden geçirilmesi*” durumunda, “*hastaların acil servisi kullanmaları konusunda bilinçlendirilmesi*”ne yönelik alınacak bir karar, bu teknik karakteristiği olumlu yönde etkileyeceğinden, iki teknik karakteristik arasında pozitif korelasyon vardır.

Acil servis planlamasının gözden geçirilmesiyle, acilde nöbet tutan uzman hekim ve sağlık personeli ihtiyacının giderilmesine yönelik çözüm önerileri aranacaktır. Bu yüzden, “*acil servis planlamasının gözden geçirilmesi*” ile “*acilde nöbet tutan uzman hekim ve sağlık personeli ihtiyacının giderilmesi*” arasında pozitif korelasyon vardır.

Acil servis planlamasının gözden geçirilmesiyle, yetersiz sayıdaki teçhizat ve donanıma yönelik kararlar da alınacaktır. Bu yüzden, “*acil serviste yeterli ve teknolojik teçhizat ve donanımın olması*” arasında pozitif korelasyon vardır.

Hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması sağlık personelinin bilgisine ve tecrübesine katkıda bulunacağından, “*hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması*” ile “*alanında bilgili, tecrübeli, yeniliklere açık personellerle çalışılmalı*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

Nitelikli oda sayısının arttırılması durumunda her odada WC/banyo bulunacağından; “*nitelikli oda sayısının arttırılması*” ile “*yatan hasta ve refakatçi sayısı dikkate alınarak WC/banyo sayısının arttırılması*” arasında pozitif korelasyon vardır.

Nitelikli oda sayısının arttırılması durumunda servislerdeki gürültü azalacaktır. Gürültünün azalması durumunda da güvenlik görevlilerinin sessizliği sağlama konusunda göstereceği titizlik azalacaktır. Bu yüzden, “*nitelikli oda sayısının arttırılması*” ile “*güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması*” arasında negatif korelasyon vardır.

Hasta odalarındaki teknik desteğin arttırılması durumunda teknik elemanlara yönelik yapılan periyodik kontrollerin sayısında da artış görülecektir. Bu yüzden, “*hasta odalarındaki teknik desteğin arttırılması*” ile “*hasta odalarındaki eşyaların periyodik kontrollerinin yapılması*” arasında pozitif korelasyon vardır.

“*Odalarda iklimlendirmenin yapılması*” için gerekli olan donanımın alınması “*hasta odalarındaki teknik desteğin arttırılması*” teknik karakteristiğini olumlu yönde etkileyeceğinden bu iki karakteristik arasında pozitif korelasyon vardır.

Ziyaret saatlerinin düzenlenmesi durumunda aynı zamanda çok fazla ziyaretçinin gelmesinden kaynaklanan gürültü sorununa çözüm getirilecektir. Gürültünün azalması durumunda da güvenlik görevlilerinin sessizliği sağlama konusunda göstereceği titizlik azalacaktır. Bu yüzden, “*ziyaret saatlerinin düzenlenmesi*” ile “*güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması*” arasında negatif korelasyon vardır.

Hastanede sessiz olunması hakkında bilgilendirme yapıldığında gürültüde azalma sağlanabilecektir. Gürültünün azalması durumunda da güvenlik görevlilerinin sessizliği sağlama konusunda göstereceği titizlik azalacaktır. Bu yüzden, “*hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi*” ile “*güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması*” arasında negatif korelasyon vardır.

WC/banyo sayısının artması durumunda temizlik görevlilerine yönelik yapılacak periyodik kontrollerde de artış görülecektir. Bu yüzden, “*yatan hasta ve refakatçi sayısı dikkate alınarak WC/banyo sayısının arttırılması*” ile “*temizlik görevlilerine yönelik periyodik kontrollerin yapılması*” teknik karakteristikleri arasında pozitif korelasyon vardır.

Hasta odalarındaki eşyaların periyodik kontrollerinin yapılması, eskiyen veya bozulan eşyaların ortaya çıkmasını sağlayacağından modern teçhizat ve donanımın alınması konusundaki karara yardımcı olacaktır. Bu yüzden, “*hasta odalarındaki eşyaların periyodik kontrollerinin yapılması*” ile “*teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması*” arasında pozitif korelasyon vardır.

İlişki matrisindeki yüzde teknik önem derecesi satırındaki değerlere bakılarak, öncelikli olarak hangi teknik karakteristik üzerinde durulması gerektiği belirlenmiştir. Kalite evinde teknik önem yüzdesi yüksek olan teknik karakteristikler; “*hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi*”, “*temizlik görevlilerine yönelik periyodik kontrollerin yapılması*”, “*teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması*”, “*nitelikli oda sayısının arttırılması*”, “*güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması*”, “*yatan hasta ve refakatçi sayısının dikkate alınarak umumi ihtiyaç yerlerinin arttırılması*”, “*hasta yakınları için servislerden uzak bekleme alanlarının oluşturulması*” ve “*ziyaret saatlerinin düzenlenmesi*” teknik karakteristikleridir.

Bu teknik karakteristiklerle ilgili korelasyon matrisine bakılırsa; “*hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi*” teknik karakteristiğiyle “*güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması*” teknik karakteristiği arasında negatif korelasyon bulunmaktadır.

“*Temizlik görevlilerine yönelik periyodik kontrollerin yapılması*” teknik karakteristiğiyle “*yatan hasta ve refakatçi sayısı dikkate alınarak WC/banyo sayısının arttırılması*” teknik karakteristiği arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır.

“*Teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması*” teknik karakteristiğiyle “*hasta odalarındaki eşyaların periyodik kontrollerinin yapılması*” teknik karakteristiği arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır.

“*Nitelikli oda sayısının arttırılması*” teknik karakteristiğiyle “*güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması*” teknik karakteristiği arasında negatif korelasyon varken; “*yatan hasta ve refakatçi sayısı dikkate alınarak WC/banyo sayısının arttırılması*” teknik karakteristiği arasında pozitif korelasyon vardır.

“*Hasta yakınları için servislerden uzak bekleme alanlarının oluşturulması*” teknik karakteristiğiyle ilgili herhangi bir korelasyon belirlenmemiştir.

Aralarında pozitif korelasyon bulunan teknik karakteristiklerden birinin iyileştirilmesi durumunda diğerinde de iyileştirme görülecektir. Böylece, hasta gözünde önemli olan birden fazla istek ve beklenti de aynı anda iyileştirilmiş olacak ve memnuniyet artacaktır.

Kalite evinin tüm adımlarının tamamlanmasının ardından oluşturulan kalite evi Ek.16’da gösterilmiştir.

7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hizmet sektörünün her geçen gün büyümesi, bu alanda kaliteye verilen önemin artmasına neden olmaktadır. 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 (Yıldız Karagöz, 2010).

Bu önemden hareketle, uygulama EDH Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yapılmıştır. Çalışmanın temel amacı, sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılması için EDH Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yataklı tedavi hizmeti gören hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerini ölçmek, her iki servisi kalite düzeyleri açısından birbirleriyle karşılaştırmak, tatmin olunmayan hizmetleri belirleyerek, iyileştirme önerilerinde bulunmaktır.

Araştırma için gerekli verileri elde etmek amacıyla anket tekniğinden yararlanılmıştır. Sağlık sektöründe kullanılan mevcut 22 maddelik SERVQUAL modeli üzerinde, çalışma amacına uygun olacak şekilde yapılan değişiklikler sonucunda yatan hastaların beklenti ve algılarını ölçmeye yönelik 44 madde belirlenmiştir. 57 yatan hastaya uygulanan anket, pilot çalışma kapsamında ele alınmış ve SPSS 16.0 programı kullanılarak anket güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur. Güvenilirlik analizi sonrası ankette 7 maddenin çıkartılmasına karar verilmiş ve yeni anketteki soru sayısı 37 maddeye düşmüştür. Yeni anket yeniden güvenilirlik analizine tabi tutulmuş, Cronbach Alpha değeri 0,931 olarak belirlenmiştir. İlgili Cronbach Alpha değeri anketin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir. Yeni anketin oluşturulmasının ardından asıl deneklerle çalışmaya başlanmıştır. Anakütledeki birey sayısının bilinmediği varsayımı altında örneklem sayısı her bir servis için 150 kişi olarak belirlenmiş olup; anketler toplamda 320 hastaya rassal örnekleme yöntemiyle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

320 hastaya yapılan anket sonrasında, yeniden güvenilirlik analizi yapılmış ve 0,932 alfa değeriyle anket yüksek güvenilirliğe sahip çıkmıştır.

Güvenilirlik analizi sonrası her bir servis için hastaların demografik bilgilerine yönelik istatistikler elde edilmiştir. Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yatarak tedavi görmeyi tavsiye edenlerin oranı tavsiye etmeyenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Hastaların Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde aldıkları hizmet hakkındaki genel değerlendirmelerine bakıldığında ise, hastaların çoğunluğu tedavi gördükleri servisi “iyi” olarak değerlendirmiştir.

Hastaların EDH’yi tercih etme nedenleri incelendiğinde; tavsiye, sosyal güvencenin karşılanması, eve yakınlık ve sağlık personelinin bilgili ve deneyimli olması EDH Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinin tercih edilmesindeki en önemli nedenler olarak belirlenmiştir.

SPSS 16.0 programında yapılan faktör analizi sonrası; “*Çalışan/Sağlık Personeli Hizmetleri*”, “*Hekim Hizmetleri*”, “*Oda Hizmetleri*”, “*Yeterlilik*”, “*Yemek/Beslenme Hizmetleri*”, “*Bekleme Süresi*” ve “*Fiziksel Donanım*” olarak isimlendirilen 7 adet faktör belirlenmiştir. 7 faktörün, modelin %72,250’sini açıkladığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların EDH Dahiliye servisindeki hizmetlere yönelik beklentileri ile ilgili bulgular incelendiğinde; en yüksek beklenti “bekleme süresi” ve “çalışan/sağlık personeli hizmetleri” boyutlarında gerçekleşirken; en düşük beklenti “oda hizmetleri” boyutunda gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların EDH Genel Cerrahi servisindeki hizmetlere yönelik beklentileri ile ilgili bulgular incelendiğinde; en yüksek beklenti “çalışan/sağlık personeli hizmetleri” boyutunda gerçekleşirken; en düşük beklenti “hekim hizmetleri” boyutunda gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların EDH Dahiliye servisindeki hizmetlere yönelik algıları ile ilgili bulgular incelendiğinde; en yüksek algı “bekleme süresi” boyutunda gerçekleşirken; en düşük algı “yeterlilik” boyutunda gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların EDH Genel Cerrahi servisindeki hizmetlere yönelik algıları ile ilgili bulgular incelendiğinde; en yüksek algı “hekim hizmetleri” boyutunda gerçekleşirken; en düşük algı “oda hizmetleri” boyutunda gerçekleşmiştir.

EDH Genel Cerrahi servisinde hasta beklenti ve algıları arasındaki farklar incelendiğinde; ifadeler verilen yanıtlar doğrultusunda en büyük farkın “oda hizmetleri” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hasta odalarındaki yatan hasta sayısı idealdir” ifadesinde olduğu görülmüştür. Hastaların beklenti ve algıları arasındaki en az farkın ise “hekim hizmetleri” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı benimsemektedir” ifadesinde olduğu görülmüştür.

EDH Dahiliye servisinde hasta beklenti ve algıları arasındaki farklar incelendiğinde; ifadeler verilen yanıtlar doğrultusunda en büyük farkın “yeterlilik” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde WC/banyo temizdir” ifadesinde olduğu görülmüştür. Hastaların beklenti ve algıları arasındaki en az farkın ise “oda hizmetleri” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hasta yakınları için hasta ziyaret saatleri ve ziyaret süresi herkes için uygundur” ve “hekim hizmetleri” boyutu altında bulunan “Eskişehir Devlet Hastanesi’nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı benimsemektedir” ifadelerinde olduğu görülmüştür.

EDH Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, kalite boyutları bazında hastaların beklentilerinin karşılanamadığı söylenebilmektedir. Beklentilerin karşılanamamasına

karşın servisler memnuniyet düzeylerine göre karşılaştırıldığında; “çalışan/sağlık personeli hizmetleri” ile “hekim hizmetleri” boyutlarının memnuniyet düzeyi Genel Cerrahi servisinde Dahiliye servisine göre yüksek iken; “oda hizmetleri”, “yeterlilik”, “yemek/beslenme hizmetleri”, “bekleme süresi” ve “fiziksel donanım” boyutlarının memnuniyet düzeyi Dahiliye servisinde Genel Cerrahi servisine göre daha yüksek çıkmıştır. Diğer taraftan EDH Dahiliye servisinde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek olduğu boyutun “bekleme süresi”; en düşük olduğu boyutun ise “yeterlilik” boyutu olduğu görülmektedir. Genel Cerrahi servisinde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek olduğu boyutun “hekim hizmetleri”; en düşük olduğu boyutun ise “fiziksel donanım” boyutu olduğu görülmektedir. EDH’nin Dahiliye ve Genel Cerrahi servislerinin eşit ağırlıklı SERVQUAL skorları incelendiğinde, skor ortalamalarının negatif olduğu görülmektedir. Bu anlamda EDH’de her iki servis için genel hizmet kalitesi açısından hasta beklentilerinin karşılanamadığını söylemek mümkündür.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin hizmet görülen servise göre farklılık gösterip göstermediğinin analizi için %95 güven seviyesinde “bağımsız örneklem t-testi” uygulanmıştır. “yeterlilik” ve “fiziksel donanım” boyutları altında algılanan hizmet kalitesi servislere göre farklılık göstermemektedir. Diğer taraftan, geriye kalan beş kalite boyutunda algılanan hizmet kalitesi servislere göre farklılık göstermektedir. Genel Cerrahi servisinde hizmet gören hastaların “çalışan/sağlık personeli hizmetleri” ve “hekim hizmetleri” boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi Dahiliye servisine göre daha yüksek çıkarken; Dahiliye servisinde hizmet gören hastaların “oda hizmetleri”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve “bekleme süresi” boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi Genel Cerrahi servisine kıyasla daha yüksek çıkmıştır.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin analizi için %95 güven seviyesinde “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. “oda hizmetleri”, “yeterlilik” ve “fiziksel donanım” boyutları altında algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Diğer taraftan,

geriye kalan dört kalite boyutunda algılanan hizmet kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Bayan hastaların “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve “bekleme süresi” boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi erkek hastalara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin sosyal güvenceye göre farklılık gösterip göstermediğinin analizi için %95 güven seviyesinde “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “oda hizmetleri”, “yeterlilik”, “yemek/beslenme hizmetleri” ve “bekleme süresi” boyutları altında algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye göre farklılık göstermemektedir. Diğer taraftan, geriye kalan iki kalite boyutunda algılanan hizmet kalitesi sosyal güvenceye göre farklılık göstermektedir. Sosyal güvencesi olmayan hastaların “hekim hizmetleri” ve “fiziksel donanım” boyutlarına ilişkin tatmin düzeyi sosyal güvencesi olan hastalara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin yaşa göre farklılık gösterip göstermediğinin analizi için %95 güven seviyesinde VARAN yapılmıştır. “yeterlilik” boyutu bazında algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir. Diğer taraftan, “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “oda hizmetleri”, “yemek/beslenme hizmetleri”, “bekleme süresi” ve “fiziksel donanım” kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Boyutlar bazındaki en yüksek tatmin düzeyinin “60 yaş ve üzeri” grupta olduğu görülmüştür. Genel anlamda, her bir kalite boyutu için yaş ortalaması arttıkça algılanan hizmet kalitesi düzeyinin de arttığını söylemek mümkündür.

Kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin analizi için %95 güven seviyesinde VARAN yapılmıştır. “bekleme süresi” boyutu bazında algılanan hizmet kalitesi eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir. Diğer taraftan, “çalışan/sağlık personeli hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “oda hizmetleri”, “yeterlilik”, “yemek/beslenme

hizmetleri” ve “fiziksel donanım” kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Genel olarak bakıldığında en yüksek tatmin düzeyi düşük eğitim grubunda görülürken; en düşük tatmin düzeyi yüksek eğitim grubunda görülmektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, SERVQUAL temelli analiz esnasında EDH Genel Cerrahi ve Dahiliye servislerinde yatarak tedavi gören hastalara uygulanan anket sonuçları kullanılarak KFY uygulaması yapılmıştır. Anket sonuçlarına göre her iki servis için de yatan hasta memnuniyetinin karşılanamadığı hipotez testi ile sınanmış negatif skorlu hizmetler dikkate alınarak “kalite evi”nin “hasta istekleri” başlığı altında yatan hasta istek ve beklentileri belirlenmiştir. Yine anket sonuçlarından elde edilen SERVQUAL skorları kullanılarak hasta önem dereceleri belirlenmiştir. Kalite evinin hasta istek ve beklentileri için belirlenen önem dereceleri incelendiğinde, hastalar açısından en fazla önem taşıyan hizmet “yeterlilik” kalite boyutu altında “EDH’de WC/banyo temiz olmalıdır” ifadesinde çıkmıştır. En az önem taşıyan hizmetler ise; “hekim hizmetleri” kalite boyutu altında “EDH’de doktorlar her an hizmete hazır olmalıdır” ve “EDH’de doktorlar bilgili ve tecrübeli olmalıdır” ifadelerinde çıkmıştır.

Planlama matrisinde “hastane performansı”, “hastane hedefi”, “ilerleme oranı”, “öncelik katsayısı”, “önem puanı” ve “yüzde önem puanı” sütunları oluşturulmuştur. Planlama matrisindeki yüzde önem puanı sütunu incelendiğinde; hasta istek ve beklentileri arasında en fazla öneme sahip istek “EDH’de WC/banyo temiz olmalıdır” çıkarken; en az öneme sahip istek “EDH’de doktorlar her an hizmete hazır olmalıdır” çıkmıştır.

KFY takımı ile birlikte yatan hasta istek ve beklentilerine yönelik teknik karakteristikler yapılan görüşmeler sonrasında belirlenmiştir. Görüşmeler esnasında KFY takımı ile birlikte ilişki matrisi ve korelasyon matrisi de oluşturulmuştur. Teknik karakteristiklerle hasta istek ve beklentileri arasındaki ilişki düzeyleri belirlendikten sonra teknik karakteristiklerin teknik önem dereceleri hesaplanmıştır. Çıkan sonuçlarla

yüksek öneme sahip teknik karakteristikler belirlenmiş olup; bu karakteristiklerin iyileştirilmesine odaklanılmıştır. Bu karakteristikler, “hastane kuralları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi”, “temizlik görevlilerine yönelik periyodik kontrollerin yapılması”, “teknolojik gelişmelerin takip edilerek teçhizat ve donanımın modernizasyonunun sağlanması”, “nitelikli oda sayısının artırılması”, “güvenlik görevlisinin sessizliği sağlama konusunda daha titiz davranması” ve “yatan hasta ve refakatçi sayısının dikkate alınarak umumi ihtiyaç yerlerinin artırılması”, “hasta yakınları için servislerden uzak bekleme alanlarının oluşturulması”, “ziyaret saatlerinin düzenlenmesi” olarak belirlenmiştir. Bu teknik karakteristikler için korelasyon matrisi incelendiğinde, aralarında olumlu korelasyon olan teknik karakteristiklerin bulunduğu görülmüştür. Aralarında olumlu korelasyon bulunan teknik karakteristiklerden birinin iyileştirilmesi durumunda diğerinde de iyileştirme görülecektir. Böylece, hasta gözünde önemli olan birden fazla istek ve beklenti de iyileştirilmiş olacak ve memnuniyet artacaktır.

Sağlık sektöründe uygulaması yapılan bu çalışmada, sadece algılanan hizmet kalitesinin ölçümü yapılmamış olup; aynı zamanda hizmet kalitesinin iyileştirilmesine yönelik de bir çalışma yapılmıştır. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde SERVQUAL temelli analiz kullanılırken; iyileştirme çalışması için de KFY tekniği kullanılmıştır. Bu açıdan, yapılan çalışma, hizmet veren işletmelerde özellikle de sağlık sektöründe SERVQUAL temelli analiz ile KFY'nin birlikte uygulanabilirliği konusunda ileride yapılacak çalışmalara referans oluşturabilecek niteliktedir.

Çalışma kapsamındaki anket, yatış süresi en az bir gün olan, sağlık durumu anket doldurmaya elverişli hastalarla yapılmıştır. İleriki araştırmalarda hasta yatışının kaçınıcı gün olduğu araştırılarak, kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesinin yatış süresine göre istatistiksel farklılık gösterip göstermediği araştırılabilir.

Hasta istekleri ile teknik karakteristikler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde (1,3,9) ölçeğinin yanısıra Thomas Saaty tarafından 1970'lerde geliştirilen ve oransal bir

ölçek olan AHP ölçeği de kullanılabilir. Öncelik katsayısı değerlerinin belirlenmesinde satış değerı olmayan bir hasta isteği için 1, orta ve kuvvetli derecede satış değerı olan istekler için sırası ile 1.2 ve 1.5 rakamları kullanılabilceği gibi AHP ile karşılaştırma yapmak da mümkündür. AHP yöntemi yaptığı ikili karşılaştırmalar ve tutarlılık testleri sayesinde daha güvenilir sonuçlar vermektedir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

Akao, Y., 1990, Quality Function Deployment integrating customer requirements into product design, Productivity Press, Massachusetts, 4, 6, 60-61.

Akbaba, A., 2005, Müşteri odaklı hizmet üretiminde Kalite Fonksiyon Göçerimi (KFG) yaklaşımı: konaklama işletmeleri için bir uygulama çalışması, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 16, 1, 59-81.

Akbayrak, E. H., 2005, Orta Doğu Teknik Üniversitesi kütüphanesinde hizmet kalitesi ölçümü, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü, 171 s.

Akdağ, M., 2011, SPSS’de istatistiksel analizler, iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/669/file/SPSS%20testleri.doc, 12.12.2013.

Akgün, H. S., ve Erdal, R., 1997, Hastanelerde kaliteli hizmet sunumunda tüketici faktörü, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Ankara, 219-225.

Alptekin, S. E., ve Tolga, E., 2006, Ürün geliştirme sürecinde çok amaçlı karar verme yaklaşımı, İTÜ Dergisi, 5, 6, 15-26.

Altan, Ş., ve Atan, M., 2004, Bankacılık sektöründe toplam hizmet kalitesinin Servqual analizi ile ölçümü, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1, 17-32.

Ana Britannica, 1986, Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık ve Sanat Ürünleri Pazarlama A.Ş., C.2, İstanbul.

Arıcan, R., 2006, Ürün pazarlanmasında kalite geliştirme tekniklerinden Kalite Fonksiyon Göçerimi - QFD tekniği, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 127-127.

Assael, H., 1993, Marketing, Second Edition, The Dryden Press, Orlando, 362-429.

Atan, M., Baş, M., ve Tolon, M., 2006, Servqual analizi ile Migros ve Gima süpermarketlerinde hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik bir alan çalışması, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7, 2, 159-180.

Avis, M., Bond, B., and Artur, A., 1995, Exploring patient satisfaction with out-patient services, Journal of Nursing Management, 3, 2, 59-65.

Ayaz, H., ve Soykan, A., 2002, Toplam kalite yönetimi ve sağlık sektörü, Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry, 3, 1, 19-26.

Bakır, Y., 2006, Sağlık kuruluşlarında pazarlama faaliyetleri, müşteri memnuniyeti, Yüksek Lisans Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, (yayımlanmamış).

- Besterfield, D. H., Besterfield-Michna, C., Besterfield, G. H., and Besterfield-Sacre, M., 1999, Total quality management, Prentice-Hall Inc., 2nd. Edition, Upper Saddle River-New Jersey-USA, 283 p.
- Boshoff, C., and Gray, B., 2004, The relationship between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry, South African, Business Management, 35, 4, 27-38.
- Bostan, S., 2006, Hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu, Sağlık Hakkı Dergisi, 1, 1.
- Brashier, L. W., Sower, V. E., Motwani, J., and Savoine, M., 1996, Implementation of TQM / CQI in health care industry: a comprehensive model, Benchmarking For Quality Management and Technology, 3, 2, 31-50.
- Bulgan, U., 2002, Kütüphanecilik sektöründe hizmet kalitesi ölçümü ve bir üniversite kütüphanesi uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 100 s. (yayımlanmamış).
- Büyüköztürk, Ş., 2005, Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı, Pegem Yayıncılık, Gözden Geçirilmiş 5. Baskı.
- Carman, J. M., 1990, Consumer perceptions of service quality: an assessment of the Servqual dimensions, Journal of Retailing, 66, 1, 33-55.

- Chahal, H., 2008, Predicting patient loyalty and service quality relationship: a case study of civil hospital, Ahmadabad, India, *VISION-The Journal of Business Perspective*, 12, 4, 45-55.
- Chakraborty, R., and Majumdar, A., 2011, Measuring consumer satisfaction in health care sector: the applicability of Servqual, *Journal of Arts, Science and Commerce*, 2, 4, 149-162.
- Chan, L. K., Kao, H. P., Ng, A., and Wu, N. L., 1999, Rating the importance of customer needs in Quality Function Deployment by fuzzy and entropy methods, *Int. J. Prod. Res.*, 2500.
- Costa, A. I. A., Dekker, M., and Jongen, W. M. F., 2001, Quality Function Deployment in the food industry: a review, *Trends in Food Science and Technology*, 306-314.
- Cronin, J. J., and Taylor, S. A., 1992, Measuring service quality: a reexamination and extension, *Journal of Marketing*, 56, 3, 55-68.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., and Thomas, H., 2002, The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technology Assessment*, 6, 32, 121-244.
- Çaha, H., 2007, Service quality in private hospitals in Turkey, *Journal of Economic and Social Research*, 9, 1.

Day, R. G., 1998, Kalite Fonksiyonu Yayılımı, ASQC Quality Press Milwaukee, Wisconsin.

Değirmenci, E., 2011, Türk Hava Yolları'nda müşteri memnuniyetinin Servqual ile ölçümü, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, 122 s.

Demir, S., 2008, Hastane hizmet kalitesi algılarında farklılaşmaya yol açan sebeplerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 70 s.

Derin, N., ve Demirel, E. T., 2013, Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme çalışması, The Journal of Social Science Studies, 6, 2, 1111-1130.

Devabakan, N., 2006, Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8, 1, 120-149.

Dicle, İ. A., 2000, 21. yüzyılın başındaki olanaklar; fırsatlar ve darboğazlar, Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi, Friedrich Ebert Stiftung Yayımı, İstanbul.

Direktör, E., 2007, Perceived service quality and patient satisfaction in TRNC: comparison of public and private hospitals, MBA Thesis, Near East University, Kıbrıs.

- Donabedian, A., 1992, Commentary: the role of outcomes in quality assessment and assurance, *Quality Review Bulletin*, 356-360.
- Duran, C., 2007, Yönetimde kalite güvence sistemleri ve hastanelerde bir uygulama, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Bilim Dalı, (yayımlanmamış).
- Dursun, Y., ve Çerçi, M., 2004, Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 1-16.
- Dursun, Y., ve Nakip, M., 1997, 1994 ekonomik krizinin işletmelerin pazarlama faaliyetleri ve tüketicileri üzerindeki etkileri, *Üniversite Sanayi İşbirliği Vakfı Yayın No:1*, Kayseri.
- Eker, E., 2007, Hizmet süreci kalitesindeki değişimlerin müşteri memnuniyeti üzerine etkisinin Servqual yöntemiyle ölçümü ve servis hizmetlerine yönelik bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 159 s.
- Eldem, E., 2009, Hizmet sektöründe Servqual analizini kullanarak hizmet kalitesinin ölçülmesi ve bir sağlık kuruluşunda uygulama denemesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, 117 s.

- Eleren, A., Bektaş, Ç., ve Görmüş, A. Ş., 2007, Hizmet sektöründe hizmet kalitesinin SERVQUAL yöntemi ile ölçülmesi ve hazır yemek işletmesinde bir uygulama, *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 44, 514, 75-88.
- Engin, O., ve Sevinç, A., 2005, Sağlık sektöründe müşteri memnuniyeti ve Konya’da hizmet veren hastanelerde bir uygulama, *Verimlilik Dergisi*, 3, 145-159.
- Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., Kırmızıgül, S., Üzel, S., ve Kubat, C., 2008, Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 95-110.
- Eskioğlu, H., 2012, Ürün geliştirmede Bulanık Kalite Fonksiyonu Göçerimi endüstriyel bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, 87 s.
- Faydalı, M., 2011, Bireysel kredi kartı seçimine etki eden faktörlerin Kalite Fonksiyon Yayılımı ile incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, 129 s.
- Fen, Y. S., and Lian, K. M., 2006, Service quality and customer satisfaction: antecedents of customer’s re-patronage intentions, *Sunway Academic Journal*, 4, 59-73.

Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, Ç., ve Bayer, E., 2006, Hastaların bakış açısıyla hekim hasta ilişkisi ve iletişimi: bir eğitim hastanesi örneği, Sosyal Bilimler Dergisi, 1, 129-144.

Gummerson, E., 1994, Service management: an evaluation and the future, International Journal of Service Industry Management, 5, 1, 77-96.

Günel, M., 2007, Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta tatmini, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, (yayımlanmamış).

Hair Jr, I. F., Anderson, R. E., Tahtam, R. L., and Black, W. C., 1998, Multivariate data analysis, Prentice Hall, Fifth Edition.

Hendriks, A., Smets, E. M., Vrieling, M. R., Vanes, S., and Dehaes, J., 2006, Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care?, International Journal for Quality in Health Care, 18, 2, 152-158.

Işık, O., 2011, Algılanan kalitenin marka değerine etkisi: tüketici değerlendirmesi, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD., Sağlık Kurumları Yönetimi B. D., (yayımlanmamış).

İslamoğlu, A. H., 2011, Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri, Beta Yayıncılık, Gözden Geçirilmiş 2. Baskı, SPSS Uygulamalı.

Kavuncubaşı, Ş., 2000, Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kaya, S., 2005, Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme, Pelikan Yayınları, Ankara.

Kısa, A., ve Tokgöz, N., 2007, Sağlık kurumları yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, 323 s.

Koçak, İ., ve Yalçın, S., 2009, Niğde Devlet Hastanesi'nde müşteri memnuniyeti üzerine bir araştırma, Niğde Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, 2, 2, 19-41.

Koraşlı, D., 2008, Ağız diş sağlığı merkezinde beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, (yayımlanmamış).

Kuriloff, A., Hemphill, J. M., and Cloud, D., 1993, Starting and managing the small business, Mc Graw-Edition, Singapore.

Kuzhan, H., 2009, Bir sağlık kuruluşunda hizmet kalitesinin ölçümü ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 147 s.

Lovelock, C., Wirtz, J., and Chatterjee, J., 2006, Marketing of services, people, technology, strategy, Pearson Education, 393 p.

- Milutinovic, D., Brestovacki, B., and Cvejic, M. M., 2010, Patients' satisfaction with nursing care as an indicator of quality of hospital service, *Journal of Society for Development in New Net Environment in B&H., HealthMed*, 4, 2, 461-466.
- Morris, L. J., and Morris, J. S., 1999, Introducing Quality Function Deployment in the marketing classroom, *Journal of Marketing Education*, 21, 2.
- Nakip, M., 2003, *Pazarlama araştırmaları teknikler ve (SPSS destekli) uygulamalar*, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara
- Norusis, M. J., and SPSS Inc, 1994, *SPSS for windows professional statistics, Rel.*, 6, 1, 52-53.
- Odabaşı, Y., 2000, *Satış ve pazarlamada müşteri ilişkileri yönetimi*, Sistem Yayıncılık, Ankara.
- Okumuş, A., ve Asil, H., 2007, Hizmet kalitesi algılamasının havayolu yolcularının genel memnuniyet düzeylerine olan etkisinin incelenmesi, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, 36, 2, 7-29.
- Olcaı, E., 2007, *TS EN ISO IEC 17025 standardının Kalite Fonksiyonu Yayılımı ve çok ölçütlü karar verme teknikleri ile analizi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği.

- Ortaburun, Y., 2010, Kalite Fonksiyonu Yayılımı yöntemi ile ders müfredatının yeniden tasarımı, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Makine Eğitimi Anabilim Dalı, Makine Eğitimi Programı, 134 s.
- Önal, F. S., 2008, Eğitimde müşteri ilişkileri yönetimi: Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi'nde uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.
- Önder Gürsoy, S., 2008, Hizmet kalitesi ölçümü ve halkla ilişkiler bağlamında değerlendirme: Türk Telekomünikasyon A. Ş. Ankara uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 122 s.
- Özcan, M., Özkaynak, V., ve Toktaş, İ., 2008, Silvan Devlet Hastanesi'ne başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri, Dicle Tıp Dergisi, 35, 2, 96-101.
- Özdamar, K., 2004, Paket programlar ile istatistiksel veri analizi, Kaan Kitabevi, 5. Baskı, Eskişehir.
- Özen, Ü., Çam, H., ve Yalçın Aslay, F., 2011, Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde örnek uygulama, Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2, 1, 25-43.
- Özkara, Y., 2006, Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, (yayımlanmamış).

- Palmer, A., 1994, Principles of services marketing, The Mc Graw-Hill Companies, England.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., and Berry, L. L., 1985, A conceptual model of service quality and its implications for future research, Journal of Marketing, 69 p.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., and Berry, L. L., 1988, A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, Journal of Retailing, 64, 1, 12-40.
- Rahman, S., Erdem, R., ve Devebakan, N., 2007, Hizmet kalitesinin Servqual ölçeği ile değerlendirilmesi: Elazığ'daki hastaneler üzerinde bir çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9,3, 37-55.
- Rahmqvist, M., and Bara, A. C., 2010, Patients characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction, International Journal of Quality in Healthcare, 22, 2, 86-92.
- Roderick, M., 1994, Grade retention and school dropout: investigating the association, American Educational Research Journal, 31, 729-759.
- Saatçioğlu, D., 2010, Kalite Fonksiyon Yayılımı ve lojistik sektöründe bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Üretim Bilim Dalı, 111 s.

Savaş, H., ve Ay, M., 2005, Üniversite kütüphanesi tasarımında Kalite Fonksiyon Göçerimi uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7, 3, 80-98.

Sevimli, S., 2006, Hizmet sektöründe kalite ve hizmet kalitesi ölçümü üzerine bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 100 s.

Stephens, S., 2010, A new paradigm: the patient as consumer, PT in Motion (American Physical Therapy Association), 16-22.

Şekerkaya, A. K., 2000, Bankacılık hizmetlerinde algılanan toplam kalite ölçümü, SPK Yayınları, Ankara.

Şenalp, V., 2008, Özel sağlık sigortalarının sağlık kuruluşu seçiminde doğrudan ödeme sisteminin incelenmesi: bir araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı, (yayımlanmamış).

Şengül, A., 2008, İş doyumu ve tüketici tatmini ilişkisi kamu ve özel kesim sağlık hizmetlerinde hekimlerin iş doyumunun hasta tatminine etkisi üzerine bir araştırma, Doktora Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, (yayımlanmamış).

Şimşek, M. Ş., 2007, İşletme bilimlerine giriş, Yelken Basım Yayın Dağıtım, Konya.

Tan, K. C., and Shen, X. X., 2000, Integrating Kano's model in the planning, matrix of Quality Function Deployment, Total Quality Management, 1142 s.

Taşkıran Mohammad, G., 2007, Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, Servqual analiz ile değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 161 s.

Taşlıyan, M., ve Gök, S., 2012, Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2, 1, 69-94.

T. C. Sağlık Bakanlığı, 2005, Hastaneler için kalite yönetimi uygulama kılavuzu, Kalite Hizmetleri Şube Müdürlüğü, 12-13.

TDK, 2004, İktisat Terimleri Sözlüğü,

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.52a86bdea16fe0.66226449., 12.12.2013.

Telek, A. B., ve Akın, B., 1996, Bir QFD uygulaması, Toplam Kalite Yönetimi ve Siyasette Kalite Özgeçmişler ve Tebliğler, Beşinci Ulusal Kalite Kongresi, 3, 588-597.

Temeloğlu, M. H., 2008, Müşteri beklentilerine odaklı ürün ve hizmet tasarımının geliştirilmesine yönelik bir sistem önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, 76 s.

Thiele, R., and Bennett, E. S. R., 2010, Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services, *Health Marketing Quarterly*, 27, 2, 195-214.

Tınmaz, Ş. G., 2008, Acil servislere başvuran hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi ve bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, (yayımlanmamış).

Top, M., ve Tarcan, M., 2010, Hastane sektöründe yatan hastaların hasta tatmini ve hastane kalitesi algılamalarının değerlendirilmesi: İzmir İli Sağlık Bakanlığı hastaneleri örneği, *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 22, 29 s.

Toker, B., 2007, Demografik değişkenlerin iş tatminine etkileri: İzmir'deki beş ve dört yıldızlı otellere yönelik bir uygulama, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 8, 1, 92-107.

Tutuk Şahin, A., 2006, Özel hastanelerin müşteri odaklılığa yaklaşımı ve bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, 141 s.

Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö. R., ve Üzgül, A., 2004, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı örneği), *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57, 4, 205-214.

- Uğur, N., 2007, Bir üçüncü parti lojistik şirketine Kalite Fonksiyon Yayılımı uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, 249 s.
- Uyguç, N., 1998, Hizmet sektöründe kalite yönetimi; stratejik bir yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınlar, 1. Baskı, İzmir.
- Yağcı, M. İ., ve Duman, T., 2006, Hizmet kalitesi müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması, Doğu Üniversitesi Dergisi, 7, 2, 218-238.
- Yanık, A., 2000, Sağlık bakım hizmetlerinde hasta bakım tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta tatmini üzerine bir araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetim ve Organizasyonu Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yanmaz, Ö., 2005, Hastane işletmelerinde Kalite Fonksiyon Göçerimi, Yüksek Lisans Tezi, Ahmet Yesevi Üniversitesi, 13 s.
- Yaşa, E., 2012, Sağlık sektöründe hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve bağlılık ilişkisi: devlet, özel ve üniversite hastaneleri karşılaştırması, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 211 s.

Yenginol, F., 2000, Yeni ürün geliştirmede müşteri istek ve ihtiyaçlarını teknik karakteristiklere dönüştürmeyi sağlayan bir yöntem: Kalite Fonksiyon Göçerimi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 19-68, (yayımlanmamış).

Yıldız Karagöz, N., 2010, Sağlık sektöründe kalite yönetimi kapsamında hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik analitik bir değerlendirme, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 141 s.

Yılmaz, M., 2001, Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 2, 69-74.

Young, G. J., Materko, M., and Desai, R. K., 2000, Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics, Medical Care, 38, 3, 325-334.

Yurdağul, H., Faktör analizinde KMO ve Bartlett testleri neyi ölçer?, <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Kuresellik.pdf>, 14.03.2013.

Zengin, E., ve Erdal, A., 2000, Hizmet sektöründe toplam kalite yönetimi, Journal Of Qafqaz University, 3, 1, 43-56.

Zerenler, M., ve Öğüt, A., 2006, Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18, 501-519.

EKLER

- Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1
- Ek.2. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-2
- Ek.3. Pilot Çalışma Sonucuna Ait Parça-Bütün İstatistikler Tablosu
- Ek.4. Tüm Anket Sonucuna Ait Parça-Bütün İstatistikler Tablosu
- Ek.5. Toplam Açıklanan Varyans-1
- Ek.6. Toplam Açıklanan Varyans-2
- Ek.7. Rotasyonlu Faktör Yükleri Matrisi
- Ek.8. Faktörler, Maddeler, Faktör Yük Değerleri ve Cronbach Alpha
- Ek.9. EDH Dahiliye Servisinde Hasta Beklentileri ile İlgili İstatistikler
- Ek.10. EDH Genel Cerrahi Servisinde Hasta Beklentileri ile İlgili İstatistikler
- Ek.11. EDH Dahiliye Servisinde Hasta Algıları ile İlgili İstatistikler
- Ek.12. EDH Genel Cerrahi Servisinde Hasta Algıları ile İlgili İstatistikler
- Ek.13. Kalite Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre VARAN Tanımlayıcı İstatistikleri
- Ek.14. Kalite Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre VARAN Tanımlayıcı İstatistikleri
- Ek.15. Eşlendirilmiş Gözlemler T-Testi Sonuçları
- Ek.16. Kalite Evi

Tarih: / /

Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1

HASTANE HİZMET KALİTESİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK SERVQUAL ANKETİ

Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmeti alan kişiler olarak sizin, size göre mükemmel bir hastane ile bulunduğunuz hastaneyi kıyaslayarak sunulan hizmetler hakkındaki düşüncelerinizi ele almak ve hastane yönetimine konu ile ilgili öneriler sunabilmektir.

BÖLÜM I

Birinci bölümde kişisel özelliklerinizle ilgili sorular yer almaktadır. Sorulara yönelik cevap seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

1.Yattığınız servis:	Dahiliye	Genel Cerrahi			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.Yaşınız:	20'nin altı	20-29	30-39	40-49	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50-59	60 ve üzeri			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.Cinsiyetiniz:	Erkek	Kadın			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.Eğitim durumunuz:	Okur-yazar değil	İlkokul-Ortaokul	Lise ve dengi okul	Üniversite ve üstü	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.Mesleğiniz:				
6.Çalışma durumunuz:	Çalışıyor	Çalışmıyor			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7.Sosyal güvenceniz:	SSK Emekli	SSK Çalışan	Yeşil Kart	Emekli Sandığı	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bağ-Kur	Özel Sağlık Sigortası	Sosyal Güvence Yok	Diğer	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.Bu hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz?	Evet		Hayır		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
9.Hastaneyi genel olarak değerlendiriniz?	Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarih: / /

Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1 (devam)

BÖLÜM II

10.Bu hastaneyi seçme nedeniniz nedir?	
Sağlık personelinin bilgi ve deneyimi	<input type="checkbox"/>
Hastanenin tıbbi donanımı	<input type="checkbox"/>
Laboratuvar imkanları	<input type="checkbox"/>
Hastanenin ve odaların fiziksel özellikleri	<input type="checkbox"/>
Personelin hizmet sunmadaki hevesi	<input type="checkbox"/>
Personelin nezaketi	<input type="checkbox"/>
Hastanenin güvenilirliği	<input type="checkbox"/>
Eve yakınlık	<input type="checkbox"/>
Sosyal güvence	<input type="checkbox"/>
Tavsiye	<input type="checkbox"/>
Diğer	

11.Bu hastane hakkındaki görüşlerinizi belirtiniz (varsa):

.....

.....

.....

BÖLÜM III

Lütfen, aşağıdaki sorularda mükemmel bir hastanenin size sunması gereken hizmete karşılık gelen ifadeyi ve yattığınız hastanenin size sunduğu hizmete karşılık gelen ifadeyi değerlendiriniz. Bunu, her ifade için beş sayı arasından bir tanesini seçerek yapınız (**1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum**). Eğer mükemmel bir hastane tamamıyla bu özelliklere kesinlikle sahiptir fikrine katılıyorsanız 5 rakamını işaretleyiniz. Eğer tamamıyla karşı fikirdeyseniz ve fikre kesinlikle katılmıyorsanız 1 rakamını işaretleyiniz. Eğer düşünceleriniz kesin değilse ortadaki sayılardan birini işaretleyiniz.

Bu araştırmada doğru veya yanlış cevap yoktur. İlgilendiğimiz konu sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin sizin beklentileriniz ve bunlara karşılık gelen rakamlardır.

Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1 (devam)

BEKLENTİLER	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ALGILAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.Mükemmel bir hastane modern teçhizata ve tıbbi donanıma sahip olmalıdır.						1.Eskişehir Devlet Hastanesi modern teçhizata ve tıbbi donanıma sahiptir.					
2.Mükemmel bir hastanede hasta odasındaki eşyalar (TV, hemşire çağrı zili, lamba, yatak...) çalışır durumda olmalıdır.						2.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta odasındaki eşyalar (TV, hemşire çağrı zili, lamba, yatak...) çalışır durumdadır.					
3.Mükemmel bir hastanenin hasta oda sıcaklığı yeterli düzeyde olmalıdır.						3.Eskişehir Devlet Hastanesi'nin hasta oda sıcaklığı yeterli düzeydedir.					
4.Mükemmel bir hastanenin hasta odaları temiz olmalıdır.						4.Eskişehir Devlet Hastanesi hasta odaları temizdir.					
5.Mükemmel bir hastane ortamı huzur verici ve sessiz olmalıdır.						5.Eskişehir Devlet Hastanesi ortamı huzur verici ve sessizdir.					
6.Mükemmel bir hastanede hasta odalarındaki yatan hasta sayısı ideal olmalıdır.						6.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta odalarındaki yatan hasta sayısı idealdir.					
7.Mükemmel bir hastanede WC/banyo temiz olmalıdır.						7.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde WC/banyo temizdir.					
8.Mükemmel bir hastanede WC/banyo sayısı yeterli olmalıdır.						8.Eskişehir Devlet Hastanesi WC/banyo sayısı yeterlidir.					
9.Mükemmel bir hastanenin yemekleri damak tadına uygun olmalıdır.						9.Eskişehir Devlet Hastanesi'nin yemekleri damak tadına uygundur.					
10.Mükemmel bir hastanede yemekler sıcak gelmelidir.						10.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemekler sıcak gelmektedir.					
11.Mükemmel bir hastanede yemekler doyurucu olmalıdır.						11.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemekler doyurucudur.					

Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1 (devam)

12. Mükemmel bir hastanenin personeli temiz ve iyi giyinimli olmalıdır.						12. Eskişehir Devlet Hastanesi personeli temiz ve iyi giyinilidir.					
13. Mükemmel bir hastanede yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine getirilmelidir.						13. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine getirilmektedir.					
14. Mükemmel bir hastanede radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde bekleme süresi az olmalıdır.						14. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde bekleme süresi azdır.					
15. Mükemmel bir hastanede radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde belirtilen zamanda sonuçlar verilmelidir.						15. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde belirtilen zamanda sonuçlar verilmektedir.					
16. Mükemmel bir hastanede radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde olumsuzluklar (sonuçların kaybolması, hatalı ve eksik sonuçlar, sonuçların karıştırılması) yaşanmamalıdır.						16. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde olumsuzluklar (sonuçların kaybolması, hatalı ve eksik sonuçlar, sonuçların karıştırılması) yaşanmamaktadır.					
17. Mükemmel bir hastanede bürokratik işlemler (sevk açma-kapama, yatış-çıkış işlemleri...) kısa sürede, sorunsuzca tamamlanmalıdır.						17. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde bürokratik işlemler (sevk açma-kapama, yatış-çıkış işlemleri) kısa sürede, sorunsuzca tamamlanmaktadır.					
18. Mükemmel bir hastanede acil durumda acil muayene anında gerçekleştirilmelidir.						18. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde acil durumda acil muayene anında gerçekleştirilmektedir.					
19. Mükemmel bir hastanede doktorlar her an hizmete hazır olmalıdır.						19. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde doktorlar her an hizmete hazırdır.					

Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1 (devam)

20. Mükemmel bir hastanede sağlık personeli her an hizmete hazır olmalıdır.						20. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli her an hizmete hazırdır.					
21. Mükemmel bir hastanede çalışanlar yatan hasta problemlerine ilgiyle yaklaşmalı ve bu problemleri çözmek için çaba sarf etmelidirler.						21. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışanlar yatan hasta problemlerine ilgiyle yaklaşmakta ve bu problemleri çözmek için çaba sarf etmektedirler.					
22. Mükemmel bir hastanede tüm branşlarda deneyimli doktor bulunmalıdır.						22. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde tüm branşlarda deneyimli doktor bulunmaktadır.					
23. Mükemmel bir hastanede haftasonu da bilgili ve tecrübeli doktor ve hemşire bulunmalıdır.						23. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde haftasonu da bilgili ve tecrübeli doktor ve hemşire bulunmaktadır.					
24. Mükemmel bir hastanede refakatçilere ve yatan hasta yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmelidir.						24. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde refakatçilere ve yatan hasta yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmektedir.					
25. Mükemmel bir hastanede doktorların yatan hastaları ziyaret etme sıklığı yeterli olmalıdır.						25. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde doktorların yatan hastaları ziyaret etme sıklığı yeterlidir.					
26. Mükemmel bir hastanede hasta yakınları için hasta ziyaret saatleri ve ziyaret süresi herkes için uygun olmalıdır.						26. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta yakınları için hasta ziyaret saatleri ve ziyaret süresi herkes için uygundur.					
27. Mükemmel bir hastanede visit işlemleri için ayrılan süre yeterli olmalıdır.						27. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde visit işlemleri için ayrılan süre yeterlidir.					
28. Mükemmel bir hastanede yemek servisleri zamanında yapılmalıdır.						28. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemek servisleri zamanında yapılmaktadır.					

Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1 (devam)

29. Mükemmel bir hastanede doktorlar bilgili ve tecrübeli olmalıdır.						29. Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki doktorlar bilgili ve tecrübelidir.					
30. Mükemmel bir hastanede diğer sağlık personeli bilgili ve tecrübeli olmalıdır.						30. Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki diğer sağlık personeli bilgili ve tecrübelidir.					
31. Mükemmel bir hastanede çalışanlar yatan hasta mahremiyetine saygı göstermelidir.						31. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışanlar yatan hasta mahremiyetine saygı göstermektedir.					
32. Mükemmel bir hastanede sağlık personeli yatan hastalara karşı nazik, gülyüzlü ve saygılı olmalıdır.						32. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli yatan hastalara karşı nazik, gülyüzlü ve saygılıdır.					
33. Mükemmel bir hastanede yatan hastalara sadece gerekli test ve tedaviler uygulanmalıdır.						33. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yatan hastalara sadece gerekli test ve tedaviler uygulanmaktadır.					
34. Mükemmel bir hastanede visit işlemleri adil olarak yapılmalı, her hastaya eşit davranılmalıdır.						34. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde visit işlemleri adil olarak yapılmakta, her hastaya eşit davranılmaktadır.					
35. Mükemmel bir hastanede yatan hastaların güvenliğine (hasta bilgisinin gizliliği, hastanın fiziksel ve parasal güvenliği) önem verilmelidir.						35. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların güvenliğine (hasta bilgisinin gizliliği, hastanın fiziksel ve parasal güvenliği) önem verilmektedir.					
36. Mükemmel bir hastanede refakatçi ve/veya yatan hasta danışabileceği kişilere kolayca ulaşabilmelidir.						36. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde refakatçi ve/veya yatan hasta danışabileceği kişilere kolayca ulaşabilmektedir.					
37. Mükemmel bir hastanede istenilen tüm sorular rahatlıkla sağlık personeline sorulabilmelidir.						37. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde istenilen tüm sorular rahatlıkla sağlık personeline sorulabilmektedir.					

Ek.1. Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-1 (devam)

38. Mükemmel bir hastanede hastanedeki prosedürler, işlemler ve ortalama yatılacak süre hasta ve ailelerine detaylı olarak açıklanmalıdır.						38. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hastanedeki prosedürler, işlemler ve ortalama yatılacak süre hasta ve ailelerine detaylı olarak açıklanmaktadır.					
39. Mükemmel bir hastanede sağlık personeli yapacakları işlemler hakkında (ateş-tansiyon ölçme, kan-idrar alma, ilaçlar) bilgi vermelidir.						39. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli yapacakları işlemler hakkında (ateş-tansiyon ölçme, kan-idrar alma, ilaçlar) bilgi vermektedir.					
40. Mükemmel bir hastanede sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı (tıbbi terminoloji içermeyen) benimsemelidir.						40. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı (tıbbi terminoloji içermeyen) benimsemektedir.					
41. Mükemmel bir hastanede hastaya uygulanacak işlemlerle ilgili yatan hasta onayı alınmalıdır.						41. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hastaya uygulanacak işlemlerle ilgili yatan hasta onayı alınmaktadır.					
42. Mükemmel bir hastanede yatan hastalar durumlarıyla ilgili her an bilgi alabilmelidir.						42. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yatan hastalar durumlarıyla ilgili her an bilgi alabilmektedir.					
43. Mükemmel bir hastanede hizmetler hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanmalıdır.						43. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hizmetler hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanmaktadır.					
44. Mükemmel bir hastane, sosyal güvence, maddi olanaklar, etnik köken ve dini inanış dikkate alınmaksızın ve tüm çalışanların maddi bir beklentisi olmaksızın, olanaklar dahilinde yeterli sağlık hizmetini herkesin almasına imkan tanımalıdır.						44. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde, sosyal güvence, maddi olanaklar, etnik köken ve dini inanış dikkate alınmaksızın ve tüm çalışanların maddi bir beklentisi olmaksızın, olanaklar dahilinde yeterli sağlık hizmetini herkesin almasına imkan tanınmaktadır.					

Ek.2.Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-2**HASTANE HİZMET KALİTESİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK SERVQUAL ANKETİ**

Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmeti alan kişiler olarak sizin, size göre mükemmel bir hastane ile bulunduğunuz hastaneyi kıyaslayarak sunulan hizmetler hakkındaki düşüncelerinizi ele almak ve hastane yönetimine konu ile ilgili öneriler sunabilmektir.

BÖLÜM I

Birinci bölümde kişisel özelliklerinizle ilgili sorular yer almaktadır. Sorulara yönelik cevap seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

1.Yattığınız servis:	Dahiliye	Genel Cerrahi				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.Yaşınız:	20'nin altı	20-29	30-39	40-49		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	50-59	60 ve üzeri				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.Cinsiyetiniz:	Erkek	Kadın				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.Eğitim durumunuz:	Okur-yazar değil	İlkokul-Ortaokul	Lise ve dengi okul	Üniversite ve üstü		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.Mesleğiniz:					
6.Çalışma durumunuz:	Çalışıyor	Çalışmıyor				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7.Sosyal güvenceniz:	SSK Emekli	SSK Çalışan	Yeşil Kart	Emekli Sandığı		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Bağ-Kur	Özel Sağlık Sigortası	Sosyal Güvence Yok	Diğer		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.Bu hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz?		Evet	Hayır			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9.Hastaneyi genel olarak değerlendiriniz?		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek.2.Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-2 (devam)**BÖLÜM II**

10.Bu hastaneyi seçme nedeniniz nedir?	
Sağlık personelinin bilgi ve deneyimi	<input type="checkbox"/>
Hastanenin tıbbi donanımı	<input type="checkbox"/>
Laboratuvar imkanları	<input type="checkbox"/>
Hastanenin ve odaların fiziksel özellikleri	<input type="checkbox"/>
Personelin hizmet sunmadaki hevesi	<input type="checkbox"/>
Personelin nezaketi	<input type="checkbox"/>
Hastanenin güvenilirliği	<input type="checkbox"/>
Eve yakınlık	<input type="checkbox"/>
Sosyal güvence	<input type="checkbox"/>
Tavsiye	<input type="checkbox"/>
Diğer	

11.Bu hastane hakkındaki görüşlerinizi belirtiniz (varsa):

.....

.....

.....

BÖLÜM III

Lütfen, aşağıdaki sorularda mükemmel bir hastanenin size sunması gereken hizmete karşılık gelen ifadeyi ve yattığınız hastanenin size sunduğu hizmete karşılık gelen ifadeyi değerlendiriniz. Bunu, her ifade için beş sayı arasından bir tanesini seçerek yapınız (**1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum**). Eğer mükemmel bir hastane tamamıyla bu özelliklere kesinlikle sahiptir fikrine katılıyorsanız 5 rakamını işaretleyiniz. Eğer tamamıyla karşı fikirdeyseniz ve fikre kesinlikle katılmıyorsanız 1 rakamını işaretleyiniz. Eğer düşünceleriniz kesin değilse ortadaki sayılardan birini işaretleyiniz.

Bu araştırmada doğru veya yanlış cevap yoktur. İlgilendiğimiz konu sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin sizin beklentileriniz ve bunlara karşılık gelen rakamlardır.

Ek.2.Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-2 (devam)

BEKLENTİLER	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ALGILAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.Mükemmel bir hastane modern teçhizata ve tıbbi donanıma sahip olmalıdır.						1.Eskişehir Devlet Hastanesi modern teçhizata ve tıbbi donanıma sahiptir.					
2.Mükemmel bir hastanede hasta odasındaki eşyalar (TV, hemşire çağrı zili, lamba, yatak...) çalışır durumda olmalıdır.						2.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta odasındaki eşyalar (TV, hemşire çağrı zili, lamba, yatak...) çalışır durumdadır.					
3.Mükemmel bir hastanenin hasta oda sıcaklığı yeterli düzeyde olmalıdır.						3.Eskişehir Devlet Hastanesi'nin hasta oda sıcaklığı yeterli düzeydedir.					
4.Mükemmel bir hastanenin hasta odaları temiz olmalıdır.						4.Eskişehir Devlet Hastanesi hasta odaları temizdir.					
5.Mükemmel bir hastane ortamı huzur verici ve sessiz olmalıdır.						5.Eskişehir Devlet Hastanesi ortamı huzur verici ve sessizdir.					
6.Mükemmel bir hastanede hasta odalarındaki yatan hasta sayısı ideal olmalıdır.						6.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta odalarındaki yatan hasta sayısı idealdir.					
7.Mükemmel bir hastanede WC/banyo temiz olmalıdır.						7.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde WC/banyo temizdir.					
8.Mükemmel bir hastanede WC/banyo sayısı yeterli olmalıdır.						8.Eskişehir Devlet Hastanesi WC/banyo sayısı yeterlidir.					
9.Mükemmel bir hastanenin yemekleri damak tadına uygun olmalıdır.						9.Eskişehir Devlet Hastanesi'nin yemekleri damak tadına uygundur.					
10.Mükemmel bir hastanede yemekler sıcak gelmelidir.						10.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemekler sıcak gelmektedir.					
11.Mükemmel bir hastanede yemekler doyurucu olmalıdır.						11.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemekler doyurucudur.					
12.Mükemmel bir hastanenin personeli temiz ve iyi giyinimli olmalıdır.						12.Eskişehir Devlet Hastanesi personeli temiz ve iyi giyinimlidir.					
13.Mükemmel bir hastanede yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine						13.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine					

Ek.2.Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-2 (devam)

getirilmelidir.					getirmektedir.					
14. Mükemmel bir hastanede radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde bekleme süresi az olmalıdır.					14. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde bekleme süresi azdır.					
15. Mükemmel bir hastanede radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde belirtilen zamanda sonuçlar verilmelidir.					15. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde belirtilen zamanda sonuçlar verilmektedir.					
17. Mükemmel bir hastanede bürokratik işlemler (sevk açma-kapama, yatış-çıkış işlemleri...) kısa sürede, sorunsuzca tamamlanmalıdır.					17. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde bürokratik işlemler (sevk açma-kapama, yatış-çıkış işlemleri) kısa sürede, sorunsuzca tamamlanmaktadır.					
18. Mükemmel bir hastanede acil durumda acil muayene anında gerçekleştirilmelidir.					18. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde acil durumda acil muayene anında gerçekleştirilmektedir.					
19. Mükemmel bir hastanede doktorlar her an hizmete hazır olmalıdır.					19. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde doktorlar her an hizmete hazırdır.					
20. Mükemmel bir hastanede sağlık personeli her an hizmete hazır olmalıdır.					20. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli her an hizmete hazırdır.					
21. Mükemmel bir hastanede çalışanlar yatan hasta problemlerine ilgiyle yaklaşmalı ve bu problemleri çözmek için çaba sarf etmelidirler.					21. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışanlar yatan hasta problemlerine ilgiyle yaklaşmakta ve bu problemleri çözmek için çaba sarf etmektedirler.					
23. Mükemmel bir hastanede haftasonu da bilgili ve tecrübeli doktor ve hemşire bulunmalıdır.					23. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde haftasonu da bilgili ve tecrübeli doktor ve hemşire bulunmaktadır.					
24. Mükemmel bir hastanede refakatçilere ve yatan hasta yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmelidir.					24. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde refakatçilere ve yatan hasta yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmektedir.					

Ek.2.Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-2 (devam)

25.Mükemmel bir hastanede doktorların yatan hastaları ziyaret etme sıklığı yeterli olmalıdır.						25.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde doktorların yatan hastaları ziyaret etme sıklığı yeterlidir.					
26.Mükemmel bir hastanede hasta yakınları için hasta ziyaret saatleri ve ziyaret süresi herkes için uygun olmalıdır.						26.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta yakınları için hasta ziyaret saatleri ve ziyaret süresi herkes için uygundur.					
27.Mükemmel bir hastanede visit işlemleri için ayrılan süre yeterli olmalıdır.						27.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde visit işlemleri için ayrılan süre yeterlidir.					
28.Mükemmel bir hastanede yemek servisleri zamanında yapılmalıdır.						28.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemek servisleri zamanında yapılmaktadır.					
29.Mükemmel bir hastanede doktorlar bilgili ve tecrübeli olmalıdır.						29.Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki doktorlar bilgili ve tecrübelidir.					
30.Mükemmel bir hastanede diğer sağlık personeli bilgili ve tecrübeli olmalıdır.						30.Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki diğer sağlık personeli bilgili ve tecrübelidir.					
31.Mükemmel bir hastanede çalışanlar yatan hasta mahremiyetine saygı göstermelidir.						31.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışanlar yatan hasta mahremiyetine saygı göstermektedir.					
32.Mükemmel bir hastanede sağlık personeli yatan hastalara karşı nazik, güler yüzlü ve saygılı olmalıdır.						32.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli yatan hastalara karşı nazik, güler yüzlü ve saygılıdır.					
35.Mükemmel bir hastanede yatan hastaların güvenliğine (hasta bilgisinin gizliliği, hastanın fiziksel ve parasal güvenliği) önem verilmelidir.						35.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların güvenliğine (hasta bilgisinin gizliliği, hastanın fiziksel ve parasal güvenliği) önem verilmektedir.					
36.Mükemmel bir hastanede refakatçi ve/veya yatan hasta danışabileceği kişilere kolayca ulaşabilmelidir.						36.Eskişehir Devlet Hastanesi'nde refakatçi ve/veya yatan hasta danışabileceği kişilere kolayca ulaşabilmektedir.					

Ek.2.Yatan Hasta Memnuniyet Anketi-2 (devam)

37. Mükemmel bir hastanede istenilen tüm sorular rahatlıkla sağlık personeline sorulabilmelidir.						37. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde istenilen tüm sorular rahatlıkla sağlık personeline sorulabilmektedir.					
40. Mükemmel bir hastanede sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı (tıbbi terminoloji içermeyen) benimsemelidir.						40. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı (tıbbi terminoloji içermeyen) benimsemektedir.					
42. Mükemmel bir hastanede yatan hastalar durumlarıyla ilgili her an bilgi alabilmelidir.						42. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yatan hastalar durumlarıyla ilgili her an bilgi alabilmektedir.					
43. Mükemmel bir hastanede hizmetler hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanmalıdır.						43. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hizmetler hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanmaktadır.					
44. Mükemmel bir hastane, sosyal güvence, maddi olanaklar, etnik köken ve dini inanış dikkate alınmaksızın ve tüm çalışanların maddi bir beklentisi olmaksızın, olanaklar dahilinde yeterli sağlık hizmetini herkesin almasına imkan tanımalıdır.						44. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde, sosyal güvence, maddi olanaklar, etnik köken ve dini inanış dikkate alınmaksızın ve tüm çalışanların maddi bir beklentisi olmaksızın, olanaklar dahilinde yeterli sağlık hizmetini herkesin almasına imkan tanınmaktadır.					

Ek.3. Pilot Çalışma Sonucuna Ait Parça-Bütün İstatistikler Tablosu

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach Alpha If Item Deleted
MADDE 1	184,982	233,196	0,460	0,917
MADDE 2	184,386	238,777	0,209	0,920
MADDE 3	184,000	238,786	0,249	0,919
MADDE 4	184,561	231,036	0,444	0,917
MADDE 5	184,825	221,647	0,565	0,916
MADDE 6	185,070	220,566	0,629	0,915
MADDE 7	185,316	230,791	0,479	0,917
MADDE 8	184,947	227,336	0,471	0,917
MADDE 9	184,702	228,606	0,462	0,917
MADDE 10	184,439	228,251	0,525	0,916
MADDE 11	184,596	229,424	0,526	0,916
MADDE 12	183,842	239,421	0,481	0,918
MADDE 13	184,684	227,613	0,648	0,915
MADDE 14	184,000	231,000	0,598	0,916
MADDE 15	183,877	234,967	0,496	0,917
MADDE 16	184,070	242,281	0,109	0,920
MADDE 17	184,175	228,754	0,544	0,916
MADDE 18	184,526	233,325	0,502	0,917
MADDE 19	184,140	229,659	0,746	0,915
MADDE 20	184,070	229,138	0,668	0,915
MADDE 21	184,211	228,419	0,683	0,915
MADDE 22	185,088	240,439	0,185	0,919
MADDE 23	184,737	234,447	0,408	0,918
MADDE 24	184,667	225,726	0,648	0,915
MADDE 25	184,193	231,980	0,561	0,916
MADDE 26	184,404	237,424	0,235	0,920
MADDE 27	184,070	236,745	0,375	0,918
MADDE 28	183,877	238,074	0,548	0,917
MADDE 29	183,982	236,482	0,558	0,917
MADDE 30	184,000	234,786	0,571	0,917
MADDE 31	184,439	229,858	0,579	0,916
MADDE 32	184,158	232,885	0,499	0,917
MADDE 33	185,070	243,066	0,030	0,921
MADDE 34	184,842	240,850	0,122	0,920
MADDE 35	184,193	237,230	0,400	0,918
MADDE 36	184,018	233,232	0,620	0,916
MADDE 37	184,158	230,028	0,538	0,916
MADDE 38	185,333	240,083	0,163	0,920
MADDE 39	184,912	245,974	-0,114	0,922
MADDE 40	184,140	237,087	0,414	0,918
MADDE 41	184,772	240,036	0,139	0,921
MADDE 42	184,018	235,053	0,545	0,917
MADDE 43	185,000	228,929	0,530	0,916
MADDE 44	184,193	234,730	0,492	0,917

Ek.4. Tüm Anket Sonucuna Ait Parça-Bütün İstatistikler Tablosu

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach Alpha If Item Deleted
MADDE 1	158,81	161,382	0,362	0,931
MADDE 2	157,94	161,727	0,361	0,930
MADDE 3	158,25	160,050	0,366	0,931
MADDE 4	158,83	158,178	0,457	0,930
MADDE 5	158,86	156,178	0,393	0,932
MADDE 6	159,05	155,318	0,383	0,933
MADDE 7	159,52	161,755	0,238	0,932
MADDE 8	159,00	162,411	0,214	0,933
MADDE 9	158,60	153,494	0,664	0,927
MADDE 10	158,29	155,895	0,589	0,928
MADDE 11	158,47	154,050	0,672	0,927
MADDE 12	157,70	163,226	0,426	0,930
MADDE 13	158,30	154,543	0,673	0,927
MADDE 14	157,76	161,047	0,454	0,930
MADDE 15	157,72	162,273	0,392	0,930
MADDE 17	157,97	157,548	0,593	0,928
MADDE 18	158,15	156,868	0,587	0,928
MADDE 19	157,80	160,024	0,620	0,929
MADDE 20	157,99	153,658	0,745	0,927
MADDE 21	158,06	153,445	0,745	0,927
MADDE 23	158,05	158,346	0,539	0,929
MADDE 24	158,65	155,024	0,508	0,929
MADDE 25	157,83	160,343	0,546	0,929
MADDE 26	158,19	161,283	0,334	0,931
MADDE 27	157,82	161,566	0,447	0,930
MADDE 28	157,70	162,242	0,591	0,930
MADDE 29	157,76	161,696	0,550	0,929
MADDE 30	158,02	157,091	0,637	0,928
MADDE 31	158,02	158,975	0,496	0,929
MADDE 32	158,07	154,760	0,705	0,927
MADDE 35	157,94	159,351	0,547	0,929
MADDE 36	157,93	156,048	0,712	0,927
MADDE 37	157,98	154,852	0,705	0,927
MADDE 40	157,79	162,170	0,459	0,930
MADDE 42	157,95	156,524	0,672	0,928
MADDE 43	158,96	158,102	0,437	0,930
MADDE 44	157,75	162,136	0,474	0,930

Ek.5. Toplam Açıklanan Varyans-1

Bileşen	Başlangıç Özdeğer			Extraction Sums Of Squared Loadings			Rotation Sums Of Squared Loadings		
	Toplam	Varyans	Kümülatif %	Toplam	Varyans	Kümülatif %	Toplam	Varyans	Kümülatif %
1	12,618	34,103	34,103	12,618	34,103	34,103	6,287	16,992	16,992
2	3,697	9,992	44,095	3,697	9,992	44,095	5,197	14,047	31,038
3	2,330	6,298	50,392	2,330	6,298	50,392	3,248	8,779	39,817
4	1,799	4,861	55,254	1,799	4,861	55,254	3,025	8,176	47,992
5	1,627	4,396	59,650	1,627	4,396	59,650	2,554	6,904	54,896
6	1,479	3,996	63,646	1,479	3,996	63,646	2,212	5,979	60,875
7	1,369	3,700	67,346	1,369	3,700	67,346	2,014	5,444	66,318
8	1,036	2,801	70,147	1,036	2,801	70,147	1,417	3,829	70,147
9	,933	2,522	72,669						
10	,835	2,257	74,927						
11	,765	2,069	76,996						
12	,740	2,001	78,996						
13	,662	1,790	80,787						
14	,609	1,647	82,434						
15	,567	1,532	83,966						
16	,513	1,386	85,352						
17	,491	1,328	86,680						
18	,475	1,283	87,963						
19	,443	1,196	89,159						
20	,404	1,093	90,252						
21	,376	1,017	91,270						
22	,365	,988	92,257						
23	,337	,911	93,168						
24	,304	,822	93,991						
25	,297	,801	94,792						
26	,285	,769	95,561						
27	,246	,665	96,226						
28	,231	,625	96,850						
29	,193	,521	97,371						
30	,186	,502	97,873						
31	,170	,460	98,333						
32	,138	,373	98,706						
33	,116	,313	99,019						
34	,104	,282	99,301						
35	,099	,267	99,567						
36	,086	,233	99,800						
37	,074	,200	100,00						

Ek.6. Toplam Açıklanan Varyans-2

Bileşen	Başlangıç Özdeğer			Extraction Sums Of Squared Loadings			Rotation Sums Of Squared Loadings		
	Toplam	Varyans	Kümülatif %	Toplam	Varyans	Kümülatif %	Toplam	Varyans	Kümülatif %
1	11,147	35,959	35,959	11,147	35,959	35,959	5,679	18,321	18,321
2	3,350	10,806	46,766	3,350	10,806	46,766	4,719	15,222	33,542
3	2,044	6,595	53,361	2,044	6,595	53,361	3,067	9,894	43,436
4	1,685	5,435	58,795	1,685	5,435	58,795	2,852	9,199	52,636
5	1,503	4,849	63,644	1,503	4,849	63,644	2,204	7,111	59,746
6	1,421	4,583	68,227	1,421	4,583	68,227	2,189	7,063	66,809
7	1,247	4,023	72,250	1,247	4,023	72,250	1,687	5,441	72,250
8	,859	2,770	75,020						
9	,721	2,325	77,345						
10	,676	2,181	79,526						
11	,582	1,876	81,402						
12	,575	1,854	83,256						
13	,544	1,754	85,010						
14	,527	1,700	86,709						
15	,491	1,583	88,293						
16	,450	1,450	89,743						
17	,409	1,319	91,061						
18	,356	1,149	92,210						
19	,332	1,071	93,281						
20	,304	,982	94,262						
21	,269	,867	95,130						
22	,259	,836	95,966						
23	,210	,676	96,642						
24	,196	,631	97,273						
25	,182	,588	97,861						
26	,146	,472	98,333						
27	,129	,416	98,748						
28	,112	,362	99,110						
29	,105	,338	99,448						
30	,091	,293	99,741						
31	,080	,259	100,00						

Ek.7.Rotasyonlu Faktör Yükleri Matrisi

	1	2	3	4	5	6	7
MADDE 32	,819	,169	,189	,030	,083	,110	,160
MADDE 20	,793	,230	,298	-,020	,066	,186	,132
MADDE 36	,784	,339	,219	,101	-,023	,118	-,070
MADDE 21	,766	,237	,276	-,070	,171	,157	,184
MADDE 37	,763	,366	,146	,101	-,043	,216	-,054
MADDE 42	,752	,446	,184	,060	-,075	-,026	,015
MADDE 30	,743	,202	,030	,109	,096	,094	,201
MADDE 13	,538	,199	,357	,026	,125	,158	,310
MADDE 29	,324	,797	-,018	,022	,076	,122	,038
MADDE 27	,200	,773	,034	,074	-,115	,022	,125
MADDE 19	,195	,761	,228	-,010	,079	,250	,161
MADDE 25	,224	,756	,135	,007	-,009	,153	,120
MADDE 40	,191	,754	,166	,094	-,059	-,078	-,017
MADDE 28	,361	,704	,155	,106	,076	,065	-,103
MADDE 23	,179	,534	,347	-,146	,060	,239	,300
MADDE 11	,353	,169	,824	,189	,036	,058	,021
MADDE 9	,369	,146	,798	,174	,040	,064	,050
MADDE 10	,178	,287	,758	,182	,127	,074	-,040
MADDE 17	,299	,074	,523	-,088	,152	,363	,410
MADDE 6	-,005	,022	,065	,874	,207	,112	-,012
MADDE 24	,124	,075	,143	,806	,188	,121	,109
MADDE 5	,057	-,009	,104	,773	,224	,106	,020
MADDE 26	,001	,129	,088	,641	-,160	,024	,441
MADDE 8	,033	-,024	,006	,088	,858	,060	-,055
MADDE 7	-,077	-,085	,130	,206	,825	,054	,116
MADDE 3	,241	,138	,105	,192	,496	-,089	-,059
MADDE 15	,174	,141	,063	,164	,018	,839	-,104
MADDE 14	,198	,136	,085	,199	,055	,821	-,019
MADDE 18	,372	,234	,352	,018	-,179	,517	,303
MADDE 2	,173	,201	,093	,163	-,102	-,091	,696
MADDE 1	,231	-,025	-,112	,229	,433	-,027	,566

Ek.8. Faktörler, Maddeler, Faktör Yük Değerleri ve Cronbach Alpha

FAKTÖR VE MADDELER	FAKTÖR YÜK DEĞERİ	CRONBACH ALPHA
Tüm Anket		0,921
1.FAKTÖR:Çalışan/Sağlık Personeli Hizmetleri		0,937
20.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli her an hizmete hazırdır.	0,891	
32.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli yatan hastalara karşı nazik, güler yüzlü ve saygılıdır.	0,878	
21.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışanlar yatan hasta problemlerine ilgiyle yaklaşmakta ve bu problemleri çözmek için çaba sarf etmektedirler.	0,867	
36.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde refakatçi ve/veya yatan hasta danışabileceği kişilere kolayca ulaşabilmektedir.	0,851	
37.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde istenilen tüm sorular rahatlıkla sağlık personeline sorulabilmektedir.	0,831	
42.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yatan hastalar durumlarıyla ilgili her an bilgi alabilmektedir.	0,819	
30.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki diğer sağlık personeli bilgili ve tecrübelidir.	0,779	
13.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine getirilmektedir.	0,675	
18.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde acil durumda acil muayene anında gerçekleştirilmektedir.	0,551	
17.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde bürokratik işlemler (sevk açma-kapama, yatış-çıkış işlemleri) kısa sürede, sorunsuzca tamamlanmaktadır.	0,499	
2.FAKTÖR:Hekim Hizmetleri		0,889
29.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki doktorlar bilgili ve tecrübelidir.	0,737	
27.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde visit işlemleri için ayrılan süre yeterlidir.	0,733	
19.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde doktorlar her an hizmete hazırdır.	0,719	
40.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde sağlık personeli hastanın anlayabileceği bir konuşma tarzı (tıbbi terminoloji içermeyen) benimsemektedir.	0,714	

Ek.8. Faktörler, Maddeler, Faktör Yük Değerleri ve Cronbach Alpha(devam)

25.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde doktorların yatan hastaları ziyaret etme sıklığı yeterlidir.	0,711	
28.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemek servisleri zamanında yapılmaktadır.	0,639	
23.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde haftasonu da bilgili ve tecrübeli doktor ve hemşire bulunmaktadır.	0,495	
3.FAKTÖR:Oda Hizmetleri		0,838
6.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta odalarındaki yatan hasta sayısı idealdir.	0,876	
24.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde refakatçilere ve yatan hasta yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmektedir.	0,809	
5.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi ortamı huzur verici ve sessizdir.	0,776	
26.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta yakınları için hasta ziyaret saatleri ve ziyaret süresi herkes için uygundur.	0,649	
4.FAKTÖR: Yeterlilik		0,684
8.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde wc/banyo sayısı yeterlidir.	0,855	
7.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde wc/banyo temizdir.	0,827	
3.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nin hasta oda sıcaklığı yeterli düzeydedir.	0,486	
5.FAKTÖR:Yemek/Beslenme Hizmetleri		0,905
11.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemekler doyurucudur.	0,719	
10.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yemekler sıcak gelmektedir.	0,691	
9.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nin yemekleri damak tadına uygundur.	0,688	
6.FAKTÖR:Bekleme Süresi		0,824
15.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde belirtilen zamanda sonuçlar verilmektedir.	0,813	
14.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde radyoloji (film, röntgen, ultrason) ve laboratuvar (kan, idrar tahlili) hizmetlerinde bekleme süresi azdır.	0,791	
7.FAKTÖR:Fiziksel Donanım		0,489
2.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hasta odasındaki eşyalar (TV, hemşire çağrı zili, lamba, yatak...) çalışır durumdadır.	0,666	
1.MADDE: Eskişehir Devlet Hastanesi modern teçhizata ve tıbbi donanıma sahiptir.	0,527	

Ek.9. EDH Dahiliye Servisinde Hasta Beklentileri İle İlgili İstatistikler

BEKLENTİ	n	enk	enb	Ort.
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hizmetleri				
MADDE 20	160	4	5	4,99
MADDE 32	160	5	5	5,00
MADDE 21	160	4	5	4,99
MADDE 36	160	4	5	4,98
MADDE 37	160	4	5	4,99
MADDE 42	160	4	5	4,99
MADDE 30	160	4	5	4,99
MADDE 13	160	4	5	4,98
MADDE 18	160	5	5	5,00
MADDE 17	160	4	5	4,99
2.Hekim Hizmetleri				
MADDE 29	160	4	5	4,99
MADDE 27	160	4	5	4,99
MADDE 19	160	4	5	4,91
MADDE 40	160	3	5	4,85
MADDE 25	160	4	5	4,99
MADDE 28	160	3	5	4,64
MADDE 23	160	4	5	4,86
3.Oda Hizmetleri				
MADDE 6	160	4	5	4,98
MADDE 24	160	3	5	4,58
MADDE 5	160	4	5	4,98
MADDE 26	160	3	5	4,64
4.Yeterlilik				
MADDE 8	160	4	5	4,88
MADDE 7	160	4	5	4,99
MADDE 3	160	3	5	4,96
5.Yemek/Beslenme Hizmetleri				
MADDE 11	160	3	5	4,66
MADDE 10	160	4	5	4,78
MADDE 9	160	3	5	4,79
6.Bekleme Süresi				
MADDE 15	160	4	5	4,99
MADDE 14	160	5	5	5,00
7.Fiziksel Donanım				
MADDE 2	160	4	5	4,79
MADDE 1	160	4	5	4,88

Ek.10. EDH Genel Cerrahi Servisinde Hasta Beklentileri İle İlgili İstatistikler

BEKLENTİ	n	enk	enb	Ort.
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hizmetleri				
MADDE 20	160	4	5	4,98
MADDE 32	160	5	5	5,00
MADDE 21	160	4	5	4,96
MADDE 36	160	4	5	4,97
MADDE 37	160	4	5	4,96
MADDE 42	160	4	5	4,99
MADDE 30	160	4	5	4,99
MADDE 13	160	4	5	4,98
MADDE 18	160	4	5	4,98
MADDE 17	160	4	5	4,98
2.Hekim Hizmetleri				
MADDE 29	160	4	5	4,99
MADDE 27	160	4	5	4,98
MADDE 19	160	4	5	4,98
MADDE 40	160	3	5	4,84
MADDE 25	160	4	5	4,92
MADDE 28	160	3	5	4,66
MADDE 23	160	3	5	4,91
3.Oda Hizmetleri				
MADDE 6	160	4	5	4,98
MADDE 24	160	2	5	4,69
MADDE 5	160	4	5	4,96
MADDE 26	160	3	5	4,68
4.Yeterlilik				
MADDE 8	160	3	5	4,85
MADDE 7	160	4	5	4,99
MADDE 3	160	4	5	4,97
5.Yemek/Beslenme Hizmetleri				
MADDE 11	160	4	5	4,69
MADDE 10	160	4	5	4,84
MADDE 9	160	4	5	4,89
6.Bekleme Süresi				
MADDE 15	160	4	5	4,98
MADDE 14	160	4	5	4,98
7.Fiziksel Donanım				
MADDE 2	160	3	5	4,88
MADDE 1	160	3	5	4,88

Ek.11. EDH Dahiliye Servisinde Hasta Algıları İle İlgili İstatistikler

ALGI	n	enk	enb	Ort.
1.Çalışan/SağlıkPersoneli Hizmetleri				
MADDE 20	160	1	5	4,52
MADDE 32	160	1	5	4,44
MADDE 21	160	1	5	4,42
MADDE 36	160	2	5	4,62
MADDE 37	160	2	5	4,58
MADDE 42	160	2	5	4,59
MADDE 30	160	2	5	4,55
MADDE 13	160	2	5	4,24
MADDE 18	160	2	5	4,42
MADDE 17	160	1	5	4,59
2.Hekim Hizmetleri				
MADDE 29	160	3	5	4,80
MADDE 27	160	2	5	4,75
MADDE 19	160	3	5	4,77
MADDE 40	160	4	5	4,82
MADDE 25	160	2	5	4,72
MADDE 28	160	3	5	4,89
MADDE 23	160	3	5	4,46
3.Oda Hizmetleri				
MADDE 6	160	3	5	4,31
MADDE 24	160	3	5	4,42
MADDE 5	160	2	5	4,49
MADDE 26	160	3	5	4,61
4.Yeterlilik				
MADDE 8	160	1	5	3,68
MADDE 7	160	1	5	3,24
MADDE 3	160	2	5	4,41
5.Yemek/Beslenme Hizmetleri				
MADDE 11	160	1	5	4,15
MADDE 10	160	2	5	4,30
MADDE 9	160	1	5	4,02
6.Bekleme Süresi				
MADDE 15	160	4	5	4,93
MADDE 14	160	3	5	4,86
7.Fiziksel Donanım				
MADDE 2	160	2	5	4,66
MADDE 1	160	2	5	3,83

Ek.12. EDH Genel Cerrahi Servisinde Hasta Alguları İle İlgili İstatistikler

ALGI	n	enk	enb	Ort.
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hizmetleri				
MADDE 20	160	3	5	4,69
MADDE 32	160	3	5	4,61
MADDE 21	160	3	5	4,66
MADDE 36	160	3	5	4,72
MADDE 37	160	2	5	4,66
MADDE 42	160	3	5	4,70
MADDE 30	160	3	5	4,61
MADDE 13	160	2	5	4,35
MADDE 18	160	2	5	4,47
MADDE 17	160	1	5	4,67
2.Hekim Hizmetleri				
MADDE 29	160	4	5	4,88
MADDE 27	160	4	5	4,81
MADDE 19	160	3	5	4,83
MADDE 40	160	3	5	4,78
MADDE 25	160	4	5	4,81
MADDE 28	160	4	5	4,91
MADDE 23	160	3	5	4,64
3.Oda Hizmetleri				
MADDE 6	160	1	5	2,89
MADDE 24	160	2	5	3,51
MADDE 5	160	1	5	3,08
MADDE 26	160	1	5	4,21
4.Yeterlilik				
MADDE 8	160	1	5	3,51
MADDE 7	160	1	4	2,91
MADDE 3	160	2	5	4,29
5.Yemek/Beslenme Hizmetleri				
MADDE 11	160	1	5	4,09
MADDE 10	160	1	5	4,31
MADDE 9	160	1	5	3,96
6.Bekleme Süresi				
MADDE 15	160	2	5	4,83
MADDE 14	160	2	5	4,81
7.Fiziksel Donanım				
MADDE 2	160	2	5	4,64
MADDE 1	160	2	5	3,74

Ek.13.Kalite Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre VARAN Tanımlayıcı İstatistikleri

Faktör	Yaş	n	Ort.
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	20 yaş altı	7	-0,8000
	20-29	21	-0,5667
	30-39	31	-0,6194
	40-49	73	-0,5411
	50-59	65	-0,4292
	60 yaş ve üzeri	123	-0,2699
	Toplam	320	-0,4291
2.Hekim Hiz.	20 yaş altı	7	-0,3878
	20-29	21	-0,2245
	30-39	31	-0,2627
	40-49	73	-0,1859
	50-59	65	-0,0857
	60 yaş ve üzeri	123	-0,0244
	Toplam	320	-0,1179
3.Oda Hiz.	20 yaş altı	7	-1,2143
	20-29	21	-1,5119
	30-39	31	-1,2742
	40-49	73	-1,0205
	50-59	65	-0,8154
	60 yaş ve üzeri	123	-0,5854
	Toplam	320	-0,8727
5.Yemek/Beslenme Hiz.	20 yaş altı	7	-1,5714
	20-29	21	-0,9365
	30-39	31	-0,9677
	40-49	73	-0,7443
	50-59	65	-0,6462
	60 yaş ve üzeri	123	-0,3740
	Toplam	320	-0,6344
6.Bekleme Süresi	20 yaş altı	7	-0,7143
	20-29	21	-0,2143
	30-39	31	-0,3226
	40-49	73	-0,1507
	50-59	65	-0,0923
	60 yaş ve üzeri	123	-0,0366
	Toplam	320	-0,1281
7.Fiziksel Donanım	20 yaş ve altı	7	-0,5000
	20-29	21	-0,8095
	30-39	31	-1,0161
	40-49	73	-0,6712
	50-59	65	-0,6615
	60 yaş ve üzeri	123	-0,4837
	Toplam	320	-0,6359

Ek.14.Kalite Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre VARAN Tanımlayıcı İstatistikleri

Faktör	Eğitim Grubu	n	Ort.
1.Çalışan/Sağlık Personeli Hiz.	Okur-yazar değil	42	-0,2167
	İlkokul-Ortaokul	181	-0,4260
	Lise ve dengi okul	74	-0,5216
	Üniversite ve üstü	23	-0,5435
	Toplam	320	-0,4291
2.Hekim Hiz.	Okur-yazar değil	42	-0,0578
	İlkokul-Ortaokul	181	-0,1468
	Lise ve dengi okul	74	-0,1332
	Üniversite ve üstü	23	-0,1615
	Toplam	320	-0,1179
3.Oda Hiz.	Okur-yazar değil	42	-0,3869
	İlkokul-Ortaokul	181	-0,8812
	Lise ve dengi okul	74	-1,1216
	Üniversite ve üstü	23	-0,8913
	Toplam	320	-0,8727
4.Yeterlilik	Okur-yazar değil	42	-0,9921
	İlkokul-Ortaokul	181	-1,2910
	Lise ve dengi okul	74	-1,4730
	Üniversite ve üstü	23	-0,9565
	Toplam	320	-1,2698
5.Yemek/Beslenme Hiz.	Okur-yazar değil	42	-0,2222
	İlkokul-Ortaokul	181	-0,6372
	Lise ve dengi okul	74	-0,8423
	Üniversite ve üstü	23	-0,6957
	Toplam	320	-0,6344
7.Fiziksel Donanım	Okur-yazar değil	42	-0,1905
	İlkokul-Ortaokul	181	-0,6409
	Lise ve dengi okul	74	-0,7770
	Üniversite ve üstü	23	-0,9565
	Toplam	320	-0,6359

Ek.15.Eşlendirilmiş Gözlemler T-Testi Sonuçları

Skor(Algı-Beklenti)	Ort.	Güven Aralığı	t	sd	Anlamlılık (Çift yön)
MADDE 1	-1,091	-1,168,-1,014	-27,865	319	0,000
MADDE 2	-0,181	-0,251,-0,112	-5,129	319	0,000
MADDE 3	-0,622	-0,701,-0,543	-15,456	319	0,000
MADDE 5	-1,188	-1,299,-1,076	-20,989	319	0,000
MADDE 6	-1,378	-1,499,-1,257	-22,375	319	0,000
MADDE 7	-1,919	-2,005,-1,832	-43,579	319	0,000
MADDE 8	-1,269	-1,368,-1,169	-25,097	319	0,000
MADDE 9	-0,844	-0,940,-0,747	-17,181	319	0,000
MADDE 10	-0,506	-0,594,-0,418	-11,325	319	0,000
MADDE 11	-0,553	-0,649,-0,457	-11,335	319	0,000
MADDE 13	-0,684	-0,764,-0,605	-17,016	319	0,000
MADDE 14	-0,153	-0,208,-0,098	-5,487	319	0,000
MADDE 15	-0,103	-0,155,-0,051	-3,894	319	0,000
MADDE 17	-0,359	-0,427,-0,291	-10,409	319	0,000
MADDE 18	-0,544	-0,617,-0,471	-14,610	319	0,000
MADDE 19	-0,144	-0,197,-0,091	-5,361	319	0,000
MADDE 20	-0,381	-0,459,-0,303	-9,645	319	0,000
MADDE 21	-0,434	-0,513,-0,356	-10,883	319	0,000
MADDE 23	-0,338	-0,403,-0,272	-10,119	319	0,000
MADDE 24	-0,672	-0,787,-0,557	-11,531	319	0,000
MADDE 25	-0,188	-0,241,-0,134	-6,838	319	0,000
MADDE 26	-0,253	-0,340,-0,166	-5,712	319	0,000
MADDE 27	-0,206	-0,258,-0,155	-7,854	319	0,000
MADDE 28	0,244	0,183,0,304	7,908	319	0,000
MADDE 29	-0,153	-0,195,-0,112	-7,253	319	0,000
MADDE 30	-0,412	-0,479,-0,346	-12,156	319	0,000
MADDE 32	-0,472	-0,545,-0,398	-12,488	319	0,000
MADDE 36	-0,303	-0,369,-0,237	-9,008	319	0,000
MADDE 37	-0,359	-0,433,-0,286	-9,647	319	0,000
MADDE 40	-0,041	-0,092,0,010	-1,569	319	0,118
MADDE 42	-0,341	-0,407,-0,274	-10,110	319	0,000

