



SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ VE ÖLÇÜMÜ

Nevzat DEVEBAKAN, MBA
Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Uzmanı

İzmir, 2005



Nevzat DEVEBAKAN

1971 Yılında Siverek'te doğdu. İlk ve orta öğrenimini Tarsus'ta bitirdikten sonra 1989 yılında Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Yüksek Okuluna kayıt yaptırdı ve bu okuldan 1994 yılında mezun oldu. Askerlik görevini Yedek subay olarak Ege Ordu 600 Yataklı İzmir Mevki Asker Hastanesinde tamamladıktan sonra, 1997 yılında Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Hastanesinde, *Hastane Gece Hizmetleri Yöneticisi* olarak göreve başladı.

1998 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi alanında yüksek lisans sınavını kazanarak aynı bölümde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2001 yılında “*Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi*” isimli yüksek lisans tezi ile bilim uzmanı oldu. Aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri bölümünde doktora çalışmalarına başladı.

1998–2002 yılları arasında Sosyal Bilimler Enstitüsünde “Kalite Dokümantasyon Sorumlusu” ve “Eğitim Sorumlusu” görevlerini yürüterek, Enstitünün ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi almasında önemli ölçüde katkıda bulundu.

2002 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde benzer çalışmaları yapmak üzere *Kalite Geliştirme Koordinatörü* olarak görevlendirildi ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün de ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi belgesi almasına önemli ölçüde katkıda bulundu. Hala ilgili enstitünün *Kalite Yönetim Temsilciliği* görevine devam etmekte ve doktora tezini yazmaktadır. Yazar aynı zamanda İzmir Kalder Şubesi, *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uzmanlık Grubu* üyesidir.

Nevzat DEVEBAKAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Kalite Yönetim Temsilcisi
0.232.4122617
İnciraltı/İzmir
nevzatd@deu.edu.tr

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	1
1. HİZMET VE HİZMET KALİTESİ KAVRAMLARI	3
1.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri	4
1.2. Hizmette Kalite.....	7
1.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları	8
2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE VE MÜŞTERİ TATMİNİ.....	12
2.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı	13
2.2. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tatmini ve Önemi	15
2.3. Sağlık Hizmet Kalitesi.....	22
2.4. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Fonksiyonel Kalite.....	25
3. HİZMET KALİTESİ MODELİ VE SERVQUAL ÖLÇEĞİ.....	29
3.1. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli	37
3.2. SERVQUAL Ölçeği.....	41
3.3. SERVQUAL Ölçeğinin Kullanım Alanları.....	45
3.4. Sağlık İşletmelerinde SERVQUAL	46
4. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ	56
4.1. Araştırmanın Amacı, Modeli ve Değişkenleri.....	56
4.2. Beklenen ve Algılanan Hizmet İle İlgili Bulgular	62
4.3. Hizmet Kalitesi Skorlarının Değerlendirilmesi.....	64
4.4. Bağımsız Değişkenlerin Algılanan Kalite Üzerine Etkisi.....	67
4.5. Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Hizmet Kalitesi Skorlarının Kullanımı	69

ÖNSÖZ

Sanayi devrimi ile birlikte gelişen bilimsel yönetim anlayışı çerçevesinde kaynakların kıt olması ve etkin kullanılması zorunluluğu, üretimde verimli olmayı gerektirmekteydi. Bu bakış açısında, ürünün ihtiyacı karşılayacak kadar üretilebilmesi, kaliteli ürün üretilmesinden daha ön plandaydı. Ancak gelişen teknoloji, bilimsel yönetim anlayışını yeni boyutlara taşımıştır. Üretim miktarının özellikle gelişmiş ülkelerde ihtiyacı karşılaması ve hatta üretim fazlasının ortaya çıkması sonucunda, üretim felsefesinde yeni boyutların göz önüne alınması gereğini ortaya koymuştur. Bunun sonucunda işletmeler üretim fazlalarını etkin pazarlama anlayışı içerisinde diğer bölge ve ülkelere ulaştırma yolunu seçmişlerdir. Böylece işletmeler yeni bölge ve ülkelerde rekabet olarak bilinen bir pazarlama olgusuyla karşı karşıya gelmişlerdir.

Pazarlama çabaları ve ürün kalitesi, günümüzün rekabetçi pazar anlayışının temel unsurlarındandır. Müşteriye sunulan ürünlerin çeşitli olması, diğer bir deyişle müşteri seçeneklerinin artması, müşteri tatminini ön plana çıkarmıştır. Müşteri artık kendi zevk ve tercihlerini göz önüne alarak kendisi için en uygun olanı tercih etmektedir. Bu nedenle günümüz rekabetçi pazarında işletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri büyük ölçüde müşteri beklenti ve ihtiyaçlarını karşılaması ile mümkün olacaktır.

Özellikle ikinci dünya savaşından sonra gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün ülke ekonomisi içindeki payının arttığı görülmektedir. Günümüzde gelişmiş birçok ülkenin milli gelirinin çok büyük kısmını hizmet sektöründen elde ettiği bilinmektedir. Diğer taraftan söz konusu ülkelerdeki bu gelişmeye paralel olarak hizmet sektöründe çalışan işgücü payının da arttığı görülmektedir.

Hizmet sektörünün ülke ekonomisi ve yaşam standardı açısından artan önemi, söz konusu sektörde verimlilik, pazarlama ve kalite uygulamalarının güncellik kazanmasına neden olmuştur. Üretim işletmeleri için geliştirilen kalite ilke ve uygulamaları, hizmet işletmeleri için de model oluşturmuş; buna bağlı olarak son yıllarda hizmet işletmelerinde kalitenin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik araştırmalar hızla artmıştır.

Ancak hizmetin özellik olarak üründen farklı olması (örneğin depolanamaması, ya da yaratıldığı anda tüketilmesi) hizmetlerde kalitenin farklı bir bakış açısıyla ele alınmasını gündeme getirmiştir. Hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde, hizmet kalitesini tanımlama, boyutlarını belirleme ve ölçülmesine yönelik bir çok kuramsal çalışma ve modelin geliştirildiği görülmektedir. Hizmet işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden birisi de SERVQUAL ölçeğidir. Pazarlama bakış açısıyla hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak geliştirilen SERVQUAL ölçeğinin, günümüz sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesi düzeylerini belirlemede de bir standart olarak kullanılmaya başlandığı görülmektedir.

Hastaların sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin teknik kalitesini değerlendirme şansına sahip olmaması, hasta bakış açısı ile kalitenin önemini arttırmaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri arzındaki artış, hasta ve yakınlarının ulaşım olanaklarının artması, teknoloji ve

iletişimde meydana gelen hızlı değişimler de diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmeleri arasında da rekabet olgusunu gündeme getirmiştir. Günümüz sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi, sağlık işletmelerinin rekabet üstünlüğü kazanması, başarısı ve sürekliliği için büyük önem taşımaktadır.

Bu kitabın son kısmında, hizmet işletmeleri grubunda yer alan sağlık işletmelerinin müşterileri olan hastalar üzerinde bir çalışma yapılarak, bir üniversite hastanesi ile bir özel hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmüş, daha sonra her iki hastane de algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Ayrıca algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin demografik ve sosyoekonomik değişkenler açısından nasıl değiştiği de istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Nevzat DEVEBAKAN-Haziran 2005

İZMİR

1. HİZMET VE HİZMET KALİTESİ KAVRAMLARI

Günümüzde hizmet sektörünün ülke ekonomileri içindeki yeri, bir kalkınmışlık ölçütü olarak karşımıza çıkmaktadır. Son otuz yıllık süreç içinde tüm dünya ulusal ekonomileri içinde hizmetler sektörünün payının hızla arttığı görülmektedir. Örneğin 1970'lerden bu yana ABD hizmet sektöründe işveren sayısının %60, Japonya'da %40 arttığı görülmektedir (Bergman ve Klefsjö, 265). ABD'de hizmetler sektörü son kırk yılda olağanüstü büyüyerek, gayri safi milli hasılanın %70'ini, toplam istihdamın ise %75'ini yaratır duruma gelmiştir (Gözlü, 1995;85). Öte yandan 1989 yılı verilerine göre İngiltere'de hizmet sektörünün ulusal gelir içindeki payının %62, Almanya'da %60, Japonya'da %56 ve Fransa'da %67 olduğu tespit edilmiştir (Ghobadian vd.,1994; 43). Diğer taraftan Dünya Bankası'nın 132 ülke arasında yaptığı refah sıralamasında, refah düzeyleri ve hizmet sektörünün ağırlığı arasında bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Öztürk, 1996; 65). Amerika'da yapılan nüfus sayımına göre her 100 insandan 75'inin hizmet işletmelerinde çalıştığı saptanmıştır. Bu sayıya imalat sektöründe hizmetlerle ilgili çalışanları da eklediğimizde, her 100 kişiden 86'sının hizmet sektöründe çalıştığını söylemek mümkündür. Hizmet sektörü ile ilgili verilen bu rakamlardan da anlaşıyor ki yaşam standartlarımızın yükselmesi büyük ölçüde hizmet sektöründe kalite ve verimliliğin artmasına bağlıdır (Deming, 1994; 184-185).

Hizmet işletmelerinde kaliteye olan ilginin 1980'li yıllarda gittikçe arttığı görülmektedir. 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 kazandırdığı söylenebilir (Gummerson, 1994; 87). Hizmet sektörünün ülke ekonomileri ve yaşam standardı açısından artan önemi, daha önce imalat sektöründe uygulanan kalite ilke ve uygulamalarının hizmet sektörüne de uygulanmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Ancak son yıllara kadar kalite konusunda yapılan çalışmaların mamul kalitesi ile ilgili olması, hizmet işletmelerinin kalite ile ilgilenmekte oldukça geç kaldıklarını göstermektedir (Uyguç; 1998; 22). Öte yandan hizmet sektörünün ülke ekonomileri içinde büyümesi ve gelişmesi, hizmet üretimi ile ilgili sorunların güncellik kazanmasına yol açmış, buna bağlı olarak son yıllarda hizmet sektöründe verimliliğin artırılması, hizmet kalitesinin kontrolü, hizmet kalitesi modellerinin geliştirilmesi ve hizmet kalitesinin ölçülmesi gibi konularda yapılan araştırmalar hızla artmıştır. Kalitenin öncülerinden Deming, hizmet işletmelerinde verimsizliğin tıpkı imalat işletmelerinde olduğu gibi tüketiciler için fiyatları yükselttiğini ve yaşam standardını düşürdüğünü öne sürmektedir. Deming'e göre kalite iyileştirme ilke ve yöntemleri üründen ürüne, hizmetten hizmete farklılık gösterse de imalat ve hizmet sektörleri için aynıdır (Deming, 1994; 183).

1.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Fiziksel mallardan farklı olması nedeniyle hizmetlerin tanımlanması daha zordur. Hizmetler güzellik salonlarında verilen hizmet etkinliklerinden, sigorta işletmelerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş alana yayıldığından ve çok çeşitli heterojen etkinlikleri kapsadığından oldukça karmaşık hale gelmekte ve tanımlanmasını da o kadar güçleştirmektedir. Bazı araştırmacılar genel kabul görmüş bir hizmet tanımının bulunmadığını, diğer bir kısım ise böyle tanımın geliştirilemeyeceğini öne sürmektedir (Uyguç,1992; 12). Günümüzde sözü edilen

güçlülere rağmen hizmet kavramının bir çok yazar tarafından tanımlandığı görülmektedir.

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür (Kuriloff vd.,1993; 247). Aynı zamanda hizmeti zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyet olarak tanımlamak mümkündür (Gözlü, 1995; 86). Bir başka tanımda ise hizmetler, “Tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar” olarak tanımlanmaktadır (Mucuk, 1994; 319). Goetsch ve Davis hizmeti, “Hizmet başka birisi için iş icra etmektir” şeklinde tanımlarken (Goetsch ve Davis; 1998; 104), Collier hizmeti, “üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak tanımlanmaktadır (Uyguç, 1998; 8). Başka bir tanımda hizmet, müşteri ile hizmeti sunan kişi veya kurumun karşılıklı olarak birbirleri ile diyalog kurmasını gerektiren sosyal bir faaliyet olarak da tanımlanabilmektedir (Tarım, 2000; 1025). Tanımdan da anlaşılacağı gibi, hizmetlerde çalışanların rolü ve davranışı çok büyük öneme sahiptir. Bu önem müşterinin kısmen hizmet üretiminin içinde olmasından ve müşteri ile hizmet personeli arasındaki yüksek derecedeki etkileşimin gerekliliğinden kaynaklanmaktadır (Dotchin ve Oakland, 1994; 28).

Yukarıdaki tanımları göz önüne aldığımızda hizmet; fiziksel ve psikolojik olarak kişiye, sosyal açıdan ise topluma zaman, mekan ve yer faydası sağlama olgusu olarak tanımlanabilir.

Hizmet kavramının çeşitli yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanması, büyük ölçüde hizmet kavramının özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmetlerin mallardan ayrılan çeşitli karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Söz konusu özellikler; fiziksel varlığının olmaması (soyutluk), üretimle tüketimin birbirinden ayrılmaz olması (ayrılmazlık), değişkenlik, heterojenlik ve dayanıksızlık olarak sıralanabilir (Ghobadian vd., 1994; 44-46 ; Mucuk, 1994; 320-322 ; Bergman ve Klefsjö, 1994; 266):

- Soyutluk (Fiziksel varlığının olmaması)

Hizmetler fiziksel varlığı olmayan, dolayısıyla elle tutulamayan, gözle görülemeyen, tatma, işitme, koklama duyuları ile tüketicinin hakkında fikir edinmeyeceği türden, kısaca “soyut” mallardır. Hizmetlerin soyutluk özelliğinden dolayı hizmeti sağlayan ve sunan kişiler için açıklanması ve spesifik hale getirilmesi zordur. Ayrıca hizmeti alan tüketiciler için de hizmetin değerlendirilmesi zor olmaktadır. Diğer taraftan hizmetler faaliyetler ya da süreçler olduğundan, müşterilerin hizmeti satın almadan önce test etme şansı yoktur. Müşteri hizmeti satın aldığı anda somut bir şeyin sahibi olmayacağı için, hizmetin kalitesi hakkında fikir edinebilmek için somut ip uçları bulmaya, hizmetin verileceği yerden, verecek insanlardan, teçhizat, sembol veya fiyattan yararlanmaya çalışır. Hizmetlerin fiziksel varlığının olmaması onları mallardan ayıran en önemli karakteristik özellik olduğu gibi, hizmet pazarlamasını mal pazarlamasından ayıran bazı pazarlama sorunlarına da (hizmetlerin depolanmaması, patentle korunamaması, kolayca teşhir ve tanıtma imkanının olmaması) neden olmaktadır.

- Ayrılmazlık (Üretimle Tüketimin Eşzamanlı Olması)

Fiziksel mallar önce üretilip depolanır, daha sonra satılır ve tüketilirler.

Hizmet ürünü ise, önce satılır, sonra da üretimi ile tüketimi aynı zamanda gerçekleşir. Başka bir deyişle üretim ve tüketimin birbirinden ayrılmazlık özelliği söz konusudur. Bu nedenle hizmetler, onu sağlayan veya hizmeti gerçekleştirenlerden ayrılmaz. Müşteri ise, hizmetin üretimine direkt olarak katılıp, hizmet üretim sürecinin bir parçası durumuna gelir.

- Değişkenlik ve Heterojenlik

Hizmetler bir çok alt hizmet sistemlerinden oluştuğu için, müşteri bu alt hizmet sistemlerinin toplamını değerlendirir. Bu nedenle hizmetin kalitesi ve çekiciliği, müşterilerin toplam değerlendirmesine bağlı olacaktır. Hizmetin kalitesi ise, hizmetin nerede, nasıl ve ne zaman verildiğine ve özellikle de hizmet sunan kişilere bağlıdır. Başka bir deyişle hizmet sunanlar, müşterinin hizmet kalitesi algısını etkileyecektir. Aynı hizmeti sunanlar arasındaki değişkenlik bir yana, aynı insan bile, farklı zamanlarda farklı kalitede hizmet verebilir. Çoğu zaman nazik ve kibar olan bir çalışan, bazen kaba ve sinirli olabilmektedir. Bu durum kişinin moral durumu, iş yükü, müşterilerinin hizmetle ilgili olarak işbirliği yapma derecesi ve kişilik özellikleri gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Hizmet sektöründeki işletmeler değişkenlik riskini azaltmak yoluyla rekabet üstünlüğü ve rekabet avantajı sağlayabilir. Başka bir ifade ile hizmet işletmeleri, sundukları hizmetin kalitesini yükseltmek için, farklı zamanlarda veya farklı kişilere değişik kalitede hizmet değil, istikrarlı bir biçimde aynı düzeyde hizmeti vermelidirler. Hizmette heterojenliği gidermek ve standart sağlamak için, çalışanların titizlikle seçilmesi, eğitilmesi, işe alıştırma programlarının uygulanması, kalite için motive edilmesi, iyi bir denetim sistemi ile etkili bir geri bilgi akışı düzeninin kurulması gerekmektedir.

- Dayanıksızlık

Hizmetler sunulduğunda hemen kullanılmazsa (depo edilemeyeceğinden dolayı) boşa gider. Başka bir deyişle hizmetler üretildikleri anda tüketildiğinden depolanma ve taşınma şansı yoktur. Boşa giden bir uçak koltuğu, hastanın gelmemesi nedeniyle kullanılmayan bir doktor randevusu, depolanamayan hizmet özelliklerine örnek olarak verilebilir. Hizmetlerin bir özelliği de talebin fazla dalgalanmasıdır. Hizmet sektöründe talep, mevsimden mevsime, aydan aya, haftadan haftaya, günden güne hatta saatten saate değişkenlik gösterebilmektedir. Hizmet özelliklerinden dayanıksızlık ve talebin fazla dalgalanması, hizmetlerle ilgili planlama, fiyatlandırma ve tutundurmada ciddi problemler yaratabilmektedir.

1.2. Hizmette Kalite

Hizmetlerin temel özellikleri olan soyutluk, değişkenlik ve heterojenlik, dayanıksızlık, hizmet üretim ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi faktörleri (ayrılmazlık); hizmet üretimini, satışını, müşterilerin kalite algısını ve müşteri tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmetlerin soyut oluşu, müşterilerin satın almadan önce, alacakları hizmetin kalitesini değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Bir çok durumda ise, hizmet satın alınması ve kullanımı sonrasında da müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri zor olabilmektedir. Aynı şekilde hizmetlerde kalite kontrolü de son derece zordur. Ancak dikkatli personel seçimi ve eğitimle, hizmet kalitesini bir ölçüde standartlaştırmak mümkün olabilir

(Parasuraman vd.,1985; 42 ; Kuns ve Lemmink, 1996;2 ; Tek, 1999; 430 ; Uyguç, 1998; 28 ; Öztürk, 1996; 66 ; Tütüncü, 2001; 50 ; Karafakioğlu, 1998; 113).

En geniş anlamıyla hizmet kalitesi, “müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak tanımlanır (Odabaşı, 2000; 93). Başka bir tanıma göre ise hizmet kalitesi, “bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneği” olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 1996; 66). Tanımlardan da anlaşılacağı gibi hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır.

Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (Uyguç, 1998; 27).

Zeithaml algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı olarak “ tanımlamaktadır (Robledo, 2001; 23). Ghobadian’a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir (Ghobadian vd., 1994; 50).

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirip kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman, Zeithaml ve Berry ‘e göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algıların yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algıların karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Parasuraman vd., 1985; 48-49).

Tutum, bireyin nesnelere, sembollere ya da düşüncelere ilişkin olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri, duyguları ve eğilimleridir (Aytuğ, 1997; 39). Bazı yazarlara göre tatmin kısa dönemli bir kavram olmasına karşılık, algılanan hizmet kalitesi bir tür tutumdur ve beklentiler ile performansa yönelik algıların karşılaştırılmasından oluşmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi bir tür tutum olup tatmin ile ilgili ama aynı şey değildir. Bu nedenle hizmet kalitesi yazınında kullanılan “tatmin” kavramı, müşteri tatmini yazınında kullanılan “tatmin” kavramından farklıdır. Algılanan hizmet kalitesi, hizmetin üstünlüğüne yönelik uzun dönemli genel bir yargılama ya da tutum iken, tatmin spesifik bir iş ile ilgilidir (Parasuraman vd.,1988; 16 ; Uyguç, 1998; 46 ; Tütüncü, 2001; 53).

Diğer taraftan hizmet kalitesi ve müşteri tatmini ile ilgili yazın incelendiğinde hizmet kalitesi ve müşteri tatmini kavramları bazı yazarlarca eşanlamlı kullanıldığı, bazılarının ise söz konusu iki kavramı birbirlerinden farklı anlamlarda kullandıkları görülmektedir.

Kitabın bundan sonraki kısmında hizmet kalitesi olgusunun daha iyi açıklanabilmesi için hizmet kalitesini oluşturan boyutların açıklanmasına

çalışılacaktır.

1.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Christian Gronroos bir hizmetin toplam kalitesini etkileyen üç önemli boyut olduğunu belirtmektedir. Söz konusu boyutlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite, ve firma imaj boyutlarıdır. Teknik kalite; hizmet sunumu süreçlerinde müşterinin “ne” aldığı ile ilgilidir (örneğin müşterin trene binip yolculuk yapması veya bir müşterinin bir otel odasını tutması). Örneklerde olduğu gibi tüketicilerin “ne” aldıkları, teknik sonuçlardır, buna hizmetin teknik kalite boyutu da denilebilir (Gronroos, 1984; 36-44):

Gronroos’a göre tüketiciler teknik kaliteyi daha objektif bir şekilde değerlendirme şansına sahiptir. Hizmet üretimi tüketicilerle etkileşim halinde sunulduğunda, sadece teknik kalite boyutu, tüketicilerin söz konusu hizmetlerle ilgili algıladıkları toplam kaliteyi göstermeyecektir. Başka bir deyişle tüketiciler üretim sürecinin sonuçları yanında, sürecin kendisi ile de ilgilenirler. Tüketicilerin hizmeti veya teknik kaliteyi “nasıl” aldığı da önemlidir. Hizmet kalitesinin bu boyutu ise fonksiyonel kalite boyutu olarak adlandırılabilir.

Bu yaklaşımda teknik kalite, tüketicilerin “ne” aldığı bir sonucuysen, fonksiyonel kalite söz konusu hizmetin tüketiciler tarafından nasıl alındığının bir cevabıdır. Ancak burada önemli olan konu, fonksiyonel kalitenin, tüketiciler tarafından objektif olarak değerlendirilememesidir. Başka bir deyişle, fonksiyonel kalite müşteriler tarafından çok sübjektif bir şekilde algılanır ve teknik kalite gibi kolayca değerlendirilemez. Algılanan hizmet, tüketici bakış açısı ile, bir kısmı teknik, bir kısmı fonksiyonel olan hizmet boyutları paketinin bir sonucudur. Algılanan hizmet kalitesi ise, tüketicilerin bekledikleri hizmet ile algıladıkları hizmeti karşılaştırma esasına dayanır. Hizmet kalitesinin bir diğer boyutu olan firma imajı, hizmet üreten firmanın tüketiciler tarafından nasıl algılandığının bir sonucudur. Müşterilerin beklentileri, hizmet aldıkları firma ile ilgili olan düşüncelerinden etkilenecektir. Bu anlamda firmanın hizmetlerinin tüketiciler tarafından nasıl görüldüğü ve algılandığı önemlidir. Firma, hizmetlerinin teknik ve fonksiyonel kalitesini birlikte inşa ederek, imajını istenen duruma getirebilir. Öte yandan firmanın imajı, geleneksel pazarlama faaliyetleri (reklam, fiyat düzenlemeleri vs.) ve dış faktörlerden de (gelenekler, ideoloji, kulaktan kulağa iletişim vs) etkilenmektedir. Örneğin çok iyi imajı olan bir restorana giden müşteri, yediği yemeğin kaliteli olmaması durumunda bile onu kaliteli olarak algılayabilir. Ancak yemeğin üst üste kötü olması durumunda müşteri açısından firmanın imajı değişebilecektir. Bununla birlikte söz konusu etkilenme, teknik ve fonksiyonel kalitenin firma imajı üstündeki etkisi kadar önemli değildir.

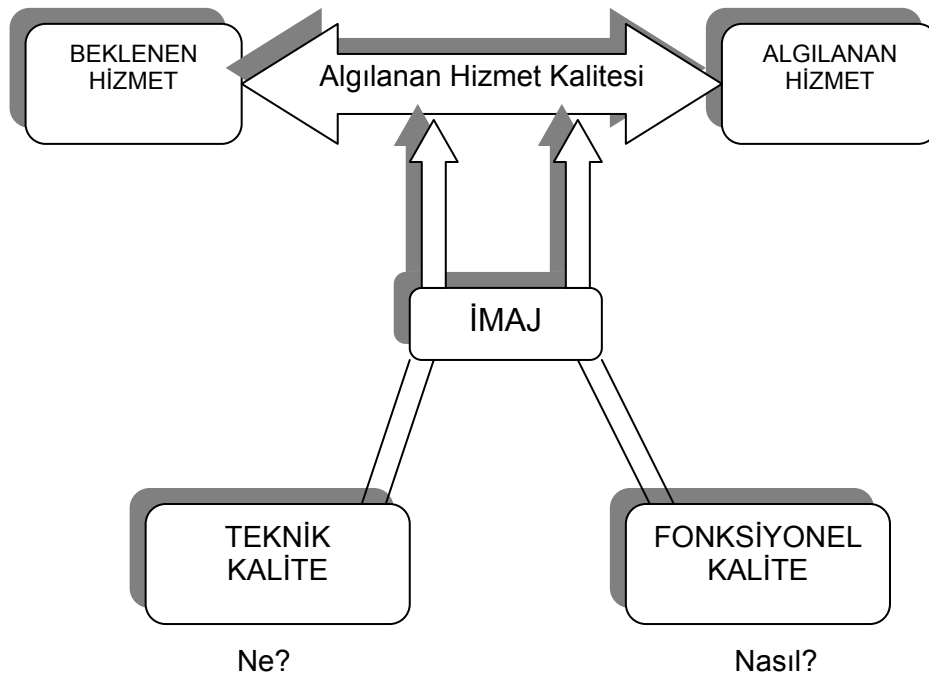
Gronroos’a göre fonksiyonel kalite, algılanan hizmetin çok önemli bir boyutudur ve bazı durumlarda teknik kalite boyutundan daha önemlidir. Başarılı bir hizmet yönetimi, hizmetlerin fonksiyonel kalitesini artırmaya ilgi göstermelidir. Çünkü fonksiyonel kalite yaratma, güçlü bir pazarlama fonksiyonudur ve geleneksel pazarlama faaliyetlerinden daha önemli olabilir. Algılanan hizmet kalitesinin yönetimi; beklenen ve algılanan hizmetin eşleştirilmesi, dolayısıyla müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır. Bu anlamda beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki açığı en düşük düzeyde tutmak için iki noktaya dikkat edilmelidir:

- Geleneksel pazarlama faaliyetleri yöntemleriyle müşterilere vaat edilenler

inanılmaz olmamalıdır.

- Yöneticiler teknik ve fonksiyonel kalitenin nasıl etkilendiğini ve bu kalite boyutlarının müşteriler tarafından nasıl algılandığını anlamalıdır.

Hizmet işletmelerinde müşteri ile doğrudan ilişkide bulunan personelin fonksiyonel kalite üzerinde yaşamsal bir önemi vardır. Aynı şekilde fiziksel kaynaklar, teknik kaynaklar, firmanın hizmetlerine ulaşılabilirlik, müşterilerle sürekli iletişim ve müşteri odaklı self servis sistemleri gibi faktörlerde de fonksiyonel kaliteyi etkileyecektir. Öte yandan Gronroos, iyi teknik çözümler, çalışanların teknik yeterlilikleri, makinelerin uygun kullanımı ve bilgisayar tabanlı sistemlerle teknik kalite arttırılabileceğini öne sürmektedir. Şekil-1' de görüldüğü gibi firmanın imajı teknik ve fonksiyonel kalitenin bir sonucudur. Bu nedenle firma imajının yükseltilmesi ve dolayısıyla hizmetin toplam kalitesinin yükseltilmesi için teknik ve fonksiyonel kalitenin bir arada değerlendirilmesi gerekmektedir.



Şekil-1: Gronroos' un Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak:(Gronroos, 1984; 40)

Lehtinen ve Lehtinen'nin araştırmalarında hizmet kalitesinin üç ayrı boyut altında incelendiği görülmektedir. Söz konusu boyutlar; fiziksel kalite (physical quality), firma kalitesi (corporate quality) ve etkileşim kalitesidir (interactive quality). Binalar, tesisler ve donanım gibi faktörler fiziksel kaliteyi etkilemektedir. Firma kalitesi ise, şirketin profilini ya da imajını yansıtmaktadır. Firma kalitesi, müşterilerin ve potansiyel müşterilerin şirket ya da firmayı kamuoyunda yarattığı imaj açısından değerlendirmelerinin bir sonucudur. Bir diğer hizmet kalitesi boyutu olan etkileşim kalitesi, müşteriyle ilişkide bulunan personel ile firma müşterilerinin ilişkileri sonucu oluşur. Hizmetin türüne göre etkileşim kalitesi, müşterilerle hizmet veren personel arasında meydana gelebileceği gibi, müşteri ile diğer müşteriler arasında da oluşabilmektedir. Örneğin bir restoranda diğer masadaki müşterilerin gürültülü konuşmaları veya rahatsız edici davranışları sunulan hizmetin kalitesinin daha düşük algılanmasına neden olabilmektedir

(Uyguç, 1998; 37-38 ; Parasuraman vd., 1985; 42 ; Öztürk, 1996; 71 ; Ghobadian vd., 1994; 51 ; Tütüncü, 2001; 54).

Sasser; Olsen ve Wyckoff hizmet performansının, materyal düzeyi, imkanlar ve personel olmak üzere üç farklı boyutu olduğunu belirtmektedir (Parasuraman vd., 1985; 42-43). Söz konusu boyutlardan materyal düzeyi, hizmet üretiminde kullanılan materyallerin niteliklerini ifade etmektedir. İmkanlar ise, hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer ile araç gereç gibi teknik olanakları ifade etmektedir. Başka bir boyut olan personel ise, hizmet veren personelin tutum ve davranışlarını kapsamaktadır (Uyguç, 1998; 36).

Jarmo Lehtinen hizmet kalitesini “süreç kalitesi” ve “çıktı kalitesi” olarak iki boyutta değerlendirmektedir. Hizmetin süreç kalitesi, müşteri tarafından hizmet sunumu sırasında değerlendirilen kalitedir. Başka bir ifade ile süreç kalitesi, müşterinin hizmet üretimine katılımının niteliksel bir değerlendirmesi olup, onun kişisel ve öznel yargılarını kapsamaktadır. Hizmetin çıktı kalitesi ise, hizmet sunumundan sonra müşterinin, üretim sürecinin sonucu ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan kalitedir. Örneğin bir kuaförün saç kesimi sırasındaki sohbeti ve görülen yeteneği süreç kalitesini, saç kesimi sonunda saçın kesimi ve görüntüsü ise çıktı kalitesini ifade etmektedir (Öztürk, 1996; 71 ; Uyguç, 1998; 38).

Parasuraman ve arkadaşları tüm hizmet sektörleri için geçerli olabilecek 5 hizmet kalitesi boyutunun olduğunu öne sürmektedir. Söz konusu boyutlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarıdır. Hizmet kalitesi boyutlarını ayrıntılı bir şekilde açıklayan Parasuraman ve arkadaşlarının çalışmalarına çalışmanın ikinci bölümünde geniş yer verileceğinden, burada kısaca değinilmiştir.

2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE VE MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle hekim-hasta ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içerdiği görülmektedir.

Hammurabi kanunlarının 215-220 maddeleri arasında yer alan bir maddesinde, “eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır, ya da apsesini açıp iyileştirirse, bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse ona 10 gümüş şekel (16.37 gramlık gümüş para) verilecektir” denilmekte, bir başka maddesinde ise, “ eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adama derin bir kesik yapıp ölümüne neden olursa, ya da gözünü kör ederse, cerrahın sağ eli kesilecektir” denilmektedir (Eren, 1996; s.12-13).

Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD’de her yıl yaklaşık seksen bin kişinin tıbbi özensizlik/dikkatsizlik sonucu öldüğü tespit edilmiştir. Öte yandan sağlık işletmelerinde kötü bakımın parasal maliyeti de çok yüksektir (Brashier vd., 1996; 31).

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olabileceği düşüncesi, sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır. Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında sağlık işletmelerinde kalite olgusunun daha iyi anlaşılabilmesi için, öncelikle sağlık işletmelerinde müşteri ve müşteri tatmini konularına yer verilecektir.

2.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı

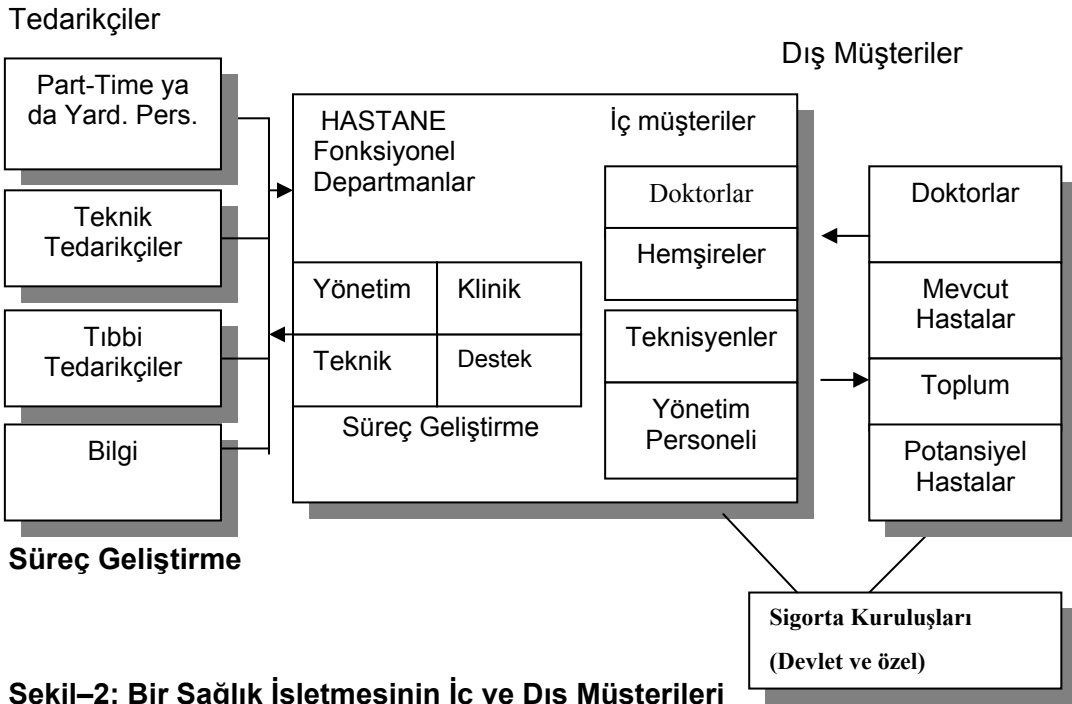
Rekabet ortamında kaliteyi kuruluşun yöneticileri veya kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirler. Bu nedenle müşterilerin kim olduğunun belirlenip, müşteri gereksinimlerinin etkin bir biçimde karşılanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gerekir (Dicle, 2000; 15).

Müşteri kavramını genel olarak, “bir mal veya hizmeti satın alan kişi” olarak tanımlanabilir. Gerek imalat işletmelerinde, gerekse de hizmet işletmelerinde, iç müşteriler ve dış müşteriler olmak üzere iki farklı müşteri grubu bulunmaktadır (Besterfield vd, 1999; 49).

Sağlık işletmelerinin yapısal açıdan çok karmaşık olması, müşterilerinin de karmaşık olmasını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık işletmeleri müşterilerinin oldukça heterojen bir yapıya sahip olduğu söylenebilir (Boonekamp, 1994; 14). 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 (Kavuncubaşı, 2000; 292-293).

Sağlık işletmelerinin müşterilerini de, diğer bir çok organizasyonda olduğu gibi, iç ve dış müşteriler olarak iki grupta toplamak mümkündür (Omachonu, 1991; 31-39 ; Rakich vd., 1992; 409 ; Macintyre ve Kleman; 1994; 103-104 ; Kavuncubaşı, 2000; 292). Sağlık işletmesinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan kişi veya gruplar iç müşterileri oluşturmaktadır. Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar ise sağlık işletmesinin dış müşterileridir. Sağlık işletmelerinde hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanır ve aynı zamanda büyük bir dış müşteri grubunu oluşturur. Hasta yakınları ve çevresi, refakatçılar, ziyaretçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri (third-party payers), tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, çamaşırhane işletmeleri, çiçek satıcıları, müteahhitler, devlet ve toplum sağlık işletmelerinin diğer dış müşterilerine örnek olarak verilebilir. Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuvar teknisyeni, ev idarecisi vb.), sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar vb.), üst ve orta kademe yöneticileri, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık işletmelerinin iç müşterilerini oluşturmaktadır. Diğer taraftan, part-time çalışan doktorlar, sağlık işletmesinin hem iç müşterisi hem de dış müşterisi olabilmektedir.

Günümüzün kaliteye bakış açısı müşteriler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Örneğin “İç müşteri” kavramının yönetime kazandırılması, büyük ölçüde Toplam Kalite Yönetimi’nin prensiplerinden kaynaklanmıştır. Toplam Kalite Yönetimi bakış açısına göre, işletme içindeki birimler birbirlerinden mal veya hizmet alıyorsa birbirlerinin müşterisidirler (Özveren, 1997; 40). Bu yaklaşıma göre, sağlık işletmelerinde de hizmetin uygunluğu, kalite denetimi ve kalite geliştirme bütün kademe ve bütün süreçlerde yönetilmesi gerektiğinden, sağlık işletmesi içindeki birimlerin çıktıları da müşteri olarak kabul edilir (Rakich vd., 1992; 408). Bu anlamda sağlık işletmelerindeki birimler fonksiyonel ilişkiler nedeniyle birbirlerinin müşterisi olabilmektedirler. Örneğin hemşirelik servisi, ilaç kullanımı nedeniyle eczanenin, hastaların diyeti ile ilgilendiği için de beslenme biriminin müşterisi olabilmektedir. Aynı şekilde doktorlar da tanı için test istedikleri birimlerin (laboratuvar, röntgen vb.) müşterisidir. Yoğun bakım servisi acil servisin, sigorta şirketleri faturalama birimlerinin müşterisi olabilirken, sağlık işletmesinin tüm departmanları yönetimin müşterisi olabilmektedir. Bir sağlık işletmelerinin iç ve dış müşterilerine örnekler aşağıdaki şekilde verilmiştir.



Şekil-2: Bir Sağlık İşletmesinin İç ve Dış Müşterileri

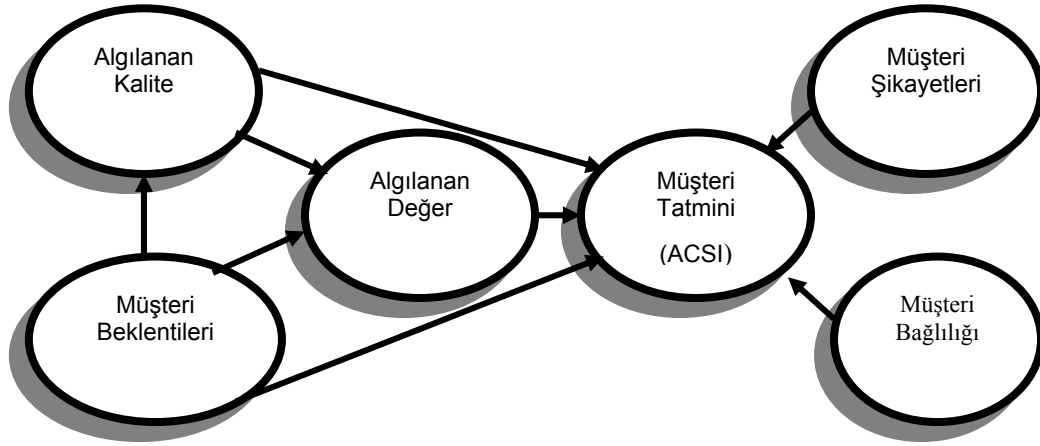
Kaynak:(Rakich vd., 1992; 409)

2.2. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tatmini ve Önemi

Tatmin olgusu, “müşterinin seçtiği alternatifin en azından beklentilerini karşılayacağı veya aşacağı şeklinde satın alma öncesindeki değerlendirmesi “ olarak tanımlanabilir. Tatminsizlik de negatif olarak onaylanan beklentilerin sonucudur (Tek, 1999, 216). Başka bir ifade ile tatmin, bir ürün ya da hizmet ile ilgili olarak satın alma eyleminden önceki beklenti çerçevesinde satın alma eyleminden sonra yaşanan deneyimin tatmin edici olması durumudur. Öte yandan tatmin olgusunun ortaya çıkışından önceki ve sonraki ilişkileri kesin çizgileri ile anlayabilmek açısından bir tatmin modelinden yararlanmak büyük ölçüde yardımcı olabilir (Vavra, 1999; 51).

Müşteri tatmini ölçüm metodolojilerinden birisi de Glaes Fornell ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Daha önce İsveç’ de uygulanmış olan İsveç Müşteri Tatmini Barometresi’nin de (Swedish Customer Satisfaction Barometer- SCSSB) mimarı olan Fornell, Michigan Üniversitesi İş İdaresi Okulu Ulusal Araştırma Merkezi ile, Amerikan Kalite Kontrol Derneği arasındaki ortak proje ile Amerikan Müşteri Tatmini Endeksini (American Customer Satisfaction Index-ACSI) geliştirmiştir (Wallance ve Kanji, 2000; 882-893 ; Vavra, 1999; 39-40).

Şekil–3’ de görüldüğü gibi ACSI tatmin modelinde tatmin olgusu, algılanan kalite, beklentiler ve algılanan değer unsurlarının sonucu olarak oluşmaktadır. Fornell ayrıca tatminin müşteri bağlılığı ve müşteri şikayetlerini de etkilediğini öne sürmektedir.



Şekil-3: ACSI Müşteri Tatmini Modeli

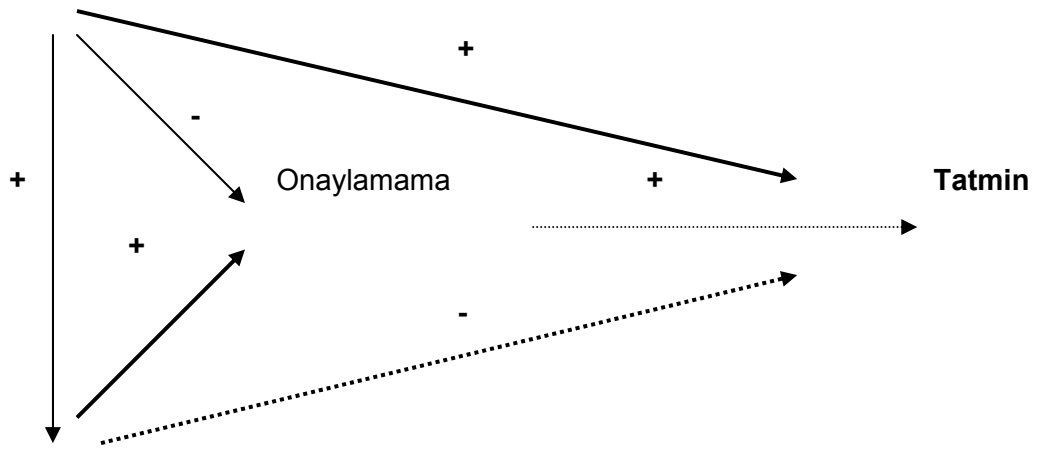
Kaynak : (Wallance ve Kanji, 2000; 893)

Beklentiler, müşterinin kullanacağı ürün performansına yönelik tahmin ve inançlarıdır (Özer, 1999; 163). Bir başka tanıma göre beklentiler, müşterilerin bir ürünün ya da hizmetin özelliklerine ilişkin ya da gelecekteki bir zamanda tercih etmesi konusundaki inançlarıdır (Vavra, 1999; 55). Beklentiler önceki deneyimlerden etkilenir. Örneğin müşteri beklentileri satıcılardan, arkadaşlardan ve diğer bilgi kaynaklarından elde ettiği bilgilere göre oluşabilmektedir (Tek, 1999; 216). Müşterilerin önceki deneyimlerinden elde ettiği tatmin düzeyi yükseldikçe, gelecekteki performansa yönelik beklentilerin de yüksek olacağına inanılmaktadır. Bu duruma genellikle “çıtayı yükseltmek” denir ve bize müşterileri tatmin etmenin neden hiçbir zaman kolay olmayacağını açıklar (Vavra, 1999; 55).

Müşteri tatmininin oluşumu ve tatmini etkileyen faktörler hakkında literatürde birbirinden farklı kuramlar geliştirilmiştir. Söz konusu kuramlar; Beklentinin Onaylanmaması (expectancy disconfirmation), Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki) (cognitive or cognitive dissonance), Benzeşim (assimilation), Benzeşim –Karşıtlık (assimilation-contrast), Denkserlik (equity), Atfetme (attribution), Kıyaslama (karşılaştırma) Düzeyi (comparison level) ve Uyumlaştırma (adaptation level) Kuramlarıdır. Ancak bu alanda en çok kabul gören kuram; Beklentinin Onaylanmaması Kuramı’dır (Özer, 1999; 163).

Richard Oliver'in Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'na göre, müşteriler satınalma ve kullanma öncesinde, ürünün kullanım anında göstereceği performansa yönelik beklentilere girerler. Burada beklenen sonuç tatmindir. Söz konusu kurama göre, müşteri satınalma eylemine beklentileriyle girmekte ve satınalma veya kullanma sonucunda algıladığı performans ile satınalma öncesindeki beklediği ürün performansını kıyaslamaktadır. Kıyaslama sonucunda her iki performans birbirine eşitse onaylama gerçekleşmektedir. Algılanan ürün performansı, beklentilerden daha büyük olduğunda pozitif, küçük olduğunda ise negatif onaylamama gerçekleşmektedir. Şekil-4'te görüldüğü gibi, onaylamama tatmin öncesinde oluşmaktadır. Oliver, tatmin yargılarının beklentiler ve beklentilerle algılanan performans kıyaslaması sonucu oluşan onaylamamanın bir fonksiyonu olduğunu savunmaktadır. Onaylama ve pozitif onaylamama tatmin, negatif onaylamama ise tatminsizlik şeklinde duygusal tepkilere neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ürünün performansı, beklenenden daha iyi, aynı ve çok daha kötü çıkabilir (Özer, 1999; 163 ; Tek, 1999; 216 ; Vavra, 1999; 55-56).

Beklentiler



Algılanan Performans

Şekil-4: Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'nda Tatminin Oluşum Süreci

(Kaynak:Özer, 1999; 164)

Sağlık işletmelerinde de hizmet kalitesini değerlendirmede hasta beklentileri ve tatmini arasındaki ilişki önemlidir. Bu nedenle hasta tatminini ölçme, değerlendirme ve geliştirme ihtiyacı 90'lı yılların önemli araştırma konusu haline gelmiştir.

Sağlık bakım işletmelerinin pazarlama ve rekabet gücü kazanabilmeleri ve bunu korumaları için hasta tatmini önemli bir unsurdur. Ancak hasta tatminini sadece ölçmek yeterli değildir. Sağlık bakım kalitesini geliştirmek için bu ölçümün göstergelerinden yararlanmak gerekmektedir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları bağımsız bir aktivite olarak düşünülmemeli, sağlık işletmesinin genel performansını arttırmak yönünde kullanılmalıdır (Finkel, 1997; 12-15)

Amerika'da ürün ve hizmet kalitesinin düşüşü karşısında harekete geçme gereği duyan Amerikan Kongresi, 1987 yılında çıkardığı bir yasa ile, Japonların Deming ödülü örnek alınarak, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülünü oluşturmuştur. Bu ödül, A.B.D' de işletmelerin kalite geliştirme ve mükemmel performansa ulaşmada gösterdikleri üstün başarının, ulusal düzeyde tanınması

amacıyla verilmektedir. Günümüzde Toplam Kalite Yönetimi anlayışını benimseyen kuruluşlarda müşteri tatmini, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite ödülü ile “meşruluk” kazanmış durumdadır. İşletmeler hizmet ve ürün sunma kalitesinin kontrolü amacıyla, müşteri tatminini bir kriter olarak kullanmaktadır. Başka bir deyişle müşteriye sunulan ürün/hizmetlerin ve bunlara eşlik eden hizmet verme yöntemlerinin gerçek kalitesinin saptanmasında müşteri tatmini başı çeken bir kriter durumundadır (Vavra, 1999; 22).

Malcolm Baldrige Ödülü dokümantasyonu işletmeleri 7 ayrı kategoride, toplam 1000 puan üzerinden değerlendirmektedir. Tablo-1’deki sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili Baldrige Ödülü kriterleri incelendiğinde, gibi hasta ve diğer müşteri tatmini sonuçları kriterleri için yüksek puanın belirlendiği görülmektedir. 2001 yılı sağlık hizmetleri ile ilgili Malcolm Baldrige Ödülü kriterleri ve kriterlere ait puanlar Tablo-1’de gösterilmiştir:

Tablo–1: 2001 yılı Sağlık Bakım Hizmetleri ile İlgili Baldrige Ödülü Kriterleri ve Puan Tablosu

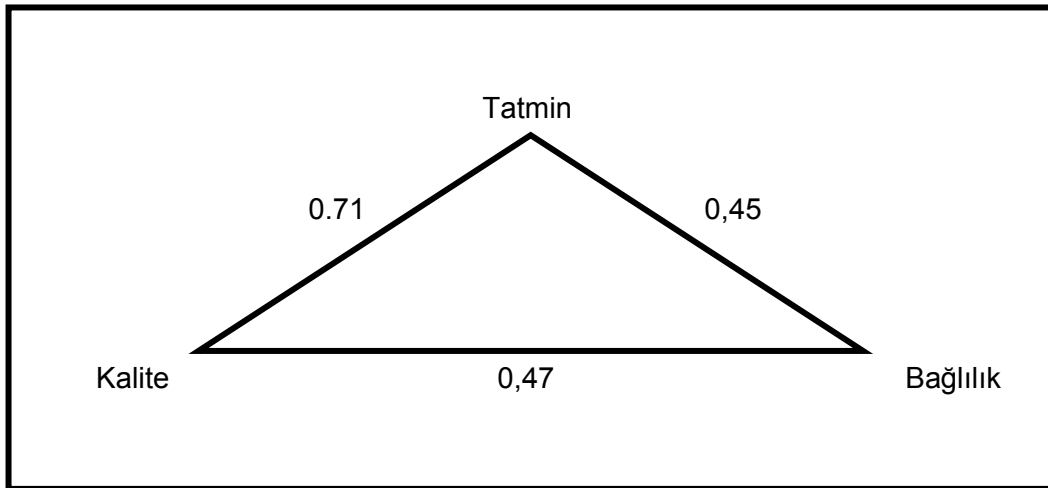
Kategoriler / Maddeler	Puanlar
1.0. Liderlik	120
1.1. Örgütsel Liderlik	75
1.2. Kamusal sorumluluk ve Şirket Vatandaşlığı	45
2.0. Stratejik Planlama	85
2.1. Strateji Geliştirme	40
2.2. Stratejiyi Yayma	45
3.0. Hasta, Diğer Müşteri ve Pazara Odaklanma	85
3.1. Hasta/Müşteri ve Sağlık Bakımı Pazar Bilgisi	40
3.2. Hasta/Müşteri ilişkileri ve Tatmin	45
4.0 . Bilgi ve Analiz	90
4.1. Ölçüm ve Örgütsel Performansın Analizi	50
4.2. Bilgi Yönetimi	40
5.0. Çalışanlara Odaklanma	85
5.1. İş Sistemleri	35
5.2. Çalışanların Eğitimi ve Geliştirilmesi	25
5.3. Çalışanların İyiliği ve Tatmini	25
6.0 Süreç Yönetimi	85
6.1. Sağlık Bakımı Hizmet Süreçleri	45
6.2. İş Süreçleri	25
6.3. Destek Süreçleri	15
7.0. Örgütsel Performans Sonuçları	450
7.1. Hasta ve Diğer Müşteri Tatmini Sonuçları	125
7.2. Finans ve Pazarlama Sonuçları	125
7.3. Çalışanların ve İş Sisteminin Sonuçları	80
7.4. Örgütsel Etkililik Sonuçları	120
TOPLAM PUAN	1000

Kaynak:(<http://www.qualitytoday.com/library/bald-top-1.htm>, 2.5.2001)

Hizmet işletmelerinde müşteri beklentilerinin dikkate alınması veya ölçülmesi, işletmenin performansını gözden geçirme ve değerlendirmesi açısından önem taşımaktadır. Ancak Amerika'da Tüketici Hizmetleri Çalışanları tarafından derlenen ve yayınlanan kırk müşteri tatmini araştırmasından yalnızca iki tanesinin beklentilere ilişkin sorular içerdiği ya da beklentileri değerlendirmek gibi bir amaç taşıdığı veya tatmin değerlendirilmesi ile beklentiler arasında bağ kurduğu görülmektedir (Vavra, 1999; 55-56).

1970'li yılların ortalarına kadar sağlık işletmelerinin rekabet içinde oldukları düşüncesi yoktu. Oysa günümüzde rekabet "oyunun adı" olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmeti pazarlama uzmanları bu günün rekabet ortamı ile çeşitli nedenler öne sürmektedir. Bazı araştırmacılar sağlık işletmelerinde güçlü bir şekilde ortaya çıkan rekabetin en önemli nedeninin kapasite fazlası olduğunu öne sürerken, bazıları rekabetin asıl kaynağı olarak tüketim eğilimini neden göstermektedir (Arnold,1994;13). Güçlü bir şekilde ortaya çıkan rekabet karşısında sağlık işletmelerinin hasta tatmini ve sonuçlarına önem vermeye başladıkları görülmektedir. Örneğin 1990 yılında Amerika'da ki sağlık işletmelerinin %90'nının hasta tatmini ölçümelerini periyodik olarak kullandıkları tespit edilmiştir (Steiber ve Krowinski, 1990; 37).

Steiber ve Krowinski tarafından yapılan bir araştırmada algılanan kalite, hasta tatmini ve hasta bağlılığı arasındaki ilişki incelenmiştir (Steiber ve Krowinski, 1990; 21). Şekil-5 incelendiğinde özellikle algılanan kalite ve hasta tatmini arasındaki korelasyon katsayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlerden tatmin olan hastaların aynı zamanda sunulan hizmetleri de yüksek kaliteli olarak algıladıkları söylenebilmektedir.



Şekil-5: Algılanan Kalite, Hasta Tatmini ve Hasta Bağlılığı Arasındaki İlişki
Kaynak: (Steiber ve Krowinski, 1990; 21).

Peyrot; Cooper ve Schnapf tarafından yapılan bir araştırmada da hasta tatmini ve hizmet sunucularını başkalarına tavsiye etme isteği, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarıyla ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar, sağlık işletmesinin hizmetleriyle ilgili tıbbi olmayan açılardan yapacakları değişikliklerle, pazarlama faaliyetinin sonucunu artırıp arttıramayacaklarını araştırmışlar ve araştırmalarının sonucunda sağlık işletmesinde tıbbi bakımın teknik kalitesi ve ücreti dışındaki

özelliklerin (örneğin rahatlık, bilgilendirilme, kişiler arası sıcaklık gibi) iyileştirilmesiyle, hasta tatmininin ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye etme isteğinin arttırılabileceğini tespit etmişlerdir (Peyrot vd; 1993; 24-34).

Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı, hasta tatminini ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye edilmesi durumunu etkilemektedir. Bu nedenle hasta tatmini ölçüm sonuçları hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Öte yandan Sağlık işletmelerinin uzun dönemli bir başarı elde etmesinin temel anahtarından birisi de hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında sağlık hizmet kalitesi olgusu ile sağlık işletmelerinde teknik ve fonksiyonel kalite konularına yer verilecektir.

2.3. Sağlık Hizmet Kalitesi

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

Hasta tatmininin odak noktası olan sağlık hizmet kalitesi konusunda yapılan araştırmalar, yalnız hasta tatmini odaklı hizmetlerde hastanın medikal ihtiyaçlarının arka plana atılabildiğini, ya da salt medikal ihtiyaçların karşılanması odaklı hizmetlerde hasta istek ve beklentileri ihmal edilebileceğini göstermektedir (Engiz, 1997;65). Bu anlamda sağlık işletmelerinin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun tanı ve tedavi prosedürleri uygulaması, diğer taraftan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerini göz ardı etmemesi gerekmektedir.

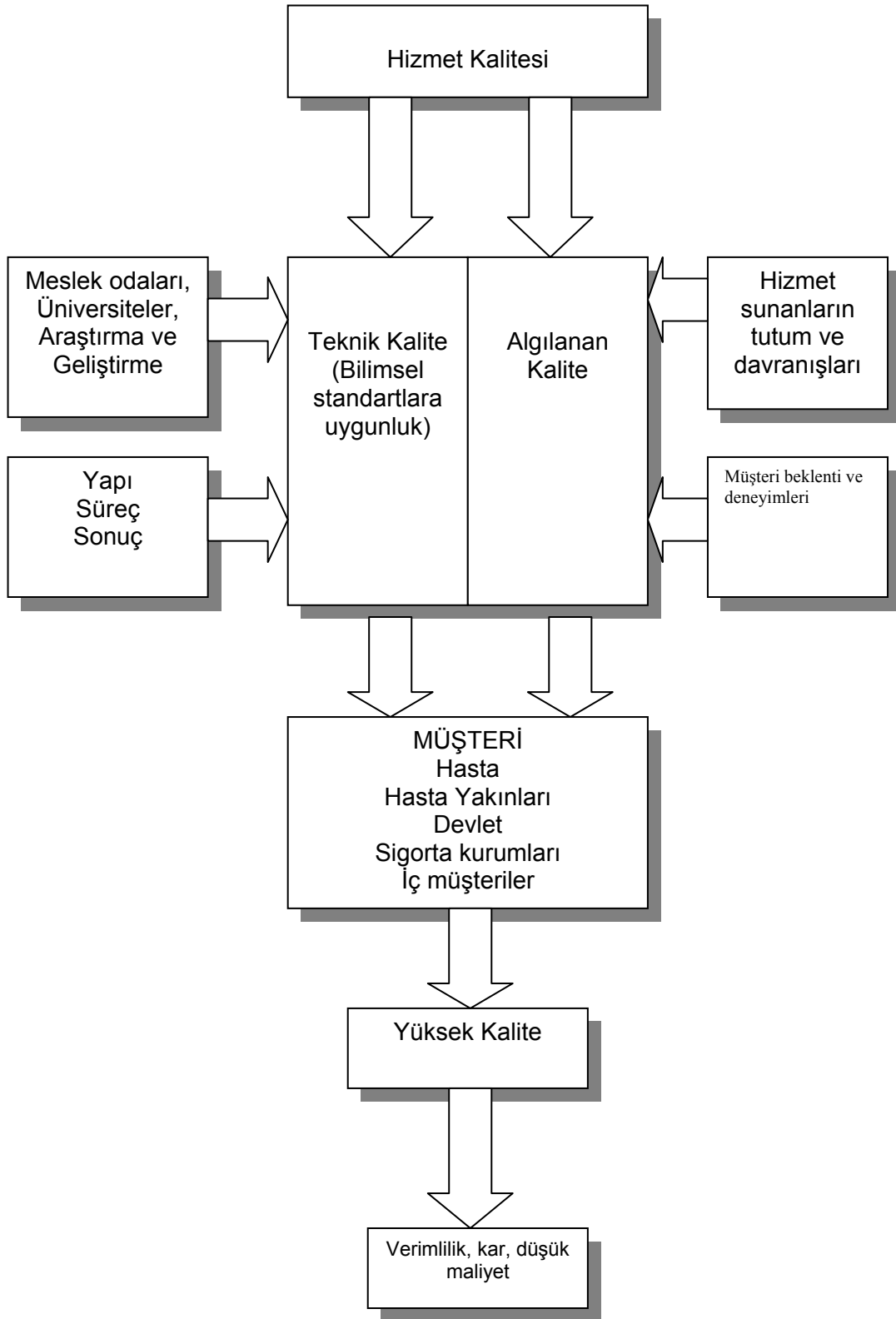
Günümüzde sağlık hizmet kalitesi konusunda henüz kesin bir tanımlamaya ulaşılamamasına rağmen, tartışmalarda hizmeti alanların sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularında odaklandığı belirtilmektedir (Özsarı, 1997; 9).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşıması gereken özellikleri belirtilmiştir (Özgen, 1995; 49). Sözü edilen rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın;

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlaması,
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,

- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu yaklaşım verilen sağlık hizmetinin teknik kalite boyutudur. Bu açıdan sağlık hizmet kalitesi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesidir. Ancak hizmet alanların sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumu da (ne kadar bilimsel olursa olsun) kalite hedefini gerçekleştirmede yetersiz olacaktır. Omachonu tarafından gerçekleştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 270). Şekil-6'daki söz konusu yaklaşım incelendiğinde sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ve dolayısıyla gelir artışına ve verimliliğe ulaşmada "teknik kalite" ve müşteri bakış açısını yansıtan "algılanan kalitenin" birlikte ele alındığı görülmektedir.



Şekil-6: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri
Kaynak:(Kavuncubaşı, 2000; 271)

2.4. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Fonksiyonel Kalite

Sağlık bakım hizmetlerinde hastaların, gerek hizmet sunumu sırasında, gerekse de hizmet sunumundan sonra hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür (Asubonteng vd., 1996; 63-64). Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, daha çok sağlık bakım personelinin bakış açısı içersinde kalmaktadır. Çünkü bu bilgiler tüketici toplumu tarafından bilinmemektedir (Bopp, 1990; 6-15). Başka bir deyişle sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabileceği için, teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar verme şansına sahip olmayabilir veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir (Yerebakan, 2000; 47).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanıması veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık işletmesinde ortalama yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır (Mangold ve Babakus; 1991; 59-70 ; Berwick, 1988 ; 253-261 ; Lytle ; Mowka, 4-14 ; Tmes ve Peng, 1995; 26).

Sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, temel olarak tanı ve süreçteki doğruluk olarak tanımlanabilir. Örneğin ülkemizde sağlık bakanlığının sağlık işletmelerini denetlemede dikkate aldığı özellikler, sağlık hizmetlerinin teknik çıktıları ile ilgilidir. Bu anlamda sağlık işletmelerinde teknik kalite daha objektif olduğundan tanımlanması ve ölçülmesi daha kolaydır. Diğer taraftan hastaların sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlere yönelik kalite algısı daha sübjektiftir, dolayısıyla hastadan hastaya değişiklik gösterir (Karafakıoğlu, 1998; 115). Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde sadece teknik kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık işletmesinin genel performansını yansıtmayacaktır. Sağlık işletmelerinde yüksek kaliteye ulaşmada gerekli bir diğer kriter de sağlık işletmesinin fonksiyonel kalitesidir. Çünkü yapılan araştırmalar fonksiyonel kalitenin hastaların kalite algısını etkileyen birincil değişken olduğunu göstermektedir.

Deming bir hastane işletmesinin aşağıda sıralanan performans karakteristikleri için oluşturulacak bir akış şeması veya dağıtım tablosu yardımıyla, yönetimin söz konusu hastane işletmesinde nerelerde yardıma ihtiyaç olduğunu ve sistemdeki değişikliklerin başarılı olup olmadığının anlaşılmasını sağlayacağını ifade etmektedir (Deming, 1994; 203-205):

- Laboratuvar sonuçlarını hasta takip çizelgelerine aktarmadaki gecikmeler,
- Hastalara yanlış dozda ilaç verilmesi,
- Hastalara yanlış ilaç verilmesi,
- İlacın yanlış verilmesi,
- İlaçla tedavi sırasında hastaların yeterince gözlenmemesi,
- Hastalara verilen ilaçlara gösterilen toksik tepki sayısı,
- Doktor tarafından istenen ama yapılmayan laboratuvar testi sayısı,
- Eksik tutulan tıbbi kayıt sayısı,
- Gereksiz cerrahi müdahale sayısı,

- Toplam cerrahi müdahale sayısı,
- Cerrahi müdahale sonrası komplikasyon sayısı,
- Toplam ölüm oranı,
- Cerrahide ölüm oranı,
- Acil servisteki ölüm oranı,
- Türlerine göre cerrahi müdahale sayısı,
- Yapılan kan nakli sayısı,
- Kan torbası üzerindeki yazının zor okunması ve kanın yanlış hastaya verilmesi nedenlerinden dolayı meydana gelen kan nakli tepkisi sayısı,
- Cerrahi müdahale öncesi ve sonrası durumun birbirini tutmaması,
- Laboratuvarlarda meydana gelen yangınlar, kimyasal maddelerin kaza ile dökülmesi ve diğer kazalar,
- Deney amaçlı ilaç kullanımı,
- Hastalardan gelen şikayetler,
- Ortalama hastanede yatış süresi,
- Çeşitli nedenlerle tecrit edilen hasta sayısı,
- İstenen röntgen sayısı,
- İstenen laboratuvar testi sayısı,
- Radyasyon prosedürü sayısı,
- EEG ve EKG sayısı,
- Hastalarla ilgili okunamayan istek ve rapor sayıları,
- Laboratuvar hataları,
- Laboratuvarlarda yeniden işlem oranı,
- Hastalardan numune alınması ve numunenin laboratuvarlara ulaştırılması arasındaki zaman,
- Numunenin uygun olmayan kap ile alınması ya da yetersiz olması, hasta adının eksik yazılması veya okunaksız bir şekilde yazılması, laboratuvar istek formundaki hasta adı ile kap üzerindeki adın birbirini tutmaması, numune kabının kırık ya da çatlak olması, numunenin laboratuvara gitmesi için gereğinden fazla bekletilmiş olması gibi nedenlerden dolayı kabul edilemez numune sayısı,
- Eksiklikler (parça olarak),
- Fazlalıklar (Parça olarak),
- Bilgisayarların çalışmama süresi ve bu süre uzunluğunun dağılımı,
- Son kullanma tarihi geçmiş kimyasal madde ve ilaç sayısı,
- Fazla çalışma kayıtları; hastalık veya başka nedenlerden dolayı işe gelmemiş personel sayısı.

Görüldüğü gibi Deming'in hastane performansını değerlendirmeye yönelik sıraladığı kriterler somut olarak ölçülebilir niteliktedir. Sağlık işletmeleri yöneticilerinin söz konusu çıktılar üzerinde yoğunlaşması, sağlık işletmesinin başarısı için büyük faydalar sağlayacağı muhakkaktır. Ancak günümüz rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında aynı zamanda hasta beklentilerinin, algılarının ve dolayısıyla hasta bakış açısıyla algılanan hizmet kalitesinin de ölçülmesi ve değerlendirilmesi sağlık işletmesinin başarısında belirleyici rol oynayacaktır.

Amerikan sağlık kuruluşlarını akredite eden ve kendi misyonunu ; toplumun nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamak olarak tanımlayan Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi (Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations -JCAHO), 1951 yılında Amerikan tıp, diş hekimliği ve hastane derneklerinin bir araya gelerek kurdukları bir komisyondur. Bu komisyonun

amacı; hasta bakımı ve tedavisine odaklanan sağlık hizmetlerinin bireysel ve kurumsal performansını değerlendirmektir. JCAHO sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin kalitesini değerlendirmek amacıyla bazı alanlar seçmiştir. Bu alanlar; hasta hakları, sağlık kuruluşunun görev ve kuralları, hastanın muayenesi, teşhisi, tedavisi, bakımı, eğitimi ve sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması, performans iyileştirme, liderlik, tedavi ve bakım ortamının düzenlemesi, insan kaynaklarının yönetimi, enfeksiyonların izlenmesi, kontrol altında tutulması ve önlenmesi, yönetim, tıbbi kadro ve hemşirelik gibi alanlardır (Çoruh, 1998; 1-8). Diğer taraftan JCAHO, hastanelerde hastalara verilen tıbbi hizmetlerin kalitesinden, tıp personelinin uygulama ve etik davranışlarından sorumlu olan, ve bu konularda hastane yönetim kuruluna hesap vermekle yükümlü tutulacak bir tıp hizmetleri organizasyonunun kurulmasını öngörmüştür (Kavuncubaşı, 2000; 109).

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

Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır. Örneğin kliniğimizin camlarını ve yerlerini bir özel temizlik şirketine temizlettikten sonra ne derecede iyi bir iş yaptıklarını kolayca değerlendirebiliriz. Öte yandan hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir (Karafakıoğlu, 1998; 112). Sağlık hizmetlerini satın alanlar hizmet kalitesini değerlendirmek için teknik olmayan özellikleri (örneğin çektikleri acı, süreç için bekleme süresinin uzunluğu gibi) kullanabilir. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği gibi hiç bir teknik uzmanlık da gerektirmemektedir (Peyrot vd; 1993; 24-34).

Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde optimum bir kalite olgusundan söz edebilmek için sunulan hizmetlerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun olması, diğer taraftan da hizmetlerin hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir.

Kitabın bundan sonraki kısmında hizmet işletmelerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde hizmet kalitesini ayrıntılı temelde açıklayan “kavramsal hizmet kalitesi modeli” ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik geliştirilen SERVQUAL ölçeğinden söz edilecektir.

3. HİZMET KALİTESİ MODELİ VE SERVQUAL ÖLÇEĞİ

Parasuraman; Zeithaml ve Berry hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir bakış açısı getirebilmek, kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek ve hizmet kalitesi konusunda gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutabilmek için bir dizi çalışmalar yapmışlardır. Araştırmacılara göre mevcut hizmet kalitesi yazınında müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiği, değerlendirmede kullandıkları boyutların hangileri olduğu, boyutların farklı müşteri grupları için değişip değişmediği ve müşterilerin beklentilerini etkileyen faktörlerin neler olduğu

konusunda tatmin edici bilgiler bulunmamaktadır (Zeithaml vd.,1990;16). Bu nedenle araştırmacılar, öncelikle kavramsal bir hizmet kalitesi modelinin geliştirilmesi için gerekli verilere ihtiyaç duymuş, söz konusu verileri toplamak hizmet sektörü yöneticileri ve müşterilerini kapsayan keşfedici araştırmalara (exploratory investigation) girişmişlerdir. Araştırmacılar keşfedici araştırma kapsamında müşterilerle odak grup görüşmeleri, yöneticilerle derinlemesine görüşmeler yaptıkları görülmektedir (Parasuraman vd., 1985; 41-44).

Parasuraman; Zeithaml ve Berry seçilen dört hizmet kategorisinden üçer tane olmak üzere toplam 12 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Grupta bulunanlara aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin veya memnuniyetsizliklerinin nedenleri, ideal hizmeti nasıl tanımladıkları, hizmet kalitesinin onlar için ne ifade ettiği, hizmet kalitesini değerlendirmede önemli olan faktörlerin neler olduğu, hizmetlerden bekledikleri performansın ne olduğu, hizmet kalitesinde fiyatın etkisinin ne olduğu gibi sorular sorulmuş ve bu sorulara yanıtlar aranmıştır (Parasuraman vd.,1985; 44 ; Zeithaml vd., 1990; 17-18).

Araştırmacılar odak grup görüşmeleri sayesinde müşterilerin hizmet kalitesini nasıl değerlendirdikleri, hizmet kalitesinin tanımı, müşteri beklentilerini etkileyen faktörler ve hizmet kalitesinin boyutları konusunda önemli bilgiler elde etmişlerdir. Müşteriler söz konusu hizmetler konusunda geçmiş deneyimlerine dayanarak hizmetlerle beklentilerini, önceliklerini dile getirip, yüksek ve düşük hizmet kalitesi konusunda düşüncelerini aktarmışlardır (Zeithaml vd., 1990; 18-23).

Müşteri görüşmelerinden elde edilen veriler aynı zamanda araştırmacılara algılanan hizmet kalitesini tanımlama olanağı sağlamıştır. Yapılan tartışmalar sonucunda müşterilerin algıladığı hizmet kalitesi “müşteri beklentileri ile algıları arasındaki farklılık ölçüsü “olarak tanımlanmıştır (Zeithaml vd., 1990; 19). Richard Oliver tatminin, beklentilerden elde edilen performansın onaylanmamasının bir fonksiyonu olduğunu öne sürmektedir (Lee vd., 2000; 217-231). Bu nedenle Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesi tanımının ve daha sonra ayrıntı bir şekilde açıklanacak olan hizmet kalitesi ölçüm yönteminin temelinde Oliver’in “beklentilerin onaylanmaması” kuramına dayandığını söylemek mümkündür.

Grup tartışmaları sonucunda elde edilen bilgilerden biride müşteri beklentilerini etkileyen dört temel faktörün olduğu tespit edilmesidir. Araştırmacılara göre sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişimler müşteri beklentilerini etkilemektedir (Zeithaml vd., 1990; 19):

- Sözlü İletişim

Müşterilerin hizmet kalitesi konusunda beklentilerini daha önce hizmeti kullanmış diğer müşterilerinin (komşular ve arkadaşlar vb.) tavsiyelerinden önemli ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir.

- Kişisel İhtiyaçlar

Müşteri beklentilerini etkileyen bir diğer faktör müşterilerin kişisel ihtiyaçlarıdır. Başka bir ifade ile bir müşterinin ihtiyacı beklentilerini önemli ölçüde biçimlendirecektir. Örneğin yapılan grup tartışmalarında kredi kartı hizmet kategorisindeki müşterilerin bir kısmını kredi kartı şirketinin mümkün olan en yüksek kredi limiti sağlaması gerektiğini ifade ederken, diğer müşteriler kredi

limitleri konusunda şirketin daha katı olmasını gerektiğini belirtmişlerdir. Her müşterinin mümkün olan en yüksek kredi limitini tercih etmemesi, kişisel ihtiyaçların beklenti üzerindeki etkisinin önemini ortaya koymaktadır.

- Geçmiş Deneyimler

Müşteri beklentilerini etkileyen bir diğer faktör, müşterilerin hizmetle ilgili geçmiş deneyimleridir. Daha önce hizmetten yararlanan bir müşteri önceden hizmet hakkında daha deneyimli olduğundan, hiç deneyimi olmayan bir müşteriye göre daha düşük bir beklentide olacaktır. Çünkü ilgili hizmeti bir daha alacağı zaman nelerle karşılaşabileceğini bilmektedir.

- Dışsal İletişimler

Araştırmacılar grup tartışmaları sonucunda müşteri beklentilerini etkileyen başka bir faktörün “Dışsal İletişimler “ olduğunu saptamışlardır. Hizmet sunan firma doğrudan ve dolaylı yollarla müşterilerine bir takım mesajlar göndermektedir. Bu mesajlar yazılı medyada ve televizyonda yayımlanan reklamlar, broşürler olabildiği örneğin gibi, bir tamir bakım firmasının temsilcilerinin randevularına zamanında varmasını garanti etmesi, kredi kartı şirketinin kartlarının dünyanın her yerinde kabul edildiği mesajını vermesi de olabilmektedir. Hizmet işletmelerinin müşterilerine gönderdiği mesajların gerçekçi olmaması durumunda müşterilerin sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı düşük olacaktır.

- Hizmet Kalitesinin Boyutları

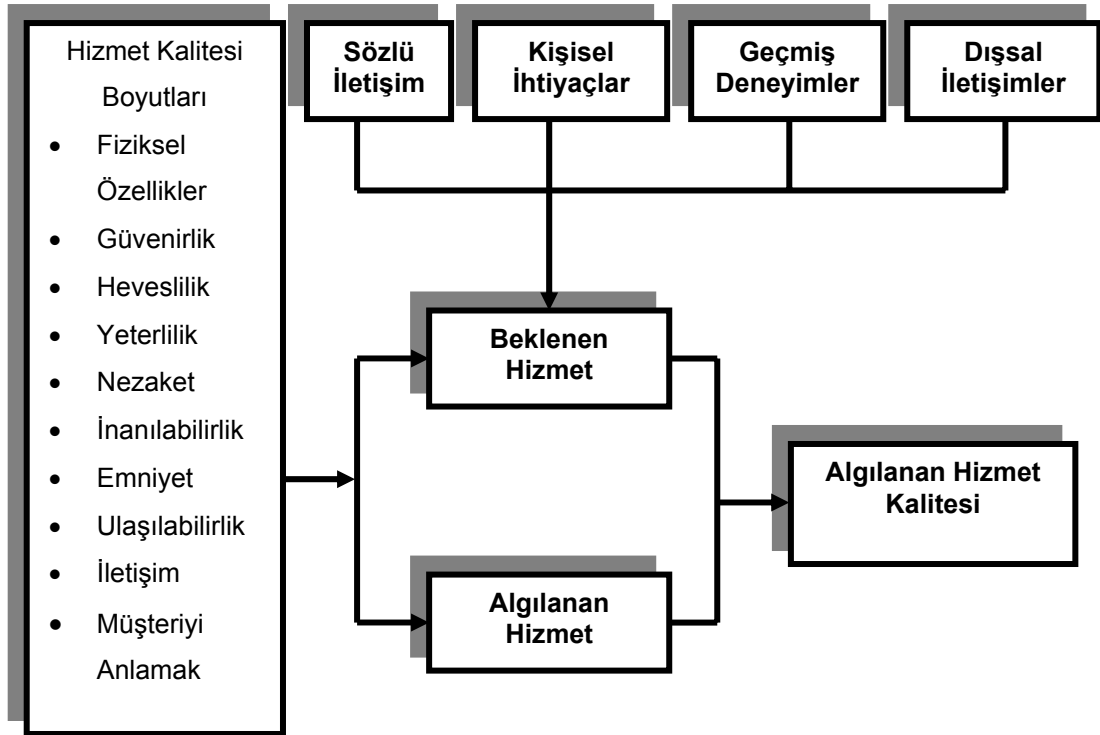
Odak grup görüşmeleri sonucunda elde edilen önemli bilgilerden biri de müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirirken hangi ölçütlerden yararlandıklarının ortaya çıkmasıdır. Grup görüşmeleri sonucunda müşterilerin hizmet kalitesi değerlemede benzer kriterleri kullandıkları ve hizmet kalitesinin on genel boyutu olduğu saptanmıştır. Söz konusu on hizmet kalitesi boyutu aşağıda sıralanmıştır (Parasuraman vd., 1985; 47 ; Zeithaml vd., 1990; 21-22):

Fiziksel Özellikler (Tangibles):	Hizmetin verilmesi sırasında kullanılan bina, araç-gereç, teçhizat ve personelin fiziksel görünümü, hizmetin fiziki simgeleri, hizmet alan ya da bekleyen diğer müşteriler.
Güvenilirlik (Reliability):	Sunulacak hizmeti ilk seferde doğru olarak yerine getirme yeteneği, Hizmetle ilgili kayıtların doğru ve tam tutulması, hizmeti söz verilen zamanda yerine getirebilme.
Heveslilik (Responsiveness):	Personelin hizmeti vermedeki istekliliği, müşterilere hızlı hizmet verme ve yardım konusunda gönüllülük, ödeme veya duyuruların zamanında postalanması, arayan müşterilere hızlı cevap verme,

randevuların çabuk düzenlenmesi.

Yeterlilik (competence):	Hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olma.
Nezaket (courtesy):	Müşterilerle doğrudan iletişimde bulunan personelin kibar, düşünceli, saygılı ve samimi olması.
İnanılabilirlik (credibility):	Hizmeti vermede personelin güvenilir ve dürüst olması, müşterilerin çıkarlarının korunduğunu hissettirilip onların güveninin kazanılması.
Güvenlik (security):	Verilen hizmetler konusunda tehlike, risk ve şüphelerin olmaması.
Ulaşılabilirlik (access):	Hizmete ulaşmak için gerekli fiziki koşulların sağlanması, hizmet sunulana kadar geçen bekleme süresi, sunulacak hizmet için uygun saatler ve yerin seçimi, iletişim araçlarıyla hizmete kolay ulaşılabilirlik.
Anlayış (understanding- knowing the costumer):	:Müşteri ihtiyaçlarını anlamak için çaba sarf etme, düzenli hizmet alan müşterileri tanıma, müşterilerin özel gereksinimlerini anlama.
İletişim (communication):	:Müşteriler arasında kültür ve eğitim farklılıklarının olabileceğini göz önünde bulundurarak, her müşterinin anlayacağı şekilde hizmetin ve maliyetinin açıklanması, müşterileri bilgilendirme, problemlerinin dinlenip çözümünün sağlanması.

Araştırmacılar müşteri görüşmeleri sonunda, müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmelerini şematik hale getirmişlerdir. Müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri Şekil-2.6'da gösterilmiştir. Şekil-7 incelendiğinde, sözlü iletişim, kişisel gereksinimler, müşterilerin geçmiş deneyimleri ve dışsal iletişimlerin müşterilerin beklediği hizmeti etkilediği görülmektedir. Diğer taraftan müşterilerin hizmetlerden beklentileri ve söz konusu hizmetlere yönelik algılarının karşılaştırılmasıyla algılanan hizmet kalitesinin olduğu görülmektedir.



Şekil-7: Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi

Kaynak: (Zeithaml vd., 1990; 23)

Parasuraman; Zeithaml ve Berry derinlemesine yapılacak araştırmalar için dört ayrı hizmet kategorisinden birer şirket seçilmiş (bankacılık, kredi kartı hizmetleri, menkul değerler komisyonculuğu ve tamir bakım hizmeti) ve her şirketten özellikle hizmet kalitesi üzerinde etkisi olacağına inanılan tepe yönetim, pazarlama ve müşteri ilişkileri bölümlerinden üç veya dört yönetici ile görüşülmüştür. Bu yöntemle toplam 14 yöneticinin hizmet kalitesine yönelik bakış açıları tespit edilmeye çalışılmıştır. Örneğin, hizmet kalitesini kontrol etmek için yöneticilerin ne yaptıkları ve yüksek kaliteli hizmet sunmada yöneticilerin hangi güçlüklerle karşılaştıkları konularında sorular sorulmuştur. Ayrıca yöneticilere, hizmet kalitesini değerlendirmede müşterilerin hangi kriterleri kullandıklarına inandıkları ve müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesinin onlar için ne ifade ettiği konularında sorular sorulmuş ve yanıtlar aranmıştır (Zeithaml vd., 1990; 36).

Dört hizmet kategorisinden yöneticilerle yapılan görüşmeler sonucunda, yöneticilerin hizmet kalitesini nasıl algıladıkları ve müşterilerce kaliteli olarak değerlendirilecek bir hizmetin sunulması süreçlerinde yöneticilerin neler yapması gerektiği konularında tartışılmış ve hem hizmet sunan işletmelerin kalite anlayışları ile uygulamaları arasında, hem de müşterilerin hizmetten beklentileri ile yaşadıkları gerçek hizmet arasında bazı boşluklar (gap-farklılık) tespit edilmiştir. Araştırmacılara göre bu boşluklar sunulacak hizmetin müşteriler tarafından yüksek kaliteli olarak algılanmasına engel olacak kadar büyük önem taşımaktadır. Diğer taraftan yönetici görüşmeleri görüşmeler sonucunda ortaya çıkan genel yargılar, hizmet kalitesine yönelik genel bir modelin geliştirilebileceği konusunda araştırmacılara bazı ip uçları vermiştir. Söz konusu boşluklar ve bu boşluklara neden olan faktörler aşağıda belirtilmiştir (Parasuraman vd., 1985; 44-

46 ; Zeithaml vd., 1990; 37-49 ; Uyguç, 1988; 29-32):

- Müşteri Beklentileri ve Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması Arasındaki Boşluk (1. Boşluk)

Birinci boşluk müşteri beklentileri ile yönetimin bu beklentileri algılaması arasındaki boşluktur. Keşfedici araştırmalar kapsamında yapılan araştırmalar sırasında müşterilerle yapılan görüşmelerde, müşterilerce hizmet kalitesi için önemli görülen bazı kalite kriterlerinden, yönetici görüşmeleri sırasında nadiren söz edilmesi ya da hiç söz edilmemesi; müşterilerin hizmetten beklentileri ile yönetimin bu beklentileri algılaması arasında bir boşluk olduğunu araştırmacılara düşündürmüştür. Örneğin, banka ve menkul kıymetler komisyonculuğu müşterileri ile ilgili yapılan tartışmalarda, her banka ve menkul kıymetler komisyonculuğu faaliyetleri için müşterilerin işlemleri süresince ortaya çıkan ve ilgili hizmetler için kalitenin doğal özelliği olan gizlilik ilkesinden, derinlemesine yapılan yönetici görüşmeleri sırasında nadiren söz edilmiştir. Aynı şekilde kredi kartı müşterilerinden oluşturulan müşteri grubunda yapılan tartışmalarda, kredi kartının güvenliği ile ilgili, örneğin kredi kartının başkaları tarafında kullanılma olasılığı tehlikesi dile getirilirken, yapılan yönetici görüşmelerinde bu durumun kritik bir konu olarak değerlendirilmediği görülmüştür. Yine kredi kartı hizmetleri ile ilgili yapılan müşteri görüşmelerinde, müşteriler kredi limitlerinin daha düşük olması ve asgari ödeme tutarının daha yüksek olması gerektiğini dile getirmelerine karşın, yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmelerde yöneticilerin her müşterinin yüksek kredi limitini istemeyebileceğini düşünemediklerini ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde tamir bakım hizmetleriyle ilgili oluşturulan müşteri grubu görüşmelerinde müşteriler, büyük tamir bakım firmalarının her zaman yüksek kalitede hizmet veren firmalar olarak değerlendirilme olasılığının düşük olduğunu, küçük bağımsız tamir bakım firmalarının yüksek kalitede hizmet verebileceğini ifade etmişlerdir. Buna karşın yapılan yönetici görüşmelerinde bir çok yöneticinin bu konudaki yorumu; firmanın büyüklüğünün kalite bağlamında bir güç işareti olduğudur. Bir çok yöneticinin küçük tamir bakım firmalarının da kaliteli hizmet verebileceği gerçekliğinden habersiz olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak birinci boşluğa neden olan faktörleri; yetersiz piyasa araştırması, araştırma bulgularının yetersizliği, yönetim ile müşteriler arasındaki etkileşim eksikliği, işletmede dikey iletişimin eksikliği ve yönetim kademelerinin fazlalığı olarak sıralamak mümkündür.

- Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması İle Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları Arasındaki Boşluk (2. Boşluk)

İkinci boşluk yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile hizmet kalitesi spesifikasyonları arasındadır. Dört hizmet kategorisinden yöneticilerle yapılan görüşmelerde yöneticiler deneyimlerine dayanarak, müşteri beklentilerine denk veya beklentilerini aşma şeklinde hizmet vermenin güçlüğünü ve müşterilerin beklediği hizmeti sunma konusunda kendilerini engelleyen kısıtlılıklardan söz etmişlerdir. Örneğin, tamir bakım firmasının yöneticileri araç arızalarına hızlı cevap vermenin, müşteriler için yüksek kaliteli hizmet sunma anlamına geldiğinin farkındadır. Buna karşın talepteki geniş ölçüdeki dalgalanma ve bu personel yetersizliğinden dolayı, müşteri taleplerine çabuk yanıt verebilecek şekilde kurmanın güçlüğünü de ifade etmişlerdir. Tamir bakım firmasının bir yöneticisi ise, klima ve çim biçme makinesi arızaları ile ilgili en yüksek talebin yaz aylarında gerçekleştiğini, ancak bu aylarda bir çok personelin tatile çıkmak istemesinden

dolayı bu talebin karşılanamadığını belirtmiştir. Sonuç ikinci boşluğa neden olan faktörler; üst yönetimin kaliteye yeterince destek vermemesi, amaçların açık seçik belirlenmemiş olması, yetersiz standartlaşma, kötü planlama ve yöneticilerin müşteri beklentilerinin karşılanamayacağına inanmaları olarak sıralanmaktadır.

- Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları ile Hizmetin Sunumu Arasındaki Boşluk (3. Boşluk)

Bir diğer boşluk hizmet kalitesi spesifikasyonları ile hizmetin sunumu arasında tespit edilmiştir. Hizmet işletmeleri çalışanlarının hepsinden aynı performansı beklemek ve bunu standart haline getirmek her zaman mümkün olmayabilir. Bunun için kalite spesifikasyonları basit olmalı, tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli ve örgüt kültürüne uygun olmalıdır. Hizmet kalitesi spesifikasyonları ile hizmetin sunumu arasındaki boşluğa neden olan faktörler ise; rol belirsizliği, rol çatışması, personelin becerileri ile işi arasındaki uyumsuzluk, uygun olmayan teknoloji kullanımı, kontrol sistemlerinin olmaması, çalışanlar arasında takım ruhunun olmaması, çalışanlarda müşteri bilincinin olmaması ya da yetersiz olması şeklinde sıralanmaktadır. Araştırma kapsamında seçilen dört hizmet kategorisinden dört şirketin yöneticileri ile yapılan tartışmalarda her dört şirketin de yüksek kalitede hizmetlerini sürdürmek için bazı spesifikasyonları olduğu tespit edilmiştir. Örneğin menkul kıymetler komisyonculuğu hizmetlerinde müşteriler tarafından açılan telefonları belli bir zaman içinde cevaplandırmak önemli bir hizmet kalitesi spesifikasyonudur. Aynı şirketin bir standardı da işlemlerde hata payının %1 olmasıdır. Görüşmelerde şirket yöneticileri hizmet performans standartları ile sunulan gerçek hizmet arasındaki boşluğun çeşitli nedenlerinden söz etmiş ve çalışanların performansının farklılığından dolayı mevcut standartlara ve spesifikasyonlara uymada zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yöneticilere hizmet kalitesi problemleri sorulduğunda, öncelikli olarak personelin müşterilerle iletişimin rolünü vurgulamışlardır. Örneğin tamir bakım şirketinden bir yöneticinin hizmet kalitesi problemlerinin kaynağına yönelik verdiği cevap; “her şey bir tek insana bağlı, standart kaliteyi devam ettirmek çok zor” şeklindedir.

- Hizmetin Sunumu ile Dışsal İletişimler Arasındaki Boşluk (4. Boşluk)

Yönetici görüşmelerinde belirlenen bir diğer boşluk, hizmetin sunumu ile dışsal iletişimler arasındadır. Bu boşluk esas olarak hizmet işletmelerinin yazılı medya ve televizyon aracılığıyla kendilerini ifade etmeleri ile sağlanan hizmetin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. İşletmelerin reklamları müşteri beklentilerini etkilemektedir. Reklamlarla müşteriye verilen bilgilerin müşterinin kafasındaki kalite kavramını etkilediği düşünüldüğünde, müşterinin sunulan hizmete yönelik kalite algısının olumlu olabilmesi için, hizmetin reklamlarda ifade edildiği gibi sunulması gerekmektedir. Reklamların gerçekçi olmaması durumunda ise, yüksek beklenti içindeki müşterilerin ilgili hizmetlere yönelik kalite algısı düşük olacaktır. Diğer taraftan işletmede reklam ve üretim departmanları arasındaki iletişim eksikliği, personel yönetimi, pazarlama ve üretim departmanları arasındaki iletişim eksikliği, birimler arasında politika ve prosedürler açısından farklılıklar ve çok fazla vaatte bulunma eğilimi gibi faktörler hizmetin sunumu ile dışsal iletişimler arasındaki boşluğa neden olmaktadır.

- Beklenen Hizmet-Algılanan Hizmet Boşluğu (5. Boşluk)

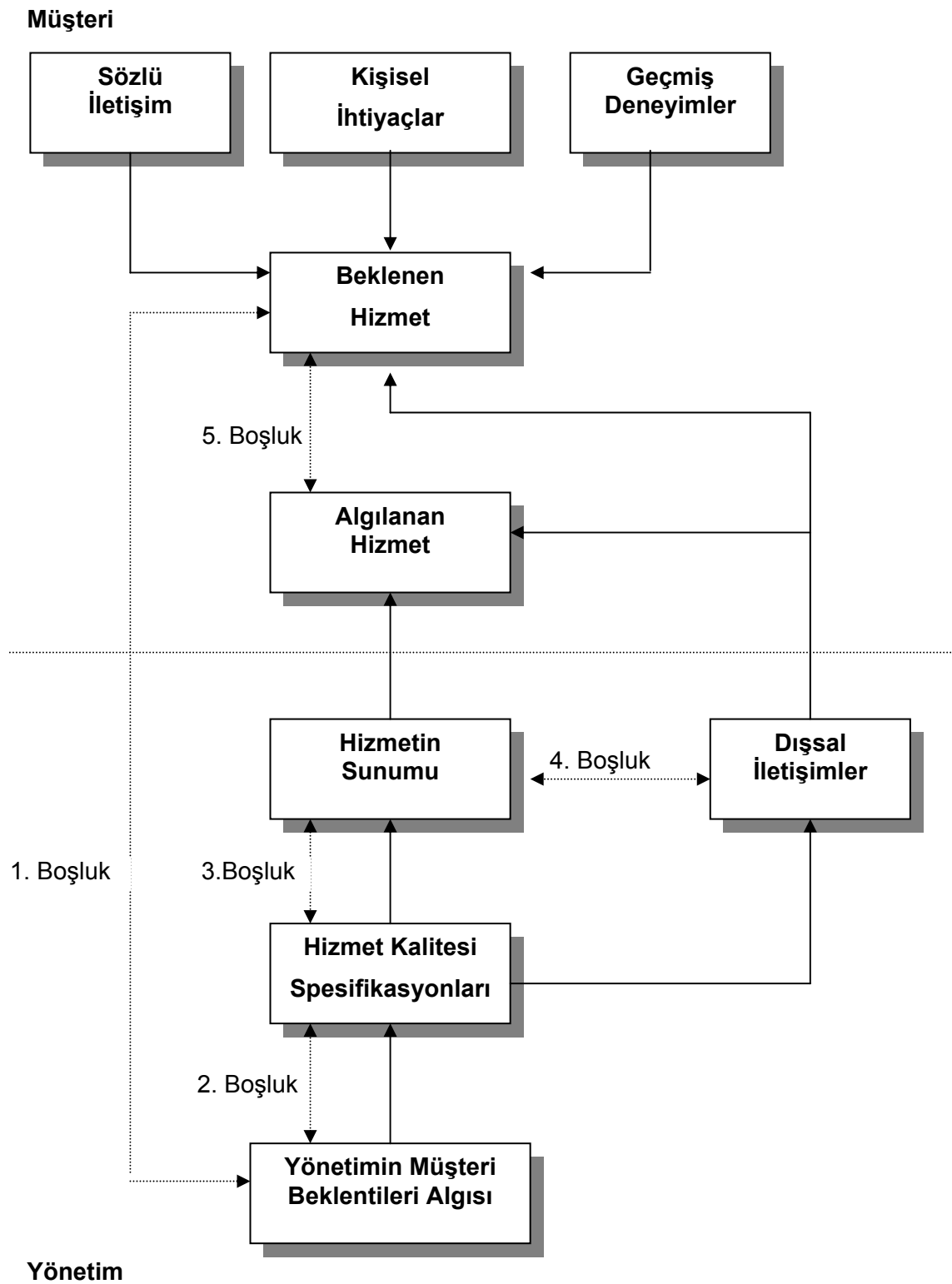
Yönetici görüşmeleri sonucunda ortaya çıkan yukarıdaki dört boşluk

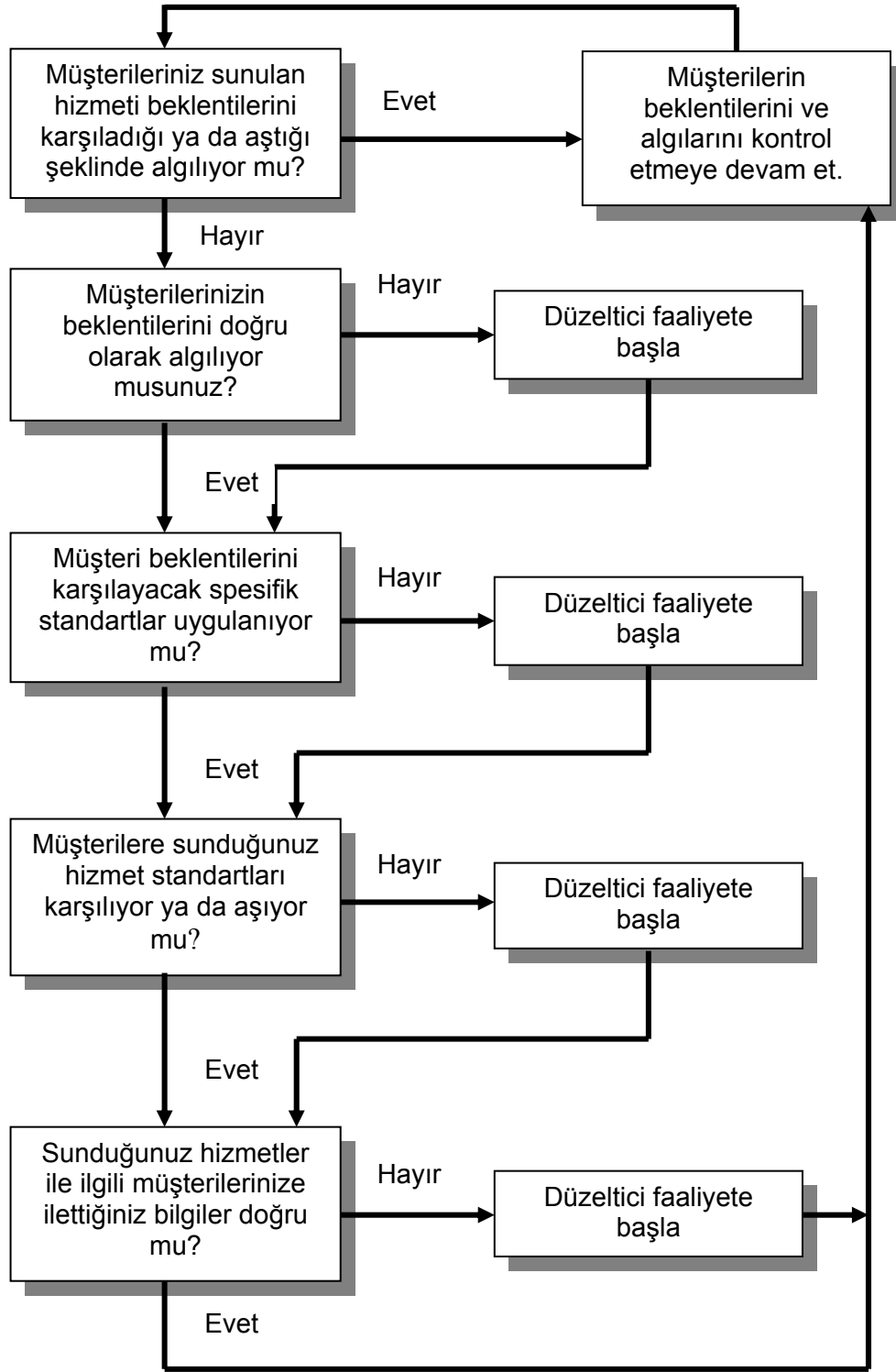
dışında, müşteri görüşmeleri sonucunda ortaya çıkan boşluk olan müşterilerin bekledikleri hizmet ile algıladıkları hizmetin farklı olmasından kaynaklanan beklenen hizmet- algılanan hizmet boşluğudur (5. Boşluk). Algılanan hizmet kalitesi beklenen hizmet ve algılanan hizmetin farkının bir sonucudur. Başka bir deyişle müşterilerin algıladıkları hizmet kalitesi; müşterinin hizmetten beklentileri ve algıladıkları sonucunda olumlu ya da olumsuz şekilde ortaya çıkmaktadır. Araştırmacılara göre diğer dört boşluğun yönü ve derecesi beklenen-algılanan hizmet boşluğu üzerinde negatif veya pozitif etki yapmaktadır. Başka bir ifade ile diğer boşlukların olmaması durumunda algılanan hizmet-beklenen hizmet boşluğu kapanabilecektir.

3.1. Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli

Parasuraman, Zeithaml ve Berry keşfedici araştırmalar kapsamında müşterilerle yapılan odak grup görüşmeleri (focus Groups) ve yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmeler (in-depth interviews) araştırmalarından elde edilen bilgiler ışında bir kavramsal hizmet kalitesi modeli (Şekil-8) ve işletmelerin hizmet kalitesini ölçmede ve iyileştirmede kullanabilecekleri mantıksal bir süreç modeli geliştirmişlerdir (Şekil-9). Araştırmacılara göre beklenen hizmet-algılanan hizmet boşluğu (5. boşluk) diğer boşlukların fonksiyonu durumundadır ve aşağıdaki gibi formüle edilebilir:

$$5. \text{ Boşluk} = f (1. \text{ Boşluk}, 2. \text{ Boşluk}, 3. \text{ boşluk}, 4. \text{ Boşluk})$$





Şekil-9: Hizmet kalitesinin Sürekli Ölçülmesi ve Geliştirilmesi İçin Süreç Modeli

Kaynak: (Zeithaml vd.,1990; 47)

3.2. SERVQUAL Ölçeği

Parasuraman, Zeithaml ve Berry, önceki bölümlerde belirtilen keşfedici araştırmalar kapsamında yaptıkları müşteri görüşmeleri ve yönetici görüşmelerinden elde edilen bilgiler ışığında, algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik sayısal araştırmalara karar vermiş ve dizi çalışmalara başlamışlardır. Araştırmacılara göre daha önce yapılan keşfedici araştırmalar, bundan sonra hizmet kalitesi alanında yapılacak araştırmalar için kavramsal bir çerçeve oluşturacaktır (Parasuraman vd.,1985; 49). Herhangi bir endüstriye yönelik tüketicilerin hizmet kalitesi algılarını tanımlayan tekniklerin geliştirilmesinin, başka endüstrilere de uyarlanabilen genellemeler yapılmasına olanak sağlayabileceğine inanan araştırmacılar, hizmet sektörleri arasında kullanılmaya elverişli standart bir ölçüm aracı (SERVQUAL) geliştirmek istemişlerdir.

Parasuraman; Zeithaml ve Berry algılanan hizmet kalitesini sayısal temelde ölçmek için yaptığı ilk araştırmada, beş ayrı hizmet sektörünün (tamir – bakım hizmeti, bireysel bankacılık, uzun mesafe telefon hizmeti, menkul kıymetler komisyonculuğu, kredi kartı hizmeti) son üç ay içinde hizmeti kullanmış tüketicilerinden 200 kişilik bir grup seçmişler ve katılımcıların yarı yarıya kadın ve erkek olmasına dikkat etmişlerdir. Bu araştırmada tüketicilerin beklentilerini ve algılarını ayrı ayrı hesaplayarak müşteri bakış açısı ile hizmet sunan işletmenin algılanan hizmet kalitesini düzeylerini ölçmeye çalışmışlardır (Parasuraman vd., 1988; 12-40).

SERVQUAL ölçeğinin maddeleri daha önceki çalışmalar ışığında ortaya çıkan on hizmet kalitesi boyutundan yararlanılarak 97 madde olarak belirlenmiştir (ortalama her bir hizmet kalitesi boyutu için on madde olacak şekilde). Söz konusu 97 maddelik ölçek iki kısımdan meydana gelmektedir. Birinci kısımda belli bir hizmet sektörü için tüketicilerin beklentilerini ölçmeye yönelik ifadeler yer almakta, ikinci kısımda ise tüketicilerin belli bir hizmet sektöründeki belli bir işletmenin hizmetleri hakkındaki algılarını ölçmeye yönelik ifadeler yer verilmiştir. Ölçeğin algılarla ilgili kısmında tüketicilerin belli bir şirketin hizmetleri hakkında algılayışlarını ölçmek için özellikle işletmenin ismi belirtilmektedir. Araştırmacılar literatürdeki ölçek geliştirme kurallarından biri olan ölçek maddelerinin yarı yarıya pozitif ve negatif olması gerekliliği bilgisinden yola çıkarak, SERVQUAL ölçeğinin maddelerini ortalama olarak yarı yarıya negatif ve pozitif ifadelerden oluşturmuştur. Ayrıca katılımcılardan her iki kısımda bulunan maddelerdeki ifadeleri 7 noktalı likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. SERVQUAL ölçeğinde kullanılan likert tipi ölçekte 7 rakamı “kesinlikle katılıyorum” ifadesine, 1 rakamı ise “kesinlikle katılmıyorum” ifadesine denk gelmektedir. Aradaki rakamlar için (6- 2) herhangi sözel bir ifade kullanılmamıştır. Algılanan hizmet kalitesi, beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki fark olduğundan, araştırmacılar algılanan hizmet kalitesini:

$$\text{Algılanan Hizmet Kalitesi (Q)} = \text{Algılanan Hizmet (P)} - \text{Beklenen Hizmet (E)}$$

şeklinde formüle etmiş ve bu yolla her soru önermesi için SERVQUAL skoru hesaplamışlardır. Her bir soru önermesine 7’li likert ölçek üzerinden beklenti maddeleri ve algılama maddelerine verilen puanların karşılıklı olarak farkının alınmasıyla, her bir soru önermesi için –6 ile +6 arasında değişen SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. SERVQUAL skorunun matematiksel ifadesi aşağıdaki

gibidir (Zeithaml vd., 1990;176):

$$\text{SERVQUAL Skoru} = \text{Algılama Skoru} - \text{Beklenti Skoru}$$

Söz konusu araştırmada veriler bu doğrultuda toplanmış ve yapılan ilk istatistiksel analizler sonucunda ilk başta belirlenen on hizmet kalitesi boyutu altındaki 97 soru önermesinin sayısı 34' e indirilmiştir. Araştırmacılar belirlenen 34 soru önermesi üzerinden tekrar beklentiler ve algılar veri toplayıp istatistiksel analizler yapmışlardır. Analizler sonucunda araştırmacıların keşfedici araştırmalar kapsamında tespit ettikleri on hizmet kalitesi boyutunun sayısı beşe (Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati), soru önermesi sayısı ise 22'ye indirilmiştir. Hizmet kalitesi boyutları ile SERVQUAL ölçeğini oluşturan boyutların karşılaştırılması Şekil-10'da gösterilmiştir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry' ye göre söz konusu beş hizmet kalitesi boyutu bir iskelet oluşturmakta ve gerektiğinde başka hizmet organizasyonlarına da adapte edilebilmektedir. Ölçeği geliştiren araştırmacılar şunu öne sürmüşlerdir; her bir hizmet sektörü kendine özgü olduğundan, genel olarak tüm hizmet sağlayan organizasyonlarda geçerli olan aşağıdaki beş hizmet kalitesi boyutundan söz etmek mümkündür. Bu boyutlar aşağıda gösterilmiştir:

- **Fiziksel Özellikler (Tangibles):** Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşü.
- **Güvenilirlik (Reliability):** Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği.
- **Heveslilik (Responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi.
- **Güven (Assurance):** Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri.
- **Empati (Empathy):** Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi.

SERVQUAL ölçeğinin boyutları ve her bir boyuta düşen soru maddesi aşağıdaki gibidir (Zeithaml vd., 1990; 176):

<u>Boyutlar</u>	<u>Her Boyuta Düşen Soru Maddesi</u>
Fiziksel Özellikler	1-4
Güvenilirlik	5-9
Heveslilik	10-13
Güven	14-17
Empati	18-22

	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Fiziksel Özellikler					
Güvenilirlik					
Heveslilik					
Yeterlik Kibarlık İnanırlılık Emniyet					
Ulaşılabilirlik İletişim Anlayış					

Şekil-10: Hizmet Kalitesi Boyutları ve SERVQUAL Ölçeği Boyutlarının Karşılaştırılması

Kaynak: (Zeithaml vd., 1990;25)

Parasuraman; Zeithaml ve Berry 1991 yılında SERVQUAL ölçeğini tekrar değerlendirerek üzerinde bir takım revizyonlar yapmışlardır (Parasuraman vd., 1991; 420-450). Söz konusu çalışmada üç farklı hizmet sektöründe (telefon tamirciliği, bireysel bankacılık ve sigorta hizmetleri) firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamıştır. Araştırmacılar öncelikle istatistiksel analiz sonuçları doğrultusunda 1988’de geliştirdikleri orijinal SERVQUAL ölçeğinin tüm soru önermelerini olumlu ifadelerle çevirmiştir. Söz konusu değişikliğin nedeni ise; olumsuz ifadelerin katılımcıların kafasını karıştırdığı ve veri kalitesini düşürdüğüdür. Ölçekte yapılan bir diğer değişiklik de; müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerini tespit etmek için eklenen puanlama bölümüdür. Müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerini tespit etmek için, katılımcılardan 100 puanı (daha önem verilen boyuta daha çok puan vermek şartı ile) kalite boyutları arasında paylaştırılması istenmiştir. Araştırmacıların yaptıkları bu son değişiklikle SERVQUAL ölçeği aşağıdaki şekli almıştır:

3.3. SERVQUAL Ölçeğinin Kullanım Alanları

SERVQUAL ölçeği iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, müşterilerin hizmetlerle ilgili beklentilerini ölçmeye yarayan beş hizmet kalitesi boyutu ve söz konusu boyutları oluşturan 22 madde yer almaktadır. İkinci kısımda aynı boyutlar ve boyutlara ilişkin 22 madde ile, müşterilerden hizmet sunan firmanın hizmetleriyle ilgili algıları sorulmaktadır. Ayrıca ölçekte müşteri algılarını ölçmeden önce, beş hizmet kalitesi boyutu ile ilgili ifadeler, boyutların ismi belirtilmeden yer verilmekte, ve müşterilerden boyutlara verdikleri önem

derecelerine göre 100 puanın bu boyutlar arasında paylaştırılması istenmektedir. Beklentiler ve algılar arasındaki farka dayalı olarak hesaplan 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. Yukarıda belirtilenler dışında, SERVQUAL ölçeğinin diğer kullanım alanları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir (Zeithaml vd., 1990; 176-180):

- Ayrı Zamanlardaki Müşteri Beklenti ve Algılarını Karşılaştırılması
- Firmanın SERVQUAL Skorlarını Rakip Firmaların SERVQUAL Skorları ile Karşılaştırması
- Kalite Algısı Farklı Olan Farklı Müşteri Kesimlerinin İncelenmesi
- İç müşterilerin Kalite Algılarının Değerlendirilmesi

3.4. Sağlık İşletmelerinde SERVQUAL

Maliyete verilen önemin artması, değişen hasta beklenti ve istekleri ve artan rekabet, sağlık işletmelerini yüksek kalitede hizmet sunmaya zorlamaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi sağlık işletmelerinde yüksek kalite, teknik ve fonksiyonel kalitenin bir arada değerlendirilmesi ile mümkündür. Başka bir ifade ile sadece teknik kalite, tek başına bir gelir artışına ve olanaklardan faydalanmaya imkan vermeyecektir. Bu nedenle hasta beklenti ve algılarının ayrı ayrı ölçülmesi sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından yararlı olacaktır. Sağlık işletmeleri yöneticileri, beklentilerin yüksek olduğu alanları bildiğinde, sağlanan hizmeti bu beklentiler doğrultusunda şekillendirme ve dolayısıyla hastaların beklentilerini bu yolla karşılama şansına sahip olacaktır. Benzer bir şekilde yöneticilerin hizmet kalitesine yönelik problemleri çabuk tanımlamaları ve düzeltmeleri için, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını bilmeleri, beklenti ve algıların nasıl dengelendiğini görmeleri de yararlı olacaktır (Babakus ve Mangold, 1992; 780-81).

Daha önce belirtildiği gibi SERVQUAL ölçeği müşteri bakış açısı ile, hizmet sunan firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili yazın incelendiğinde, sağlık işletmesi müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin bir standart olarak kullanıldığı görülmektedir (Babakus ve Mangold, 1992; 767-786 ; Anderson ve Zwingling, 1996; 9-22 ; Anderson, 1995; 32-37 ; Lim ve Tang, 2000; 290-299 ; Lam, 1997; 145-152 ; Conway ve Willcocks, 1997; 131-140 ; Mangold ve Babakus, 1990; 21-33 ; Headley ve Miller, 1993; 32-42 ; Mowen vd.,1993; 26-34 ; Reidenbach ve Sandifer-Smallwood, 1990; 47-56 ; McAlexander ve Kaldenberg, 1994; 34-40).

Babakus ve Mangold (1992; 767-786) tarafından yapılan bir araştırmada, SERVQUAL ölçeğinin geliştirilirken çeşitli hizmet sektörlerinde geçerliliğinin test edildiği, ancak hastane ortamına uygunluğunun değerlendirilmediği gerekçesinden yola çıkarak, hastane ortamında, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmek üzere, SERVQUAL ölçeğinin sağlık işletmeleri açısından pratikteki uygunluğunu değerlendirilmiş ve ölçeğin hastane hizmetleri açısından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Daha sonra araştırmacılar, hastane ortamında hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmede SERVQUAL ölçeğinin uygunluğunu test eden çalışmanın sonuçlarını rapor etmişlerdir.

Çalışmalarını bir çok hastanenin içersinde yer aldığı ortak bir çalışmayla dizayn eden araştırmacılar, hastane çalışanlarının deneyimlerinden de aktif olarak yararlanmışlardır. Söz konusu çalışma için pilot hizmet organizasyonu olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nin doğusundaki bir hastane seçilmiştir. Hastanenin yönetim kadrosu da yeni literatür ve araştırmanın pragmatik bakış açıları hakkında bilgi sahibi olduğundan, çalışmaya aktif olarak katılmışlardır. Bu katılım, hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeğinin kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesine ve araştırma ölçeğinin pratik açıdan öneminin kesinlik kazanmasına yardımcı olmuştur. SERVQUAL ölçeğini geliştirenlerin ortaya koyduğu gibi, SERVQUAL ölçeği belli bir organizasyondaki karakteristik özellikleri ya da ihtiyaç duyulan belirli araştırma konularını saptamada kullanılabileceğinden (Parasuraman vd.,1988, 31), araştırmacılar öncelikle SERVQUAL ölçeğinin hastane ortamına uygunluğunu değerlendirmişlerdir. Çalışma ile ilgili veriler, hem akademisyenler (iki pazarlama fakültesinden) hem de hastane yönetim kadrosundan (pazarlama araştırma müdürü ve iki yöneticiden) sağlanmıştır. SERVQUAL Ölçeğinin adaptasyonundaki kararlar, soruların hastane hizmetine uygunluğu ve hastaların soruları kafaları karışmadan cevaplayabilmeleri esasına dayalı olarak verilmiştir.

Ölçeğin bir bölümü, hastaların hastane kalitesine yönelik beklentileriyle ilgili 15 madde ve gerçekte aldıkları hastane hizmetine yönelik algılarıyla ilgili 15 maddeyi içermektedir. Beklenti ve algılarla ilgili maddelerin belirlenmesi orijinal SERVQUAL ölçeğini geliştirenlerin metodolojisine uygun şekilde yapılmıştır. Bu ölçekte ayrıca, hastaların hastane kalitesiyle ilgili genel algıları ve tekrar ihtiyaç duyduklarında aynı hastaneye dönmeyi isteyip istemeyecekleri sorulmaktadır. Hastaların genel algıları “çok iyi” ve “kötü” arasında değişen değerlerde beş noktalı bir likert tipi bir skalayla ölçülmektedir. Söz konusu soru şu şekildedir: “Bakım kalitesini göz önünde tuttuğunuzda, hastane hakkındaki genel izleniminiz nedir?”. Beş noktalı ve “kesinlikle katılıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” arasında değişen bir skalayla ölçülen aynı hastaneye dönme isteği ise, “bu hastaneye geldiğim zamanki gibi bir durumu yeniden yaşasam, yine bu hastanede tedavi olmak isterdim” cümlesiyle ifade edilmiştir.

Son olarak hastaların demografik özellikleriyle ilgili bir takım sorular sorulmuştur. Toplanan verilere ilk bakıldığında “bilmiyorum” seçeneği olmadığı halde, algıların ifade edildiği kısımda cevapsız maddelere sıklıkla rastlanmış ve bu durum beklentiler kısmında gerçekleşmemiştir. Bu durum araştırmacılara hastaların istenen hizmet özellikleri konusunda daha net düşüncelere sahip olduğunu düşündürmüştür. Öte yandan hastaların alınan hizmetin doğası gereği ya da zaman aşımı nedeniyle, hizmetin gerçekteki kalitesini değerlendirmek konusunda zorlandığı tespit edilmiştir.

Araştırmada SERVQUAL ölçeği, fonksiyonel kalitesinin ölçülmesinde kullanılan standart bir ölçek olarak, başka hizmet sektörlerinin yanı sıra hastane sektöründe de geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu sonuç araştırmacılara sektörler arası ölçme ve daha genel bir sonuç çıkarabilme imkanı sağlamıştır. SERVQUAL ölçeği hastane sektöründe çalışanlara da fonksiyonel kaliteyi ölçme imkanı sağlaması açısından önemlidir. SERVQUAL ölçeğinin sağlık sektörüne yönelik katkılarından birisi de; altta yatan problemlerin araştırılmasında bir başlangıç noktası olan semptomların tanımlanmasını sağlamaktır. Hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeğinde beklenti ve algı skalaları mükemmel iç güvenirliği ile tek boyutlu olarak ortaya çıkmıştır. SERVQUAL ölçeğini oluşturan bu iki skala, hastaların hastane hizmetlerine yönelik beklentilerini ve söz konusu hastanenin performans düzeyine yönelik hasta algıları ile ilgili ayrı ölçümleri almada yeterli derecede geçerli bulunmuştur. Araştırmacılar çalışmalarının sonucunda, hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğinin, hasta algıları ve hastaların söz konusu hizmete yönelik beklentileri arasındaki boşluğu ölçmede başarılı olarak kullanılabileceğini tespit etmişlerdir. Babakus ve Mangold'a göre SERVQUAL ölçeği her ne kadar fonksiyonel kaliteyi ölçme amacına yönelik olarak geliştirilmiş olsa bile, sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalite, doğru tanımlar ve prosedürler olmaksızın ortaya konamayacaktır. Araştırmacılar hizmet işletmelerinin uzun dönemli bir başarı için, hem fonksiyonel kaliteyi, hem de teknik kaliteyi verimli bir şekilde organize etmesi gerektiğini önermektedirler.

SERVQUAL ölçeği ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili yazın incelendiğinde, ölçeğin sadece sağlık işletmelerinin genel hizmet kalitesini belirlemede kullanılmadığı, bunun yanında sağlık işletmesinin farklı kliniklerinin sağladığı hizmetin kalitesinin ölçülmesinde de kullanıldığı görülmektedir. Örneğin Anderson ve Zwelling tarafından yapılan bir araştırmada (Anderson ve Zwelling 1996; 9-22), Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilen SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Texas Üniversitesi M.D. Anderson Kanseri Merkezi'ne bağlı dört kliniğin hizmet kalitesi ölçülmüştür. Araştırmacılar çalışmalarının amacını; hastaların algılarına göre kanser merkezinin farklı kliniklerinin hizmet kalitesini belirlemek ve bu sayede hangi alanlarda gelişmeye ihtiyaç olduğunu saptamak olarak belirlemişlerdir. Söz konusu çalışmada ayrıca hizmet sunumu sırasında yaşanan problemlerin hangilerinin genel nitelikte olduğu, hangilerinin kliniklere özgü olduğunun belirlenmesi de amaçlanmıştır.

Çalışmadan elde edilen algı ve beklenti skorları boşluk (gap) modeline göre yorumlanmıştır. Başka bir deyişle beklenti ve algı skorları arasındaki fark esas alınıp, gap puanları elde edilmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeğin algılarla ilgili olan ifadelerinden, beklentilerle ilgili ifadelerin çıkarılmasıyla elde edilen gap skorunun pozitif olması durumunda, sağlık işletmesinin hasta beklentilerini en azından karşıladığı sonucu çıkarılmaktadır. Gap skorlarının negatif olması durumunda ise, hastaların algıları beklentilerinin altında kalacak, dolayısıyla hasta beklentilerini karşılayacak bir hizmet kalitesinin gerçekleştirilemediği sonucu ortaya çıkacaktır. Söz konusu çalışmada, orijinal SERVQUAL ölçeğinde olduğu gibi, hastalardan ölçeği oluşturan beş boyut için (daha önemli buldukları boyuta daha çok puan vermeleri şartıyla) puan vermeleri istenmiştir.

Araştırmacılara göre çalışma kapsamına alınan dört kliniğe yönelik bulguların farklı olması, hasta algılarıyla değil, beklentileri ile ilgilidir. Aynı

araştırma sonuçlarına göre kanser merkezinin her dört kliniğinde de hastalar tarafından en önemli bulunan “güvenilirlik” boyutu, en yüksek negatif gap skoru almıştır. Araştırmada ayrıca hastalar tarafından en önemsiz boyut olarak değerlendirilen “fiziksel özellikler” boyutunun en yüksek pozitif gap skoru aldığı tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmada sadece algı skorları değerlendirildiğinde ise, dört klinik arasında bir fark tespit edilmediği görülmüştür. Ancak hasta beklenti ve algılarının karşılaştırılması sonucunda gap skorların çok değiştiği tespit edilmiştir

Anderson ve Zwelling sağlık işletmelerinde algı ve beklenti skorlarının ayrı ayrı hesaplanıp, bunun sonucunda gap skorlarının hesaplanması gerektiği görüşünü desteklemektedir. Araştırmacılara göre bu yolla elde edilecek bilgiler hem çok önemli, hem de anlaşılması kolay bir yöntemdir. Diğer taraftan hastaların, SERVQUAL ölçeğini oluşturan beş hizmet kalitesi boyutuna puan verilmesi de, değerli bilgiler elde edilmesine olanak sağlamaktadır.

Anderson tarafından yapılan bir araştırmada (Anderson, 1995; 32-37) sağlık işletmelerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğini kullanılarak; Houston Üniversitesi Sağlık Kliniği'nin hizmet kalitesi ölçülmüş ve araştırma sonuçları doğrultusunda kliniğin strateji planları yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu araştırmanın en önemli sonuçlarından birisi de ; hizmet kalitesi algıları göz önünde bulundurularak yapılan kliniğin bütçe dağılım kararlarıdır. Anderson'a göre sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, hasta tatmini ve işletmenin gelirine olan katkısı açısından önemlidir. Ayrıca bu tür bir ölçüm hizmetin maliyetini değerlendirmek açısından da büyük önem taşımaktadır. Örneğin bir müşteri tatmini ölçümü sonuçlarında, yüksek maliyetli bir merkez, tüketiciler tarafından düşük kaliteli olarak algılanıyorsa, yönetim söz konusu merkezi yeniden yapılandırma çabasına odaklanmalıdır. Anderson tarafından yapılan söz konusu araştırmada, daha önce Babakus ve Mangold tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeği, ölçekteki “hastane” sözcüğü yerine “üniversite sağlık merkezi “ yazılarak kullanılmış ve üniversite sağlık merkezinin algılanan hizmet kalitesi ölçülmüştür. Ölçekte ayrıca orijinal SERVQUAL ölçeğinde olduğu gibi, hastaların beş SERVQUAL boyutuna verdikleri önem derecelerine göre 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırmanın sonuçlarını değerlendirmek için gap analizinden (beklentiler ve algılar arasındaki boşluğun analiz edilmesi) yararlanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hastaların sağlık merkezinin verdiği hizmete yönelik algılarının beklentilerinden daha düşük olduğu, “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarında beklenti ve algılar arasındaki boşluğun en düşük, güven boyutundaki boşluğun ise en büyük olduğu tespit edilmiştir.

Diğer boyutlar olan güvenilirlik ve heveslilik boyutlarındaki boşlukların ise birbirine yakın olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre; “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutları ile ilgili performansın, diğer boyutlardaki performansa kıyasla hasta beklentilerine daha yakın olduğu söylenebilmektedir. Anderson'a göre sağlık merkezinin “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarında beklentilerle algılar arasındaki boşluğun küçük olması, sağlık merkezinin her zaman ilgili boyutlarla ilgili iyi performans gösterdiği anlamına gelmeyecektir. Çünkü söz konusu iki boyut hasta beklentilerin en düşük olduğu boyutlardır. Hastaların “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarıyla ilgili beklentileri düşük olduğundan, sağlık merkezi bu düşük beklentileri karşılamış bu nedenle boyutlar bazında beklenti-algı boşluğu küçülmüştür. Bu nedenle buradan çıkarılabilecek sonuç; sadece hasta beklentileri ile algılarının birbirine yakın olduğudur. Çünkü boyutlar bazında

boşluğun küçük olması, hastanın düşük düzeydeki tatmini ve çalışanların düşük düzeydeki performansının eşleşmesi ile de ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık işletmelerinde yönetimle ilgili kararlar alınırken önemli olan bir bilgi de hastaların hangi boyutlara daha çok önem verdiğinin saptanmasıdır. Söz konusu çalışmaya göre sağlık merkezi hastalarının en önemli buldukları boyut “güvenilirlik” boyutudur. Hastalar tarafından en az önemli bulunan boyutlar ise “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutlarıdır. Hastaların “güvenilirlik” boyutundan sonra en önemli buldukları boyutlar ise “heveslilik” ve “güven” boyutlarıdır. Söz konusu araştırmada daha önce belirtildiği gibi “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutları en az boşluğa sahip olmakla beraber, bu iki boyut hastalar tarafından en az önemli boyutlar olarak değerlendirilmiştir.

Anderson’a göre sağlık merkezinin “empati” ve “fiziksel özellikler” açısından performansı hasta beklentilerini karşılamaya yakın olduğundan bu alanlara yönlendirilecek yatırım gereksiz olacaktır. Buna karşın “güvenilirlik” boyutu hastalar tarafından en önemli boyut olarak değerlendirilmekte ve bu boyuttaki beklenti-algı boşluğu daha büyüktür. Bu sonuçlar sağlık merkezi yönetimi için “güvenilirlik” boyutunun iyileştirilmesi için iyi bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Ayrıca yönetim hizmet kalitesinin beş boyutu açısından boşlukların değerlendirilmesi yanında, boyutları oluşturan her bir ölçek maddesi için beklentilerin, algıların, beklenti-algı boşluğunun değerlendirilmesi kalite geliştirme kaynaklarının stratejik dağılımı ile ilgili fırsatlar sağlayacaktır. Örneğin sağlık işletmelerinde bekleme süresi “heveslilik” boyutunu önemli ölçüde etkilediğinden, yönetim hasta bekleme süresini azaltmak için bir girişimde bulunabilecektir. Ayrıca hastaların hizmet aldığı süreçler basitleştirilerek bekleme zamanları azaltılabilir ve dolayısıyla “heveslilik boyutu” ile ilgili bir gelişme sağlanabilir. Ayrıca hasta randevularının kullanımı ile ilgili olarak hizmet kullanıcılarına bir eğitim verilmesi ve hizmete talebin arttığı zamanlarda yeni eleman alınması da bekleme süresini kısaltacaktır. Hastalara sağlık işletmesinin amacı ve bu amacın diğer sağlık işletmelerindeki amaçlardan farklılığı konusunda eğitim verilmesi de hasta beklentilerinin şekillenmesi açısından faydalı olacaktır.

Lam tarafından 22 maddelik ve beşli likert tipi SERVQUAL ölçeği kullanılarak, Hong Kong’daki hastaların sağlık hizmet kalitesine yönelik algılarının ölçüldüğü araştırmaya bulguları, SERVQUAL ölçeğinin sağlık bakım kalitesini ölçmede güvenilir olduğunu göstermiştir, buna karşın Parasuraman ve arkadaşları tarafından öne sürülen beş hizmet kalitesi boyutu bu araştırmada ortaya konamamıştır (Lam, 1997; 145-152).

Lim ve Tang tarafından Singapur’daki hastanelerin algılanan hizmet kalitesinin ölçüldüğü bir araştırmada, hastanelerin SERVQUAL ölçeğini oluşturan kalite boyutlarının hiç birisinde hasta beklentilerini karşılamadığı tespit edilmiştir (Lim ve Tang, 2000; 290-299). Bu araştırmada araştırmacılar; hastalar tarafından önemli olduğu düşünülen hizmet karakteristiklerinin tanımlanmasında SERVQUAL ölçeğinin hastane yönetimine yardımcı olabileceğini öne sürmektedirler. Söz konusu araştırmada SERVQUAL ölçeğini oluşturan kalite boyutlarına ait SERVQUAL skorlarının tümü negatif çıkmasına karşın, ölçek sayesinde Singapur hastanelerinin hasta beklentilerini karşılamaya yakın oldukları ve karşılayamadıkları alanlar tespit edilmiştir. Öte yandan “heveslilik” ve “güven” boyutları kalite skoru en düşük olan iki boyut olarak saptanırken, hastaların en önemli bulduğu kalite boyutunun “güven” olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ikinci derecede en önemli bulduğu boyut ise “heveslilik” boyutudur.

Söz konusu çalışmada güvenilirlik boyutu ise üçüncü en önemli kalite boyutu olarak belirlenirken, “fiziksel özellikler” boyutu hastalar tarafından en az önemli boyut olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları, SERVQUAL ölçeği üzerinden elde edilen bilgiler sayesinde, hastane kaynaklarının hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını en çok etkileyen alanlarda kullanılarak, hastanelerin algılanan hizmet kalitesinin artırılabilceğini göstermektedir. Araştırmacılara göre bu sonuçlar göz önüne alınıp; kaynak dağılım kararları yeniden gözden geçirilmelidir.

Headley ve Miller SERVQUAL ölçeğini tıbbi bakım hizmetlerine adapte ederek geçerliğini, güvenilirliğini ve boyutlarını test etmişlerdir. Söz konusu araştırmada ayrıca algılanan hizmet kalitesi ile hastanın gelecekte şikayet etme, sağlık işletmesini övme, aynı işletmeyi tekrar tercih etme ve hizmet sağlayanlarını değiştirme niyetleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçları, SERVQUAL ölçeğinin klinik ortamlara güvenilir olarak uyarlanabileceğini göstermiştir. Söz konusu araştırmada hastanın gelecekte şikayet etme, sağlık işletmesini övme, tekrar aynı işletmeyi tercih etme ve hizmet sağlayanları değiştirme niyetlerini en çok etkileyen boyutların “güvenilirlik” ve “empati” boyutları olduğu tespit edilmiştir (Headley ve Miller, 1993; 32-42).

Sağlık işletmelerinde SERVQUAL ölçeğinin uygulama avantajlarından birisi de, hem çalışanların hem de hastaların hizmet kalitesine yönelik beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçmeye olanak sağlaması ve bunun sonucunda sağlık işletmesinin algılanan hizmet kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yardımcı olacak genel bir bakış açısı kazandırmasıdır. Mangold ve Babakus sağlık işletmelerinde hizmet sağlayanların, hizmet kalitesini anlamaları ve geliştirmelerine yardımcı olacak kavramsal bir çerçeve (hizmet kalitesi izleme sistemi) sunmak için yayınladıkları makalelerinde tıpkı Parasuraman ve arkadaşlarının kavramsal hizmet kalitesi modelinde olduğu gibi bir takım boşluklar (gap) ve boşluklar arasındaki farkın ölçülmesi üzerinde durmuşlardır. Hizmet kalitesini izleme sisteminin etkili araçlarından birisi de SERVQUAL ölçeği olduğundan, araştırmacılar müşteri ve hizmet sunanların beklentilerini ve algılarını ölçmede bu ölçeği kullanmışlardır. Araştırmacılara göre, müşteri beklentileri, müşterilerin hizmet kalitesi algıları, hizmet sağlayanların beklentileri ve hizmet sağlayanların hizmet kalitesi algılarının ayrı ayrı ölçülmesi hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından yönetim kararlarına rehberlik edecek şekilde kullanılabilir (Mangold ve Babakus, 1990; 21-33).

Yüksek hizmet kalitesi bir çok organizasyonun başarısının temel anahtarıdır ve çoğu hizmet ortamlarında, hizmeti üreten ve sunan kişiler işletmenin genel kalite düzeyini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle hizmet kalitesini arttırmak isteyen sağlık işletmeleri, hem çalışanlardan, hem de hastalardan bilgi toplamalıdır. Çalışanların beklentileri, müşterilerin beklentilerinden düşük olduğunda, müşterilerin tatmini de büyük olasılıkla düşecektir. Müşterilerin algılarının, çalışanların algılarından düşük olması durumunda da müşterilerin tatminsizlik yaşamaları olası olacaktır. Her iki durumda da çalışanlar müşterilerin tatminsizliğini anlamayıp, isteklerinin mantıksız olduğunu düşüneceklerdir. Araştırmacıların hizmet kalitesi boşluğu olarak adlandırdıkları birinci boşluk, aslında hizmet kalitesinin bir ölçümü olup, hastaların beklentileri ve algıları arasındaki farkı temel almıştır.

Beklentiler boşluğu olarak adlandırdıkları ikinci boşluk ise; hastaların ve hizmeti sağlayanların verilen hizmete yönelik beklentileri arasındaki farka

yönlüktür. Araştırmacılara göre bu farkın anlamlı olması durumunda hizmet sunum süreci bu farktan etkilenecektir. Başka bir ifade ile, eğer hizmeti sağlayanların beklentileri hastalarinkinden daha düşük ise, hizmet kalitesi düşecektir. Hizmeti sunanların beklentilerinin daha yüksek olması durumunda ise, kurumun kaynaklarını hastaları tatmin edebilecek düzeyin üstünde harcadığı anlamına gelecektir.

Hizmet sunumu boşluğu olarak adlandırdıkları üçüncü boşluk ise; hizmeti sağlayanların beklentileri ve sağladıkları hizmete yönelik algıları arasındaki farkı ifade etmektedir. Buna göre eğer hizmet sağlayanların sunulan hizmete yönelik kalite algıları beklentilerini karşılıyor ya da aşıyorsa, organizasyondaki faaliyetlerinden memnun olacaklardır. Hizmet sağlayanların hizmetin kalitesine yönelik algıları beklentilerini karşılamamış veya aşamamışsa, bu ayrılığın nedenleri analiz edilmeli ve düzeltici önlemler alınmalıdır.

Araştırmacıların “algılar boşluğu” olarak adlandırdığı dördüncü boşluk ise; hizmet sağlayanların ve hastaların algıları arasındaki farkın ölçülmesine yöneliktir. Buna göre, eğer hizmet sağlayanların algıları hasta algılarından daha yüksek ise, bu sonuç sağlık işletmesi açısından yeterli bir sonuçtur. Ancak bazen hizmet sağlayanların hizmet kalitesi algıları, hastaların algılarından daha düşük olabilmektedir. Bu durumun hizmet organizasyonu açısından tehlike sinyali taşıdığından, söz konusu farklılığın nedeni araştırılmalıdır. Mangold ve Babakus tarafından yapılan söz konusu çalışmada, çalışanlar ve hastaların beklentileri arasında anlamlı bir fark bulunmamış, buna karşın çalışanların algıları, hastalarinkinden düşük bulunmuştur. Araştırmacılara göre bu farkın bir nedeni; çalışanların hizmet sürecinin her aşamasına tanık olmaları ve hastaların bazen farkında bile olmadıkları olaylarla yüzyüze gelmeleridir. Bir başka neden, çalışanların özeleştiriyi yapmalarıdır. Özeleştiriyi bir yandan iyi bir sonuç verirken, diğer yandan moral bozukluğu yarattığı için hizmet kalitesine yönelik algının düşmesine neden olabilmektedir. Araştırmacılar ayrıca göre çalışanların hastalardan daha düşük algılara sahip olmalarının bir nedeni de, çalışanların iş stresi altında gerçek olmayan sonuçlara varmalarıdır.

Mowen; Licata ve McPhail, sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi boyutlarının, hastaların algısı üzerinde çok fazla etkisi olduğu görüşünün duruma bağlı olduğunu öne sürmektedirler. Bu nedenle araştırmacılar, SERVQUAL ölçeği kullanarak bir sağlık işletmesinin acil odasında bekleyen hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki değerlendirmelerini incelemişlerdir (Mowen vd., 1993; 26-34). Söz konusu araştırma için hastanenin acil odasında bekleyen hastalarla ilgili deneysel bir desen oluşturulmuş, hastalar iki gruba ayrılmıştır. Birinci gruba doktoru ne kadar bekleyecekleri söylenmiş, diğer gruba ise herhangi bir açıklama yapılmamıştır. Daha sonra SERVQUAL ölçeği kullanılarak, posta yoluyla hastaların tatminleri ve hizmet kalitesi hakkındaki algılarının sorulduğu araştırma sonuçları; ne kadar bekleyeceği söylenen ve bekleme süresi hakkında gerçekçi bilgi aldığına inanan hastaların tatmin düzeylerinin ve hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan aynı çalışmada güven (assurance) kalite boyutu, acil servis hastaları tarafından en fazla önem verilen hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

McAlexander ve Kaldenberg tarafından SERVQUAL ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, dış hastalarının sağlık işletmesinin toplam hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerinin, hizmet sunanların performansından büyük ölçüde etkilendiği tespit edilmiştir (McAlexander ve Kaldenberg, 1994; 34-40)

Görüldüğü gibi hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan SERVQUAL ölçeği, sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin belirlenmesinde de bir standart olarak kullanılmaktadır.

4. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

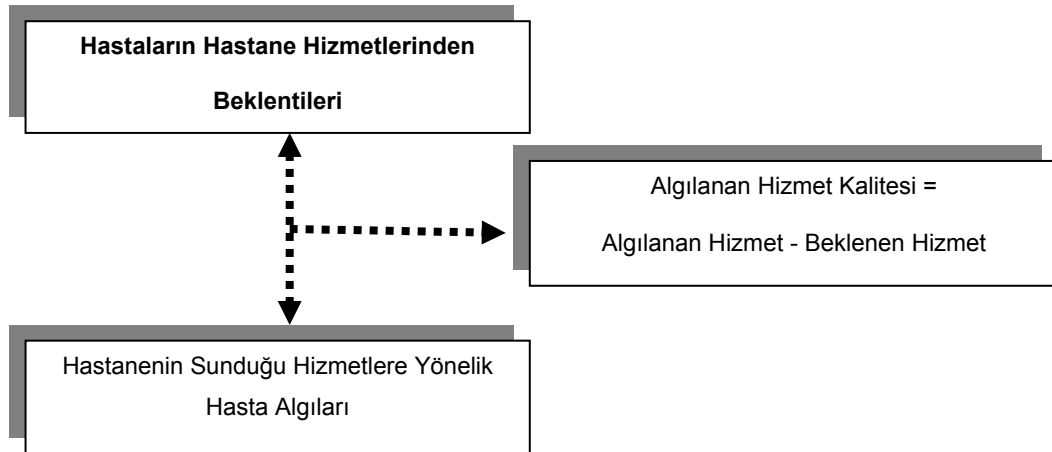
4.1. Araştırmanın Amacı, Modeli ve Değişkenleri

Kitabın bu bölümünde sağlık işletmelerinde algılan hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılması için Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi (DEÜH) ile Özel Altınordu Hastanesi'nin (ÖAH) algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin ölçülmesi ve her iki hastanenin kalite düzeyleri açısından birbirleriyle karşılaştırılmasını amaçlayan bir uygulamaya yer verilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni, uygulanan SERVQUAL ölçeğinden elde edilen veriler üzerinden hesaplanan Algılanan Hizmet Kalitesi skorudur (SERVQUAL skoru). Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, tedavi ücretini kimin karşıladığı (sosyal güvence), hastanenin kalitesi ile ilgili hastaların genel değerlendirmesi, hastaların gelecekte ihtiyaç duyması durumunda aynı hastaneyi tercih edip etmeyeceği, hizmet sunumu esnasında problem yaşanıp yaşanmadığı ve hastanenin başkalarına tavsiye edilip edilmediğidir.

Bu araştırmada SERVQUAL modelinin sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde uygulanabilirliği ve bağımsız değişkenler açısından algılanan hizmet kalitesinin değişip değişmediği değerlendirilmek istendiğinden, araştırmanın neden sonuç ilişkisi araştıran araştırma modeline uygun olduğu söylenebilir.

Algılanan Hizmet Kalitesi = Algılanan Hizmet - Beklenen Hizmet
SERVQUAL Skoru (SQ) = Algılama Skoru (P) - Beklenti Skoru (E)

şeklinde formüle edildiğinden, araştırmada kullanılan modelin basit şekilsel ifadesi Şekil-11' de gösterilmiştir:



Şekil -11: Araştırmanın Modeli

Araştırmada öncelikle gün içinde taburcu olacak hastaların kayıtlarına ulaşılmış, daha sonra taburcu olacak hastalar arasından basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak DEÜH'nde 185, ÖAH'nde 105 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada biri DEÜH hastaları için, diğeri ÖAH hastaları için olmak üzere hazırlanmış iki ayrı SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Araştırma 1 Ocak-30 Mart 2001 tarihlerinde ilgili hastanelerin yatan hasta servislerinde gerçekleştirilmiştir. SERVQUAL ölçeğinin uzun olması ve zaman problemi nedeniyle, her iki hastanenin yalnızca yatan hasta servislerindeki hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada söz konusu hastanelerin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin ölçülüp birbirleriyle karşılaştırılması amaçlandığından, katılımcıların geçmişte en az bir kez ilgili hastanenin hizmetlerinden yararlanmış olması koşulu aranmıştır. Ayrıca ilgili hastanelerin çocuk hastaları da (18 yaş ve altı) araştırmaya dahil edilmiş, ancak söz konusu hastaların yerine refakatçileri ölçek sorularını yanıtlamıştır. Araştırma öncesi öncelikle ilgili hastanelerin yönetimlerinden gerekli izinler alınmıştır. Çalışma süresince hastane kayıtlarından öncelikle gün içerisinde taburcu olacak hastaların listelerine ulaşılmış, daha sonra taburcu işlemleri sırasında yüz yüze görüşme tekniği ile DEÜH'nde 185, ÖAH'nde ise 105 SERVQUAL ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 (Statistical Program for Social Science) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi, ortalamalar arası farklılıkların anlamlılığı için t-testi ve gruplu olan değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA-Oneway) testleri kullanılmıştır.

Araştırmada her bir hastane için kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algı maddelerine %95 güven düzeyinde SPSS for Windows (Statistical Program for Social Science) 10.0 programı kullanılarak ayrı ayrı güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Her iki hastanede kullanılan SERVQUAL ölçeğinin beklenti ve algı maddeleri için yapılan güvenilirlik analizi sonuçlarında güvenilirlik katsayıları sırasıyla .8395, .9030, .9099, .9444 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin algı ve beklenti maddeleri 5'li Likert ölçek üzerinden düzenlenmiştir (Kesinlikle Katılmıyorum = 1, Kesinlikle Katılıyorum = 5 olacak şekilde). SERVQUAL skoru = algılama skoru - beklenti skoru olarak belirlendiğinden, SERVQUAL skoru -4 ile +4 arasında değişecektir.

SERVQUAL skorunun pozitif bulunması, hasta beklentilerinin aşıldığı anlamına gelmekte, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu yorumu yapılabilmektedir. SERVQUAL skorunun negatif olması durumunda, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelecektir. SERVQUAL skorunun sıfır olması durumunda ise, hasta beklentilerinin en azından karşılandığı, dolayısıyla hastanenin algılanan hizmet kalitesinin “tatminkar” olduğu sonucu çıkartılabilecektir. Diğer taraftan hastanelerin algılanan hizmet kalitesini değerlendirmede hesaplanan negatif ve pozitif skorların derecesi de önem taşımaktadır. Örneğin SERVQUAL skorunun + 4’ e yaklaşması hasta beklentilerinin yüksek düzeyde karşılandığı anlamına gelirken, skorun – 4’ e yaklaşması durumunda ise hasta beklentilerinin hiç karşılanmadığı sonucu çıkartılabilmektedir.

- **Boyutlar Bazında SERVQUAL Skorlarının Hesaplanması**

Her hasta için ölçeğin algı (P) ve beklenti maddelerinin (E) karşılıklı olarak farkları alınarak, fark toplamları her bir hizmet kalitesi boyutunu oluşturan madde sayısına bölünür. Böylece her bir katılımcı için boyut bazında kalite skoru bulunur. Daha sonra her bir hizmet kalitesi boyutunun toplam SERVQUAL skorunun hesaplanması için, her bir katılımcı için hesaplanan skorlar toplanarak N katılımcı sayısına bölünür. Bulunan ortalamalar boyut bazında SERVQUAL skorudur.

SQ_1 = Fiziksel özellikler boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_2 = Güvenirlilik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_3 = Heveslilik boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_4 =Güven boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ_5 = Empati boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

olmak üzere, hizmet kalitesi boyutlarına yönelik SERVQUAL skorlarının hesaplanma şekli aşağıda gösterilmiştir:

$$SQ_1 = [(P_1 - E_1) + (P_2 - E_2) + (P_3 - E_3)] / 3$$

$$SQ_2 = [(P_4 - E_4) + (P_5 - E_5) + (P_6 - E_6)] / 3$$

$$SQ_3 = [(P_7 - E_7) + (P_8 - E_8) + (P_9 - E_9)] / 3$$

$$SQ_4 = [(P_{10} - E_{10}) + (P_{11} - E_{11}) + (P_{12} - E_{12}) + (P_{13} - E_{13})] / 4$$

$$SQ_5 = [(P_{14} - E_{14}) + (P_{15} - E_{15})] / 2$$

- **Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun Hesaplanması**

Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru, daha önce hesaplanan kalite boyutları skorlarının toplanıp 5’ e bölünmesiyle elde edilir. Elde edilen skor eşit ağırlıklı SERVQUAL skorudur (Unweighted SERVQUAL Score). Bu skorun hesaplanmasında hastaların 100 puan üzerinden, önem derecelerine göre kalite boyutlarına verdikleri puanlar göz önünde bulundurulmamıştır. Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır :

$$SQE = [(SQ_1) + (SQ_2) + (SQ_3) + (SQ_4) + (SQ_5)] / 5$$

- **Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun Hesaplanması**

Ağırlıklı SERVQUAL skorunun (Weighted SERVQUAL Score) hesaplanması için aşağıdaki sıra takip edilir:

- Öncelikle SERVQUAL ölçeğinin ikinci kısmında, hastaların her bir kalite boyutuna verdikleri puanların 100 'e oranlanması ile bir katsayı elde edilir. Bu işlem her bir katılımcı için ayrı ayrı yapılır.
- Daha sonra elde edilen katsayı, ilgili kalite boyutunun SERVQUAL skoru ile çarpılıp, elde edilen toplam 5' e bölünür.

Ağırlıklı SERVQUAL skorunun hesaplanmasının matematiksel ifadesi aşağıda gösterilmiştir:

$$SQA = [(SQ_1 * k_1) + (SQ_2 * k_2) + (SQ_3 * k_3) + (SQ_4 * k_4) + (SQ_5 * k_5)] / 5$$

(k = Hastaların her bir boyuta verdiği puanın 100' e oranlanması ile elde edilen hizmet kalitesi boyutuna ait ağırlık katsayısı)

Kitabın bundan sonraki bölümlerinde hastanelerin fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ile eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları sırasıyla; SQ1, SQ2, SQ3, SQ4, SQ5, SQE ve SQA olarak anılacaktır).

Araştırmada kullanılan hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileri ile ilgili olan kısmında, beş hizmet kalitesi boyutuna (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) ilişkin toplam 15 soru önermesi yer almış ve bu soru önermeleri katılımcılar tarafından 5 noktalı Likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmıştır (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum =5 olacak şekilde). Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin 5 boyutu ve her bir boyut altında yer alan beklenti ve algı maddelerinin (soru önermesi) dağılımı aşağıdaki şekildedir:

Ölçeğin Hasta Beklentileri ile ilgili bölümü:

Fiziksel Özellikler

- E1. Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır
- E2. Hastanelerin fiziksel imkanları görsel açıdan çekici olmalıdır.
- E3. Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.

Güvenilirlik

- E4. Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir
- E5. Hastane çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.
- E6. Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.

Heveslilik

- E7. Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.

- E8. Hastane çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara vermelidir.
- E9. Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.

Güven

- E10. Hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.
- E11. Hastane çalışanları bilgili olmalıdır.
- E12. Hastane çalışanları kibar olmalıdır
- E13. Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır

Empati

- E14. Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir.
- E15. Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.

Ölçeğin Hasta Algıları ile ilgili Bölümü

Fiziksel Özellikler

- P1. XYZ hastanesi modern araç- gereç ve donanıma sahiptir.
- P2. XYZ hastanesinin fiziksel imkanları görsel açıdan çekicidir.
- P3. XYZ hastanesinin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.

Güvenilirlik

- P4. XYZ hastanesi hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.
- E5. XYZ hastanesinin çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.
- P6. XYZ hastanesi hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapar.

Heveslilik

- P7. XYZ hastanesinin çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söyler.
- P8. XYZ hastanesinin çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara verir.
- P9. XYZ hastanesinin çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.

Güven

- P10. XYZ hastanesinin çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hisseder.
- P11. XYZ hastanesinin çalışanları bilgilidir.
- P12. XYZ hastanesinin çalışanları kibar
- P13. XYZ hastanesinin çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır.

Empati

- P14. XYZ hastanesinin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir.

P15. XYZ hastanesi hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar.

4.2. Beklenen ve Algılanan Hizmet İle İlgili Bulgular

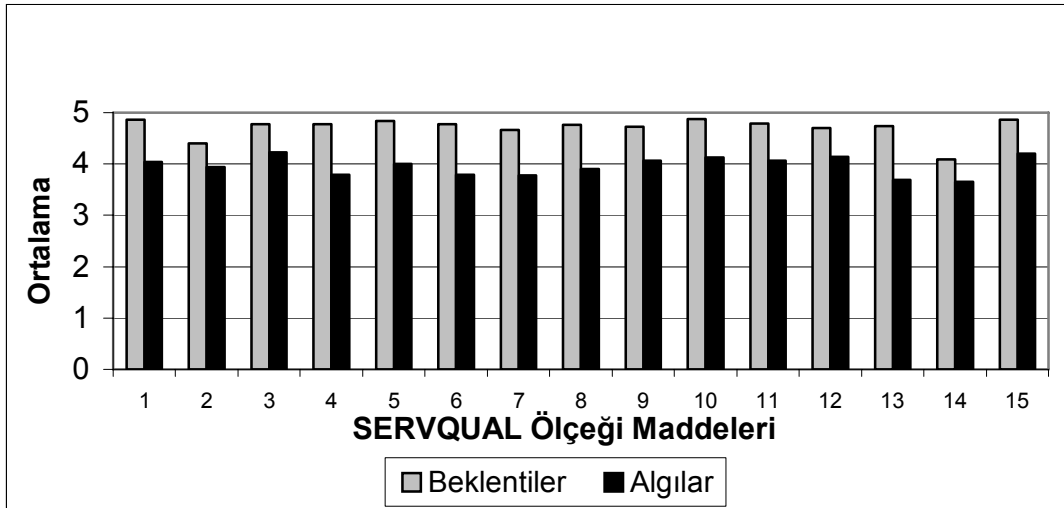
DEÜH’nde hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi “empati” boyutu altında yer alan 15. soru önermesinde (Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir), en düşük beklenti düzeyi ise yine “empati” boyutu altında yer alan 14. soru önermesinde (hastanesinin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir) gerçekleşmiştir.

ÖAH’nde ise hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi “güvenilirlik” kalite boyutuna ait 6. soru önermesinde (hastaneler, hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır), en düşük beklenti düzeyi ise, “fiziksel özellikler” kalite boyutuna ait 2. soru önermesinde (hastanelerin fiziksel imkanları - iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb - görsel açıdan çekici olmalıdır) gerçekleşmiştir.

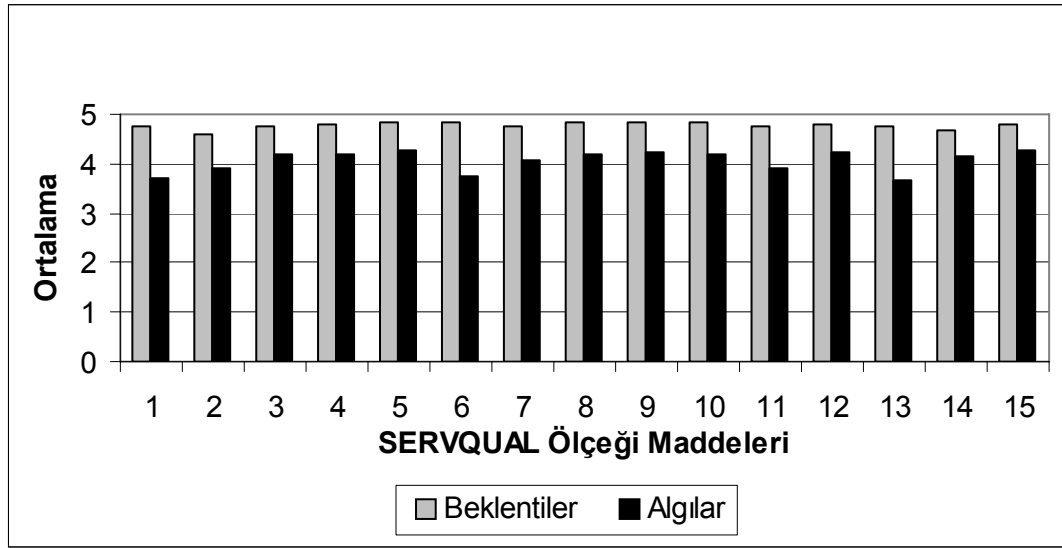
DEÜH’nde hastanenin sağlamış olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algısı düzeyi “fiziksel özellikler” kalite boyutuna ait 3.soru önermesinde (DEÜH’nin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür), en düşük hasta algısı düzeyi ise “empati” boyutuna ait 14. soru önermesinde (DEÜH’nin çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterir) gerçekleştiği görülmektedir.

ÖAH’nde ise, hastanenin sağlamış olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algısı düzeyinin “empati” boyutuna ait 15. soru önermesinde (ÖAH, hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar), en düşük hasta algısı düzeyi ise “güven” kalite boyutuna ait 13. soru önermesinde (ÖAH’nin çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır) gerçekleştiği görülmektedir.

Her iki hastane için hasta beklentileri ve algıları arasında tespit edilen farklılık, Şekil-12 ve Şekil-13’de grafiksel olarak gösterilmiştir:



Şekil-12: DEÜH’nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar



Şekil-13: ÖAH’nde Hasta Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluklar

Her iki hastane açısından, hasta beklentileri ve hasta algıları ortalamaları arasında önemli bir farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için yapılan t-testinde hasta beklenti ortalamaları ve algı ortalamaları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde bir fark bulunmuştur.

Buna göre her iki hastanede de katılımcıların büyük oranı, “güvenilirlik” ve “güven” boyutlarını en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmektedir.

Tablo-2 : Araştırmaya Katılanların En Önemli Bulduğu Hizmet Kalitesi Boyutu İle İlgili Dağılım

Boyutlar	DEÜH		ÖAH	
	Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde (%)
Güvenilirlik	76	41,1	59	56,2
Güven	61	33,0	23	21,9
Heveslilik	27	14,6	14	13,3
Fiziksel Özellikler	13	7,0	8	7,6
Empati	8	4,3	1	1,0
Toplam	185	100,0	105	100,0

4.3. Hizmet Kalitesi Skorlarının Değerlendirilmesi

İki hastanenin kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, her iki hastanede de boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi skorlarının negatif olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile her iki hastanenin de, kalite boyutları bazında hastaların beklentilerini karşılayamadığını söyleyebiliriz. Diğer taraftan DEÜH’nde hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarının en yüksek olduğu boyutun “empati” boyutu olduğu görülmektedir. Aynı hastanede hastaların kalite algısının en düşük olduğu hizmet kalitesi boyutunun ise “güvenilirlik” boyutu olduğu görülmektedir. Diğer taraftan her iki hastanenin de eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları negatiftir. Bu anlamda her iki hastanenin de genel hizmet kalitesi açısından da hasta beklentilerini

karşılayamadığını söylemek mümkündür. Eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları göz önünde alındığında, hastanelerin boyutlar bazında olduğu gibi genel anlamda da hasta beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür.

Tablo-3:DEÜH ve ÖAH'nin Kalite Boyutları Bazında SERVQUAL Skorları

	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQ ₁	185	-3,00	1,67	-0,6126	0,7426	105	-3,33	0,67	-0,7683	0,6685
SQ ₂	185	-4,00	2,00	-0,9351	0,8330	105	-2,67	0,67	-0,7556	0,6343
SQ ₃	185	-2,67	2,00	-0,8018	0,8085	105	-3,67	0,67	-0,6317	0,6917
SQ ₄	185	-2,50	2,00	-0,7662	0,6894	105	-3,25	0,50	-0,7810	0,6584
SQ ₅	185	-3,50	2,50	-0,5459	0,8750	105	-3,00	1,50	-0,5333	0,6978

Tablo-4:DEÜH ve ÖAH'nin Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorları

	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQE	185	-2,40	2,03	-0,7323	0,6099	105	-3,12	0,57	-0,6940	0,5957

Tablo-5:DEÜH ve ÖAH'nin Ağırlıklı SERVQUAL Skorları

	DEÜH					ÖAH				
	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.	N	Min.	Max.	Ort.	Std.S.
SQA	185	-0,49	0,40	-0,1531	0,1270	105	-0,62	0,12	-0,1405	0,1182

İki hastanenin güvenilirlik boyutundaki SERVQUAL skorları göz önüne alındığında, ÖAH'nin güvenilirlik boyutunda algılanan hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Başka bir ifade ile ÖAH'nin güvenilirlik boyutunda sunduğu hizmetlere yönelik hastaların kalite algısı daha yüksektir. Diğer taraftan hastanelerin güvenilirlik boyutu dışındaki SERVQUAL skorları arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir fark bulunmadığı görülmektedir.

Bu çalışma kapsamında yapılan araştırmada SERVQUAL ölçeği kullanılarak Dokuz Eylül Uygulama ve Araştırma Hastanesi (DEÜH) ile Özel Altınordu Hastanesinin (ÖAH) algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ölçülmüş ve söz konusu hastaneler algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçları söz konusu hastanelerin algılanan hizmet kalitesi düzeylerini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada ayrıca sağlık işletmelerinde hasta bakış açısı ile en önemli ve en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutları tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan birisi de; her iki hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiğinin belirlenmesidir.

Daha önce de ifade edildiği gibi SERVQUAL ölçeği kullanılarak bir taraftan hastanelerin boyutlar bazında sunduğu hizmetin kalite düzeyi ölçülebilmekte, diğer taraftan hesaplanan eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları sayesinde hastanelerin sunduğu hizmetin toplam kalite düzeyi değerlendirilebilmektedir. Araştırmada her iki hastanenin de boyutlar bazında,

eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorlarının negatif olduğu tespit edilmiştir. Buna göre her iki hastanenin de hasta beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür. Başka bir ifade ile her iki hastanede de sunulan hizmetlere yönelik hastaların kalite algısının düşük olduğu söylenebilir.

Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan birisi de, hasta bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerinin tespit edilmesidir. Sağlık işletmelerinde “güvenilirlik” ve “güven” hizmet kalitesi boyutlarının hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesi literatürde sıkça rastlanan bu durumdur. Bu araştırmada da her iki hastanede “güvenilirlik” ve “güven” boyutları hastaların büyük oranı tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

Güvenilirlik boyutu genel olarak, “hastanenin söz verdiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği”, güven boyutu ise, “hastane çalışanlarının bilgili ve nazik olması ve hastalarda güven duygusu uyandırabilme becerileri” olarak ifade edilebilir. Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve hizmetin doğru ve güvenilir bir şekilde verilmesi gerekliliği “güvenilirlik” boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır.

Araştırmada hastaların büyük oranı tarafından en önemli bulunan hizmet kalitesi boyutlarından bir diğeri “güven” boyutudur. Görüldüğü gibi hastanın psikolojik olarak hizmet sunanlara kendisini bağımlı hissetmesi, tedavi süresince hizmet veren sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyimlerine güvenmek istemesi ve çalışanların nazik olması gerekliliği sağlık işletmelerinde “güven” boyutunun önemini arttırmaktadır. Bu araştırmada da “güven” boyutu, “güvenilirlik” boyutundan sonra hastaların büyük oranı tarafından en önemli bulunan ikinci hizmet kalitesi boyutu olarak tespit edilmiştir.

Her iki hastane algılanan hizmet kalitesi düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında ise, hastanelerin “güvenilirlik” boyutu dışındaki algılanan hizmet kalitesi düzeyleri arasında bir önemli bir fark olmadığı görülmektedir. İki hastanenin “güvenilirlik” boyutuna ait SERVQUAL skorları karşılaştırıldığında ÖAH’sinin ilgili boyuttaki kalite skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre ÖAH’nin hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmesi, hastalarının problemlerini çözmede anlayışlı ve güven verici olması ve faturalama işlemlerini doğru olarak yapması açılarından DEÜH’ne göre daha kaliteli hizmet sunduğu söylenebilir.

Diğer taraftan “fiziksel özellikler” ve “empati” boyutları hastaların büyük çoğunluğu tarafından en az önemli bulunan hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirilmiştir. Buna göre hastanenin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, kullanılan araç gereç ve personelin görünüşü anlamına gelen “fiziksel özellikler” boyutu ile, hastanenin kendisini hasta yerine koyması ve hastalara kişisel ilgi göstermesi anlamına gelen “empati” boyutu hastalar tarafından en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirilmiştir. Görüldüğü gibi her iki hastanede de hastaların benzer boyutları en önemli veya en az önemli olarak değerlendirmektedir. Bu durum büyük ölçüde hastanelerin benzer hizmetler sunmasından kaynaklanmaktadır.

4.4. Hizmet Kalitesi Skorlarının Bağımsız Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen diğer önemli bulgulardan birisi de, her iki hastane açısından algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiğinin belirlenmesidir. Her iki hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiği ile ilgili elde edilen bazı önemli bulgular aşağıda belirtilmiştir:

- Tedavileri süresince herhangi bir problem yaşamamış olan hastaların, problem yaşayanlara göre hastanenin sunduğu hizmetleri daha kaliteli algıladığı,
- Her iki hastane açısından da hizmet aldığı hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark olmadığı,
- Her iki hastanede de kadın ve erkek hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir farklılık olmadığı,
- DEÜH’nde farklı yaş gruplarında bulunan hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark belirlenmez iken, ÖAH’inde fiziksel özellikler açısından yaşlı hastaların genç hastalara göre sunulan hizmetleri daha kaliteli olarak algıladıkları,
- Her iki hastanede de evli, bekar, dul veya boşanmış hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir farklılığa rastlanmadığı tespit edilmiştir.
- DEÜH’nde ilk okul mezunu hastaların lise ve dengi okul, fakülte/yüksek okul ve lisansüstü eğitim düzeyinde bulunan hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ÖAH’nde ise lise ve dengi okul mezunlarının okur-yazar, ilk okul, lisans-yüksek okul ve lisansüstü eğitim düzeyinde bulunan hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan ÖAH’nde “empati” açısından orta okul mezunu hastaların lisans-yüksek okul ve lisansüstü mezunlarına göre sunulan hizmetleri daha düşük algıladıkları belirlenmiştir.
- DEÜH’nde farklı gelir düzeylerinde bulunan hastaların hizmet kalitesine yönelik algıları arasında önemli bir fark tespit edilmezken, ÖAH’nde 500 milyon ve üzeri gelir düzeyinde bulunan hastaların 201-300 milyon ve 301-400 milyon gelir düzeyinde hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Her iki hastanede de farklı sosyal güvenceye sahip olma açısından hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algıları arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Her iki hastanede de, hastanenin sunduğu hizmetin kalitesini olumlu değerlendiren hastaların, orta veya olumsuz değerlendiren hastalara göre hizmetlere yönelik kalite algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Her iki hastanede de gelecekte aynı hastanede tedavi olmak konusunda olumlu düşünen hastaların, olumsuz düşünen ya da bu konuda kararsız olan hastalara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.5. Hizmet Kalitesi Skorlarının Sağlık İşletmeleri Yönetimde Kullanımı

Görüldüğü gibi SERVQUAL ölçeğinin hasta beklenti ve algılarını ayrı ayrı ölçme imkanı sağlaması ve bu yöntemle algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetlerin değerlendirilmesi açısından sağlık işletmeleri yöneticilerine önemli bilgiler sağlamaktadır.

Daha önce ifade edildiği verilen hizmetlerin en azından tatminkar olması ya da yüksek kalitede algılanabilmesi için öncelikle hasta beklentilerinin karşılanması veya aşılması gerekmektedir. SERVQUAL ölçeği hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve bazı stratejik kararların alınmasında sağlık işletmeleri yöneticilerine bazı önemli ip uçları vermektedir. Bu nedenle sağlık işletmesinin algılanan hizmet kalitesi düzeyinin belirlenmesi, kalite iyileştirme çalışmaları açısından iyi bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Sağlık işletmeleri yöneticileri hasta beklentilerini doğru bir şekilde tespit ettiklerinde, sundukları hizmetin performansını bu beklentiler doğrultusunda şekillendirme ve dolayısıyla hasta beklentilerini karşılama şansına sahip olacaklardır. Hasta beklentilerini karşılama ya da aşma şeklinde gerçekleştirilecek bir iyileştirme faaliyeti, doğal olarak hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını yükseltecektir. Hastaların sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlere yönelik kalite algısının yükselmesi ise, sağlık işletmesine büyük ölçüde rekabet üstünlüğü sağlayacaktır.

Daha önce ifade edildiği gibi ölçeğin sağladığı faydalardan birisi de hasta bakış açısı ile en önemli veya en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutlarının tespit edilmesidir. Bu araştırmada her iki hastanede de “güvenilirlik” ve “güven” hizmet kalitesi boyutları, hastaların büyük oranı tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir. Bu anlamda söz konusu boyutlarda hasta beklentilerini karşılama ya da beklentilerini aşma düzeyinde bir hizmet performansının gerçekleştirilmesi büyük ölçüde hastanelerin algılanan hizmet kalitesi düzeyinin yükseltilmesine yardımcı olacaktır.

SERVQUAL ölçeği yöneticilere hizmet kalitesinin beş boyutu açısından boşlukları değerlendirme imkanı sağlamaktadır. Diğer taraftan boyutları oluşturan her bir ölçek maddesinin beklenti-algı boşluğu açısından değerlendirilmesi de hizmet kalitesinin artırılması açısından fayda sağlayacaktır. Örneğin “güvenilirlik” boyutu; hizmetlerin söz verildiği zamanda yerine getirilmesi, çalışanların problem çözmede anlayışlı ve güven verici olması ve hastanenin faturalama işlemlerinin doğru bir şekilde yapılmasını kapsamaktadır. Tedavileri süresince herhangi bir problem yaşayan hastaların, problem yaşamayanlara göre sunulan hizmetlere yönelik kalite algısının daha düşük olduğu göz önünde alındığında, hastanenin tedavi süresince meydana gelebilecek olası problemlere yönelik önlem alması büyük ölçüde hastanenin “güvenilirlik” boyutunda sunduğu hizmetlere yönelik hastaların kalite algısını yükseltecektir. Aynı zamanda hizmetlerin söz verilen zamanda yerine getirilmesi ve faturalama işlemlerinde doğruluk da hastanenin “güvenilirlik” boyutu bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyini yükseltilmesine olumlu bir katkı sağlayacaktır.

Diğer taraftan hastanelerin araç gereçlerini çağın gereksinimlerine göre yeniden düzenlemesi, hizmet birimlerinin, binaların, kullanılan araç gereçlerin görsel açıdan çekiciliğinin sağlanması ve çalışanların temiz ve düzgün görünüşlü olması “fiziksel özellikler” boyutuna yönelik hastaların kalite algısını yükseltecektir.

Aynı şekilde hastane çalışanlarına, randevuların etkin kullanılması ve hızlı hizmet verme konusunda verilecek eğitimler, hastaların “heveslilik” boyutuna yönelik kalite algısını yükseltecektir. Diğer taraftan hastanelerde bekleme sürelerinin kısaltılması “heveslilik” boyutundaki algılanan hizmet kalitesi düzeyine olumlu bir katkı sağlayabilecektir. Hastane çalışanlarının hastalara kişisel ilgi göstermesi ve bu konudaki duyarlılığı da hastaların “empati” boyutuna yönelik kalite algısını yükseltecektir. Öte yandan çalışanların kibar ve nazik olması, hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacak hizmet ortamının sağlanması ve bu konuda hastanenin çalışanlarına yeterli desteği sunması “güven” kalite boyutuna olumlu bir katkı sağlayacaktır.

DEÜH’nde “güvenilirlik” boyutu hastalar tarafından en önemli boyut olarak değerlendirilmesine karşın bu boyuttaki beklenti-algı boşluğunun diğer boyutlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastalar tarafından en çok önem verilen “güvenilirlik” boyutunun aynı zamanda en büyük beklenti-algı boşluğuna sahip olması hastane yöneticileri açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir durumdur. Diğer taraftan DEÜH’nin “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarında (hastaların büyük oranı tarafından en az önemli bulunan iki boyut) sunduğu hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamaya en yakın olduğu görülmektedir. Bu anlamda yöneticilerin olası bir kalite iyileştirme faaliyetinde “empati” ve “fiziksel özellikler” boyutlarından önce “güvenilirlik” boyutundaki iyileştirmeye öncelik vermeleri optimum bir karar olacaktır.

Öte yandan ÖAH’sinin “empati” boyutunda hasta beklentilerini karşılamaya en yakın olduğu tespit edilmiştir. Aynı hastanede hastaların büyük oranı tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilen boyutlardan biri olan “güvenilirlik” boyutunun ise, “güven” boyutundan sonra en büyük beklenti –algı boşluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Aynı hastanede “güven” boyutundaki boşluğun ise en yüksek olduğu görülmektedir.

Görüldüğü gibi her iki hastanede de boyutlar bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyinin ve hastalar tarafından en önemli ve en az önemli bulunan boyutların belirlenmesi, yapılacak kalite iyileştirme faaliyetlerinde önceliklerin belirlenmesi açısından yöneticilere önemli ip uçları verebilmektedir.

Diğer taraftan hastanelerin eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları da hastanelerin genel hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından büyük faydalar sağlayacaktır. Belirli periyotlarla yapılacak hizmet kalitesi ölçümleri, zaman içinde hastanenin hizmet kalitesinde meydana gelen değişiklikleri ve söz konusu değişikliklerin nedenlerinin izlenmesi konusunda yönetime kolaylık sağlayacaktır.

SERVQUAL ölçeği ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, kaynakların etkin bir şekilde kullanılabilmesine de imkan sağlayacaktır. Örneğin hastaların hizmetlere yönelik kalite algısının yüksek olduğu alanlara ekonomik kaynakların yönlendirilmesi ve bu alanda yapılan ek yatırımlar gereksiz olacaktır. SERVQUAL ölçeği sağlık işletmesi yöneticilerine farklı boyutlarda hizmet kalitesini değerlendirme imkanı sağladığından, kalite iyileştirme

faaliyetlerinin öncelikle hastaların kalite algısının düşük olduğu alanlarda yapılması, kaynakların optimum kullanımına imkan verecektir.

Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, kıt olan hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve bu yolla maliyetlerin düşürülmesi, rekabet avantajı elde etme ve hasta beklentilerin karşılanması ya da aşılması açısından önemli faydalar sağlayacaktır. Günümüzün rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında hizmet kalitesinin bu şekilde değerlendirilmesi önemli bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akın, Besim ; Çetin, Canan (1998). **TKY ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Uygulamadan Örnekler**, İstanbul.
- Anderson, Elizabeth A (1995). "Measuring Service Quality at a university health clinic", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 8 (2), 32-37.
- Anderson, Elizabeth A ; Zwelling, Leonard A (1996) . "Measuring Service Quality at the University of Texas M.D Cancer Center", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 9(7), 9-22.
- Asubonteng, Patrick ; McCleary, Karl J ; Swan, John E (1996). "SERVQUAL Revisited: a Critical Review of Service Quality", **Journal of Service Marketing**, 10(6), 62-81.
- Arnold, Aline (1994). "*The Big Bang*" *Theory of Competition in Health Care*" içinde Philip D. Cooper (Editör), **Health Care Marketing**, An Aspen Publication, Third Edition, USA.
- Aytuğ, Semra (1997). **Pazarlama Yönetimi**, İlkem Ofset, İzmir.
- Babakus, Emin ; Mangold, Glynn W (1992). "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", **Health Services Research**, 26 (6), 767-786.
- Bergman, Bo. ; Klefsjö, Bengt (1994). **Quality**, McGraw-Hill, Sweeden.
- Berwick, D.M (1988) . "Toward an Applied Technology for Quality Measurement in Health Care", **Medical Decision Making**, 8(4), 253-261.
- Besterfield, D.H ; Besterfield, C ; Besterfield, G.H ; Besterfield, M (1999). **Total Quality Managament**, Second Edition, Prentice Hall, USA.
- Boonekamp, L.C.M (1994). "Marketing for Health Care Organizastions: An Introduction to Network Management", **Journal of Managament in Medicine**, 8 (5), 11-24.
- Bopp, K.D (1990). "How Patients Evaluate The Quality of Ambulatory Medical Encounters: A marketing Perspective", **Journal of Health Care Marketing**, 10(1), 16-15.
- Bozkurt, Rıdvan (1994). "Kalitenin Esasları ve Deming'in On Dört İlkesi ", **Verimlilik Dergisi**, sayı 1994/3, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Ankara.
- Brashier, L.W ; Sower, V.E ; Motwani, J ; Savoie, M (1996). "Implementation of TQM/CQI in Health-Care Industry:A Comprehensive Model", **Benchmarking for Quality Managament & Technology**, 3 (2), 31-50.
- Carman,James (1990). "Consumer Perceptions of Service Quality: An Assestment of SERVQUAL Dimensions", **Journal of Retailing**, 66(1), 33-55.
- Conway, Tony ; Willcocks, Stephen (1997). "The Role of Expectations in the Perception of Health Care Quality: Developing a Conceptual Model", **International Journal of Health Care Quality**, 10(3), 131-140.
- Cronin, J.Joseph ; Taylor, Steven A. (1992). "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", **Journal of Marketing**, 56(July), 55-68.

- Çoruh, Mithat. (1998). "Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCHAO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri" içinde Mithat Çoruh (ed). **Sağlık Yönetiminde Devamlı kalite iyileştirme**. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.
- Deming, W. Edwards (1994). **Out of The Crisis**, Cambridge University Press, USA. Deming, 1994
- Dicle, İ.Atilla (2000). "21.Yüzyılın Başındaki Olanaklar; Fırsatlar ve Darboğazlar", **Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi**, Friedrich Ebert Stiftung Yayını, İstanbul.
- Doğan, Muammer (1998). **İşletme Ekonomisi ve Yönetimi**, Anadolu Matbaacılık, İzmir.
- Dotchin, John A. ; Oakland, John S (1994). " Total Quality Management in Services, Part 2: Service Quality", **International Journal of Quality & Reliability Management**, 11(3).
- Dünya Sağlık Örgütü (1998). **Dünya Sağlık Raporu-1998**, 21.Yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon, Çev.Bekir Metin ; Ayşe Akın ; İzgi Güngör, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını, Ankara.
- Engiz, Oğuz. (1997). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini "içinde Osman Hayran, Hayda Sur (editör). **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Eren, Nevzat. (1996). **Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan**, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Finkel, M. L (1997). "The Importance of Measuring Patient Satisfaction", **Employee Benefits Journal**, 22 (1), 12-15.
- Ghobadian, A ; Speller, S ; Jones, M (1994). "Service Quality:Concepts and Models", **International Journal of Quality & Reliability Management**, 11 (9), 43-66.
- Goetsch, David L ; Stanley B, Davis. (1998). **Undersatanding and Implementing ISO 9000 and ISO Standarts**, Prentice –Hall, USA.
- Gözlü, Sıtkı (1995)."Hizmet Kalitesinin Kontrolünde İstatistiksel Yöntemler", **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayını,Sayı:1995/2, Ankara.
- Gronroos,C.(1984). "A Service Quality Model and Its Marketing Implications", **European Journal of Marketing**, 18(4), 36-44.
- Gummerson, Evert (1994). "Service Managament: An Evaluation and the Future", **International Journal of Service Industry Managament**, 5 (1), 77-96.
- Hayran, Osman (1997). "Sağlık Hizmetleri" içinde **Hastane Yöneticiliği**, Osman Hayran ; Haydar Sur (Editör), Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Headley, Dean E ; Miller, Stephen (1993). "Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior", **Journal of Health Care Marketing**, 13(4), 32-42.
- Ishikawa, Kaoru (1985). **What's Total Quality Control? The Japanese Way**. Prentice –Hall, USA.
- Juran, J.M (1989). **Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook**. Free Press, USA.

- Juran, J.M (1992). **Juran on Quality by Desing: The New Steps for Planning Quality into Goods and Services**. Free Press, USA
- Karafakioğlu, Mehmet (1998). **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İşletme Fakültesi Yayın No.271, İstanbul.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kocadağ, Zahide ; Özgen, Hacer (1994). "Toplama Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için bir model önerisi" içinde Muammer Doğan,Ömer Harmancıoğlu, Yasemin Yeğinboy (editör), **1.Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Aydın.
- Koch, Hugh (1992). **Implementing and Sustaining Total Quality Management in Health Care**, Longman UK Limited Publishing.
- Kunsk, Paul ; Lemmink, Jos (1996) **Managing Service Quality**, Paul Chapman Publishing, London.
- Kuriloff, Arthur ; Hemphill, John M ; Cloud, Douglas (1993). **Starting and Managing the Small Business**, Mc Graw-Hill Edition, Singapore.
- Kurtuluş, Kemal (1989). **İşletmelerde Araştırma Yöntembilimi**, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No:210, İstanbul.
- Lam, Simon S.K (1997). " SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients' Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong", **Total Quality Managament**, 8 (4), 145-152.
- Lee, Haksik ; Lee, Yongki ; Yoo, Dongkeum (2000). "The Determinants of Perceived Service Quality and It's Relationship With Satisfaction", **Journal of Service Marketing**, 14(3), 217-231.
- Lim, Puay Cheng ; Tang, Nelson K. H (2000). "A Study of Patients' Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 13(7), 290-299.
- Lytle, R.S ; Mowka, M.P (1992). "Evaluating Health Care Quality :The Moderating Role of Outcomes", **Journal of Health Care Managament**, 12 (1), 4-14.
- Macintyre, Kate ; Kleman, Carolyn Cable (1994). "Measuring Customer Satisfaction" içinde Curtis P. McLaughlin & Arnold D. Kaluzny (Editör), **Continuous Quality Improvement in Health Care**, An Aspen Publication, USA.
- .Mangold, W. Glynn ; Babakus, Emin (1990). "Monitoring Service Quality", **Review of Bussiness**, 11 (4), 21-33
- Mangold, W.G ; Babakus, E (1991). "Service Quality: the Front Stage vs The Back Stage Perspective", **The Journal of Services Marketing**, 5(4), 59-70.
- McAlexander, J.H ; Kaldenberg, D.O (1994). "Service Quality Measurement", **Journal of Health Care Marketing**, 14 (3), 34-40.
- Mowen, J.C ; Licata, J. W ; McPhail, J (1993). "Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction", **Journal of Health Care Marketing**, 13(2), 26-34.
- Mucuk, İsmet (1994). **Pazarlama İlkeleri**, DER Yayınları, 6. baskı, İstanbul.

- Odabaşı, Yavuz (2000). **Satış Ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi**, Sistem Yayıncılık, Ankara.
- Özdamar, Kazım (1999). **Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi-1**, Kaan Kitapevi, 2.Baskı, Eskişehir.
- Özer, Leyla Şentürk (1999) "Müşteri Tatminine Yönelik Literatürdeki Kuramsal Tartışmalar"; **Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 17(2), 159-180.
- Özgen, Hacer. (1995). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", **Toplum ve Hekim Dergisi**, "Hastaneler" Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, cilt 10, sayı-69-70.
- Özsarı, Haluk. (1997). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", **Modern Hastane Yönetimi**, Sayı :3.
- Öztürk, Sevgi Ayşe (1996). "**Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin artırılması**", **Verimlilik Dergisi**, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Sayı:1996/2, Ankara.
- Parasuraman, A ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", **Journal of Marketing**, Vol. 49, 41-50
- Parasuraman, A ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1988). "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality", **Journal of Retailing**, 64(1), 12-40
- Parasuraman, A. ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1991). "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale", **Journal of Retailing**, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A. ; Zeithaml, V.A ; Berry, L.L (1994)."Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research", **Journal of Marketing**, 56 January), 111-124.
- Peyrot, M ; Cooper, P. D ; Schnapf, D (1993). "Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services", **Journal of Health Care Marketing**, 13(1), 24-34.
- Rakich, J. S; Longest, B.B ; Darr, K (1992). **Managing Health Services Organizations**, Health Professions Press, Third Edition, USA.
- Reidenbach, R.E ; Sandifer-Smallwood, Beverly (1990). "Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach", **Journal of Health Care Marketing**, 10 (4), 47-56.
- Robledo, Marco Antonio (2001). "Measuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations", **Managing Service Quality**, 11(1), 22-31
- Sağlık Bakanlığı (2000). **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**, S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.
- Seçim, Hikmet (1991). **Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İstanbul.
- Steiber, S.R ; Krowinski, W.J (1990). **Measuring and Managing Patient Satisfaction**, American Hospital Publishing, USA.

- Tarım, Mehveş (2000). "Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite", Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını, Yayın No:38, Ankara.
- Tek, Ömer Baybars (1999). **Pazarlama İlkeleri**, Beta Yayınları, İstanbul.
- Teas, R. Kenneth (1993)."Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality", *Journal of Marketing*, 57(October), 18-34.
- Tokat, Mehmet. (1997). **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı:1992-1996**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını, Ankara.
- Tomes, Anne E ; Peng, Stephen Chee (1995) "Service Quality in Hospital Care: The Development of an In-Patient Questionnaire", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(3), 25-33.
- Tütüncü, Özkan (2001).**Yiyecek İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi**, Turhan Kitapevi Yayınları, Ankara.
- Uyguç, Nermin (1992)."*Hizmet kalitesi olgusunun analitik bir yaklaşımla incelenmesi*", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- Uyguç, Nermin (1998). **Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım**, Dokuz Eylül Yayınları,1.baskı, İzmir.
- Wallance, Willian ; Kanji, Gopal K (2000) "Business Excellence Through Customer Satisfaction", *Total Quality Managament*, 11(7), 979-998.
- Zeithaml, Valarie A ; Parasuraman, A ; Berry, Leonard L (1990). **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation**, Free Press, USA.