



Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı

**HİZMET PAZARLAMASINDA KALİTE ANLAYIŞI:
SERVQUAL VE SERVPERF KALİTE MODELLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR UYGULAMA**

Ceylan AKDOĞAN

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Olgun KİTAPCI

SİVAS

Temmuz, 2011

**HİZMET PAZARLAMASINDA KALİTE ANLAYIŞI:
SERVQUAL VE SERVPERF KALİTE MODELLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR UYGULAMA**

Ceylan AKDOĞAN

Cumhuriyet Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin İşletme Anabilim Dalı,
Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

SİVAS

Haziran, 2011

KABUL VE ONAY

Ceylan Akdoğan'ın hazırlamış olduğu “Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: SERVQUAL ve SERVPERF Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama” başlıklı bu çalışma, 24/06/2011 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından, “İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı” nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr., Olgun KİTAPCI, (Başkan) (Danışman)

Doç. Dr., Mustafa GÜLMEZ

Yrd. Doç. Dr., Hüdaverdi BİRCAN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.
...../...../.....

Prof. Dr. Mehmet ARSLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans dönemimde bilgilerinden yararlandığım, her zaman yüreklendirici telkinleriyle beni çalışmaya teşvik eden, maddî ve manevî desteğini hiç eksik etmeyen ve bu tezin şekillenmesinde çok büyük katkısı olan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Olgun KİTAPCI'ya;

Lisans ve yüksek lisans yıllarım boyunca tecrübelerinden hep faydalandığım, akademik kariyerimde varış noktası olarak gördüğüm değerli hocam Sayın Doç. Dr. Mustafa GÜLMEZ'e;

Lisans ve yüksek lisans yıllarım boyunca bana emeği geçen tüm hocalarıma, tezimin uygulamalarını yapmam için anlayış göstererek katkı sağlayan değerli arkadaşım Sayın Dr. Adil BOZPOLAT'a;

Tezimin bitmesini dört gözle bekleyen, maddî, manevî en büyük desteği vererek her zaman yanımda olan ve beni yüreklendiren sevgili anneme ve babama en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ceylan AKDOĞAN

ÖZET

AKDOĞAN, Ceylan, “Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: SERVQUAL ve SERVPERF Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2011.

Günümüzde hizmetlerin profesyonel anlamda pazarlanmasının gittikçe önem kazanması, sağlık hizmetleri pazarlamasında da önemli gelişmeler kaydedilmesine yol açmıştır. Özellikle, özel sağlık hizmetlerinin artışı ve sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamalarını önemli bir konuma getirmiştir.

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesi denildiğinde, çoğu hastane yöneticisi için bu, teşhisten tedaviye hizmet sunumunu olanaklı hale getiren teknik unsurların kalitesi anlamına gelmektedir. Bu da, kalite tanımındaki müşteri odaklılıkla bağdaşmamaktadır. Çünkü bu noktada hastanın hizmet kalitesiyle neyi işaret ettiği gözden kaçmaktadır. Hasta bakış açısıyla hizmet kalitesi, sağlık hizmeti sunanların anlayışlarından farklı olarak, hizmetin teknik yönü kadar, hastanenin fiziksel olanaklarını, atmosferini, personelin yaklaşımını vb. kapsamaktadır.

Bu çalışmada, sunulan hizmetlerin kalitesinin hastalar tarafından ne düzeyde algılandığını tespit etmek amacıyla Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde poliklinik hizmeti alan hastalar üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Bu çalışmada genel kabul görmüş hizmet kalitesi ölçüm modelleri olan SERVQUAL ve SERVPERF modellerinin boyutsal oluşumları ve bu iki model arasındaki farklılıklar ortaya konulmuştur. Araştırma verilerinin analiz aşamasında t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin teknik kısmından çok, hastaların daha rahat algılayabileceği, hizmeti sunan personelin tutumu, davranışı, hastaların personele güveni gibi konular değerlendirmeye alınmış ve hastaların hastanede sunulan hizmetlerden beklenti ve algılama dereceleri üzerinde durulmuştur. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastanede sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi arasında ilişkinin olup olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Hizmetlerinde Kalite, SERVQUAL, SERVPERF

ABSTRACT

AKDOĞAN, Ceylan, “The Concept of Quality in Service Marketing: An Application Directed to The Comparison of SERVQUAL and SERVPERF Quality Models”, Master’s Thesis, Sivas, 2011.

The reality that the professional marketing of the services gains more and more importance at present gave way to some important developments in the marketing of health services. Especially the increase in the private health services and the the presentation of health services according to the rules of the managementship have made the applications of marketing very important in health services field.

When one mentions the quality of the services provided by the health institutions, it means for most of the hospital administrators the quality of the technical elements that make up the supply of service from the diagnosis to the treatment possible. However, this is not compatible with the state of being customer-centered as indicated in the definition. Because it is not noticed here what the costumers mean by the concept of the quality of the services. Unlike the understanding of the ones who give the heath service, the quality of the services from the point of view of the consumers includes not only the technical qualities of the service but also the physical qualities of the hospital, its environment and the behaviour of the staff etc.

In this study, with the intention of determining to what extend the services provided by the heath care sector are perceived by the patients, a public survey on the patients taking polyclinic service in Cumhuriyet University Health Care Application and Research Hospital. In this context, SERVQUAL and SERVPERF models which are generally accepted service quality measurement models’ dimensional formations and between of these methods different have been shown. More than the technical qualities of the heath services, the subjects more visible to the patients such as the behaviours and the actions of the heath care staff and the reliance of the patients on the staff have been taken under the evaluation and the perception degrees of the patients related to the given services have been determined.

It has been determined whether there is a relation between socio-demographic qualities of the patients and services provided in the hospital.

Key Words: Quality in Health Care, SERVQUAL, SERVPERF.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL OLARAK HİZMET VE HİZMET PAZARLAMASI

1.1.	HİZMET KAVRAMI VE HİZMET KAVRAMININ GELİŞİM SÜRECİ.....	3
1.2.	HİZMETLERİN ORTAK ÖZELLİKLERİ.....	7
1.2.1.	Hizmetlerin Soyut Olması (Dokunulmazlık).....	7
1.2.2.	Hizmetlerin Eş Zamanlı Üretim ve Tüketiminin Olması (Ayrılmazlık).....	8
1.2.3.	Hizmetlerin Heterojen Olması (Değişkenlik).....	9
1.2.4.	Hizmetlerin Stoklanamaz Olması (Dayanıksızlık).....	10
1.2.5.	Hizmetlerde Sahiplik	11
1.3.	HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI.....	12
1.3.1.	İnsan Gücüne Dayalı Hizmetler.....	13
1.3.2.	İnsan Gücüne Dayalı Olmayan Hizmetler.....	13
1.3.3.	Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektiren Hizmetler.....	13
1.3.4.	Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektirmeyen Hizmetler.....	14
1.3.5.	Kişisel İhtiyaçları Karşılaman Hizmetler.....	14
1.3.5.1.	Aranmayan Hizmetler.....	14
1.3.5.2.	Kolayda Hizmetler.....	14
1.3.5.3.	Beğenmeli Hizmetler.....	15
1.3.5.4.	Özellikli Hizmetler.....	15
1.3.6.	İşletme İhtiyaçlarını Karşılaman Hizmetler.....	15
1.3.7.	Kâr Amaçlı ya da Kâr Amaçsız Hizmetler.....	15

1.4. HİZMET SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ.....	16
1.4.1. Hizmet Sektörünün Türkiye Ekonomisindeki Yeri.....	16
1.4.2. Hizmet Sektörünün Gelişmesi ve Gelişme Nedenleri.....	17
1.5. HİZMET PAZARLAMASI KAVRAMI.....	19
1.6. HİZMET İŞLETMELERİNDE PAZARLAMANIN KONUMU.....	20
1.7. HİZMET PAZARLAMASINA ÖZGÜ PAZARLAMA KARMASI	21
 ELEMENLARI.....	21
1.7.1. Ürün – Product (Hizmet).....	22
1.7.2. Fiyat (Price).....	23
1.7.3. Tutundurma (Promotion).....	25
1.7.4. Dağıtım (Place).....	25
1.7.5. Fiziksel Ortam (Physical Environment).....	27
1.7.6. Katılımcılar (People).....	27
1.7.7. Süreç Yönetimi (Process).....	28

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMETTE KALİTE ve KALİTE MODELLERİ

2.1. KALİTE KAVRAMI.....	30
2.2. ÜRETİM VE HİZMETLER AÇISINDAN KALİTE.....	32
2.2.1. Üretim Açısından Kalite.....	32
2.2.2. Hizmetler Açısından Kalite.....	32
2.3. HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE.....	33
2.4. HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜM MODELLERİ.....	35
2.4.1. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Öne Sürdüğü Kalite Boyutları ve Boşluk (GAP) Analiz Modeli.....	36
2.4.2. Cronin ve Taylor'ın (1992) Tek Performans (SERVPERF) Modeli...	43
2.4.3. Christian Grönroos'un (1984) Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli	44
2.4.4. Haywood-Farmer'ın (1988) Hizmet Kalite Modelinin Niteliği.....	47
2.4.5. Brogowicz, Delene ve Lyht'nin (1990) Sentezlenmiş Hizmet Kalite Modeli.....	50
2.4.6. Mattsson'ın (1992) Hizmet Kalite Modelinde İdeal Değer.....	50
2.4.7. Berkley ve Gupta'nın (1994) Bilgi Teknolojisi Uyum Modeli.....	51

2.4.8.	Spreng ve Mackoy'un (1996) Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli.....	52
2.4.9.	Sweeney, Soutar ve Johnson'un (1997) Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli.....	53
2.4.10.	Oh'un (1999) Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli.....	53
2.4.11.	Dabholkar'ın (2000) Öncüller ve Uzlaştırıcı Modeli.....	54
2.4.12.	Frost ve Kumar'ın (2000) İç Hizmet Kalite Modeli.....	55
2.4.13.	Soteriou ve Stavrinides'in (2000) DEA İç Hizmet Kalite Modeli.....	56
2.4.14.	Broderick ve Vachirapornpuk'un (2002) İnternet Bankacılığı Modeli	57
2.4.15.	Zhu, Wymer ve Chen'nin (2002) Bilgi Teknolojisi (BT) Tabanlı Modeli.....	58
2.4.16.	Santos'un (2003) E-hizmet kalitesi Modeli.....	58

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAVRAMSAL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

3.1	SAĞLIK KAVRAMI.....	60
3.2	KAVRAMSAL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	60
3.3	SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI	61
3.3.1.	Sağlık Hizmetinde Arz ve Talep.....	61
3.3.2.	Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	63
3.4.	SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	64
3.4.1.	Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	64
3.4.1.1.	Çevresel Sağlık Hizmetleri.....	65
3.4.1.2.	Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri.....	65
3.4.2.	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	65
3.4.3.	Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	66
3.4.3.1.	Tıbbi Rehabilitasyon.....	66
3.4.3.2.	Sosyal Rehabilitasyon.....	66
3.4.4.	Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	66
3.5.	HASTANELERİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI.....	67

3.5.1.	Hastane Tanımı.....	67
3.5.2.	Hastanelerin Sınıflandırılması.....	68
3.5.2.1.	Verilen Hizmetin Türüne Göre Sınıflandırma.....	68
3.5.2.1.1.	Genel Hastaneler.....	68
3.5.2.1.2.	Özel Dal Hastaneleri.....	68
3.5.2.2.	Finansal Kaynaklarının Türüne (Mülkiyet) Göre Sınıflandırma...	68
3.5.2.3.	Büyükliklerine (Yatak Kapasitesine) Göre Sınıflandırma.....	69
3.5.2.4.	Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Sınıflandırma.....	69
3.6.	SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI.....	69
3.6.1.	Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Önemi.....	70
3.6.2.	Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri.....	71
3.6.3.	Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Eleştiriler.....	72
3.6.4.	Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması.....	73
3.6.4.1.	Sağlık Hizmetlerinde Ürün.....	73
3.6.4.2.	Sağlık Hizmetlerinde Fiyat.....	75
3.6.4.3.	Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım.....	75
3.6.4.3.1.	Dağıtım Kanalları.....	76
3.6.4.4.	Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma.....	77
3.6.4.4.1.	Tutundurma Araçları.....	77
3.6.4.4.1.1.	Reklam.....	77
3.6.4.4.1.2.	Halkla İlişkiler.....	77
3.6.4.4.1.3.	Satış Özendirme.....	78
3.6.4.4.1.4.	Kişisel Satış.....	78
3.6.4.4.1.5.	Doğrudan Pazarlama.....	79
3.6.4.5.	Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılar.....	79
3.6.4.5.1.	Personel.....	79
3.6.4.5.2.	Hastalar.....	80
3.6.4.6.	Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Ortam.....	80
3.6.4.7.	Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yönetimi.....	81

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

POLİKLİNİKLERDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN C.Ü. SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NE BAKIŞ AÇILARI VE TATMİN DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

4.1.	ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	82
4.2.	ARAŞTIRMANIN AMACI.....	82
4.3.	ARAŞTIRMANIN KAPSAMI.....	83
4.4.	ARAŞTIRMANIN KISITLARI.....	83
4.5.	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	83
4.6.	VERİLERİN ANALİZİ.....	84
4.6.1.	Güvenilirlik Testi.....	85
4.7.	ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE DEĞERLENDİRMELER	86
4.7.1.	Polikliniklerde Tedavi Gören Hastaların Demografik ve Sosyo- Ekonomik Değişkenlere İlişkin Bulguları ve Değerlendirmeleri	86
4.7.2.	Polikliniklerde Tedavi Gören Hastaların Sunulan Hizmetlere Yönelik SERVQUAL ve SERVPERF Skorları ile İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları	95
4.7.3.	Poliklinik Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular.....	98
4.7.3.1.	Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi ve Sonuçları	98
4.7.3.2.	Poliklinik Hastalarının İkametgâhlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi ve Sonuçları.....	100
4.7.3.3.	Poliklinik Hastalarının Gelir Düzeylerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ve Sonuçları.....	101

4.7.3.4. Poliklinik Hastalarının Eğitim Düzeylerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ve Sonuçları	104
.....	104
SONUÇ, DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER.....	108
KAYNAKÇA.....	113
EKLER.....	124
EK1: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları İle İlgili Anket Formu.....	124

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hizmet Kavramı.....	23
Şekil 2: Malların ve Hizmetlerin Dağıtım Kanalları.....	26
Şekil 3: Boşluk (GAP) Analiz Modeli.....	38
Şekil 4: Hizmet Kalitesinin Bileşenleri.....	41
Şekil 5: Hizmet Kalites Modeli.....	47
Şekil 6: Niteliksel Hizmet Kalitesi Modeli.....	49
Şekil 7: Bilgi Teknolojisi Uyum/Sıraya Koyma Modeli.....	51
Şekil 8: Memnuniyet Hizmet Kalite Modeli.....	52
Şekil 9: Müşteri Değeri ve Memnuniyeti Hizmet Kalite Modeli.....	54
Şekil 10: Öncüler ve Uzlaştırıcı Model.....	54
Şekil 11: İç Hizmet Kalitesi Modeli.....	55
Şekil 12: DEA Hizmet Kalitesi Modeli.....	56
Şekil 13: Santos'un E-Hizmet Kalite Modeli.....	59
Şekil 14: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.....	64
Şekil 15: Sağlık Hizmetlerinde Çekirdek ve Genişletilmiş Hizmet.....	74

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: SERVQUAL Ölçeğın Boyutları.....	42
Tablo 2: Cronbach α Testi İle Elde Edilen Güvenirlik Değerleri.....	85
Tablo 3: Araştırma Örneğinin Polikliniklere Göre Dağılımı.....	86
Tablo 4: Ankete Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı.....	87
Tablo 5: Ankete Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	87
Tablo 6: Ankete Katılan Hastaların İkametgâh Durumlarına Göre Dağılımı	87
Tablo 7: Ankete Katılan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	88
Tablo 8: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı.....	88
Tablo 9: Ankete Katılan Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı.....	88
Tablo 10: Ankete Katılan Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.....	89
Tablo 11: Poliklinik Hastalarının Poliklinik Hizmeti Alabilmek İçin Bekleme Sürelerine Göre Dağılımı.....	89
Tablo 12: Poliklinik Hastalarının Doktorun Muayene İçin Ayırdığı Zamanı Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Dağılımı.....	90
Tablo 13: Ankete Katılan Hastaların C.Ü. Araştırma Hastanesi'nde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı	90
Tablo 14: Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin İfadenin Polikliniklere Göre Dağılımı.....	91
Tablo 15: Poliklinik Hastalarının Hastane Hizmetlerini Önceki Geliş/Gelişlerine Göre Değerlendirme Dağılımı.....	91
Tablo 16: Ankete Katılan Hastaların C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ni Eş, Dost ve Akrabaya Tavsiye Etme Durumlarına Göre	

Dağılımı.....	92
Tablo 17: Poliklinik Hastalarının Hastaneyi Tercih Etme Durumlarına Göre Dağılımı	92
Tablo 18: Poliklinik Hastalarının Tatmin Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	92
Tablo 19: Poliklinik Hastalarının C.Ü. Araştırma Hastanesi'ni Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı.....	93
Tablo 20: Poliklinik Hastalarının Sunulan Hizmetten Memnun Olmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	93
Tablo 21: Sağlık Hizmeti Kalitesini Ölçmeye Yönelik İfadeler ve Notasyonlar	94
Tablo 22: Ankete Katılan Hastaların Hastaneden Beklentileri, Algılama ve SERVQUAL Skorları.....	95
Tablo 23: Ankete Katılan Hastaların Hastaneden Beklentileri, Algılama ve SERVPERF Skorları.....	96
Tablo 24: Grupların SERVQUAL ve SERVPERF Ortalamalarının Karşılaştırılması	97
Tablo 25: Tüm SERVQUAL ve SERVPERF Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması	98
Tablo 26: Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin t Testi Sonuçları.....	99
Tablo 27: Poliklinik Hastalarının İkâmetgahlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin t Testi Sonuçları.....	100

Tablo 28: Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) Sonuçları (Gelir Düzeyi).....	102
Tablo 29: Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) Sonuçları (Eğitim Düzeyi).....	104

GİRİŞ

Pazarlamanın konusunun temelinde, insanların ihtiyaç ve isteklerini karşılamaya yönelik değişim yatmaktadır. İşletme yönetimi açısından pazarlama: “işletme amaçlarına ulaşmayı sağlayacak mübadeleleri gerçekleştirmek üzere, ihtiyaç karşılayacak malların, hizmetlerin, fikirlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtılmasına ilişkin planlama ve uygulama sürecidir” şeklinde tanımlanmaktadır.

Bu bakımdan hizmet sektörü, pazarlama anlayışının yaygın biçimde kullanılmaya başlandığı bir alan olmakla birlikte hastaneler için yeni bir olgudur. Ancak gün geçtikçe gelişen ve zenginleşen uygulamalara tanık olunmaktadır. Bu durum, hizmet ve hizmet pazarlaması konularına dikkati yoğunlaştırmakta ve bu konulardaki özgün açıklamalar gittikçe artmaktadır.

Özellikle hizmeti, mümkün olduğunca daha kaliteli bir şekilde sunmak için yapılan araştırmalar literatürde oldukça fazla bir yere sahiptir. Hizmet kalitesini belirlemek için, genellikle hizmet kalitesini oluşturan bileşenlerin tespit edilmesi ve ölçülmesi gerekmektedir. Hizmetlerin oluşturulmasında temel etken beşeri faktörlerdir başka bir ifadeyle insan davranışlarıdır. Bir hizmeti sunan kişinin, aynı hizmeti daha sonra tekrar sunması sırasında farklılıklar olabilir. Bu ise hizmetin içeriğinin, kalite, kapasite ve kapsam açısından farklılıklar gösterebileceği anlamına gelmektedir. Hizmet kalitesi, hizmet sunanın tavır ve davranışlarından etkilenmektedir. Aynı şekilde hizmetten yararlananların davranışları da hizmetin kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Hizmet kalitesinin bu soyutluk özelliğinden dolayı literatürde hizmet kalitesinin ölçümü üzerine birçok yöntem geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları şunlardır:

- Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli, (Grönroos, 1984)
- GAP Modeli, (Parasuraman,1985)
- Niteliksel Hizmet Kalitesi Modeli, (Haywood ve Farmer,1988)

- Hizmet Kalitesi Modellerinin Sentezi, (Brogowicz,1990)
- Sadece Performans Modeli / SERVPERF, (Cronin ve Taylor,1992)
- Hizmet Kalitesi Modellerinin İdeal Seviyesi, (Mattsson,1992)
- Performans Değerlendirme ve Standartlaştırılmış Kalite Modeli, (Teas,1993)
- IT/Bilgi Teknolojileri Yatırımını Sıralama Modeli, (Berkley ve Gupta,1994)
- Nitelikli ve Kapsamlı Etki Modeli, (Dabholker,1996)
- Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyeti Modeli, (Spreng ve Mackoy,1996)
- Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli, (Sweeney,1997)
- Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli, (Oh,1999)
- Öncü ve Aracı Modeli,(Dabholkar, 2000)
- İç Hizmet Kalitesi Modeli, (Frost ve Kumar, 2000)
- İç Hizmet Kalitesi DEA Modeli, (Soteriou ve Stavrinides, 2000)
- İnternet Bankacılığı Modeli, (Broderick ve Vachiraparnpuk, 2002)
- Bilgi Teknolojisi Yatırımı (IT) Temelli Model, (Zhu, 2002)
- E- Hizmet Kalitesi Modeli,(Santos,2003)

Bazıları yaygın uygulama alanları bulurken bazıları sadece sektörel uygulamalarda kullanılmıştır. Bu yöntemlerden en yaygın ikisi; Parasuraman, Cronin ve Taylor tarafından önerilen SERVQUAL ve SERVPERF metodlarıdır. Bu araştırma da ise, hizmet kalitesi ölçüm modellerinden SERVQUAL ve SERVPERF'in birbirlerine karşı üstünlükleri ve zayıflıkları uygulamalı olarak karşılaştırılmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL OLARAK HİZMET VE HİZMET PAZARLAMASI

1.1. HİZMET KAVRAMI VE HİZMET KAVRAMININ GELİŞİM SÜRECİ

Hizmet kavramı temel anlamı itibariyle “birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma” olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu Sözlüğü,1998:1000). İnsanoğlu doğası gereği topluluk halinde yaşamakta, sosyal yapısı gereği birbiri ile iletişim kurmakta ve birbirine ihtiyaç duymaktadır. Bu yüzden insanoğlunun var olduğundan bugüne kadar olan tüm dönemlerde hizmetlerin var olduğundan söz etmek mümkündür (Biçer, 2007:46).

Hizmet, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını tatmin etmek üzere üretilen, depolanamayan, üretildiği anda tüketilen ve heterojen özelliklere sahip etkinlikler bütünüdür (Gülmez ve Dörtüol, 2009:112).

Günümüzde hemen hemen tüm örgütler varoluş amaçlarını “hizmet vermek; halka tüketiciye hizmet vermek” biçiminde ifade etmektedirler. İletişim yoluyla tüketicilere yansıyan bu mesajlar hem kamu kuruluşları hem de özel sektörde yer alan işletmeler tarafından iletilmektedir. İlginç olan ise geleneksel hizmet işletmesi olarak tanımlayabileceğimiz hastane, üniversite, banka, restoran ve turizm işletmeleri dışında artık bir buzdolabı, otomobil ve bilgisayar satışının da hizmet ağırlıklı mesajlar içermesidir. Dolayısıyla günümüzde ekonominin klasik imalat, ticaret ve hizmet biçiminde üçlü ayrımı yerine, her sektör kendini bir hizmet örgütü olarak konumlandırmayı seçmektedir. Bu karmaşıklık nedeniyle hizmetin pek de kolay tanımlanamayan bir olgu olduğu ise kolayca söylenebilmektedir (Öztürk, 2003:3).

Hizmet kavramı ilk olarak 18. yüzyılın ilk yarısında Avrupalı filozoflarca sistemli bir şekilde ele alınmış ve zirai faaliyetlerin dışındaki tüm faaliyetler olarak tanımlanmıştır. Bu açıklama ışığında hizmetle ilgili ilk düşüncelerden biri klasik iktisatçılardan Adam Smith (1723-1790) tarafından yapılmıştır. Smith, emeği üretken

ve üretken olmayan olarak ikiye ayırmıştır. Adam Smith'e göre; "bazı emek satılabilir bir mal üretmektir. Emek kendini bu malda somutlaştırmaktadır. Bu tür emek üretken emek olarak kabul edilmektedir. Bir başka tür emek ise, üretken olmayan emektir. Bu tür emek kendini emek kullanımı bittikten sonra devam ettirmekte ve eşit miktarda bir emeği satın alabilecek herhangi bir malda somutlaştırmamaktadır." Adam Smith hizmeti "maddi çıktısı olmayan faaliyetler" olarak tanımlamaktadır. Smith, hizmet ile ilgili görüşüne şöyle devam etmektedir; "Hizmetçilerin, sanatçıların, yöneticilerin, devlet memurlarının ve toplumda en saygın mevkide bulunan daha birçok kişinin emeği bu gruba girmektedir. Bu tür emek üretken emek değildir." Kısacası hizmet sektörü verimli olmayan faaliyetler olarak değerlendirilmiştir (Gülmez ve Kitapçı, 2008:7).

Alfred Marshall hizmeti, "üretildiği anda tüketilen faaliyetler" olarak, Jean-Baptiste Say ise "mallara belirli fayda ekleyen tüm üretim dışı faaliyetler" olarak tanımlamıştır (Gümüšoğlu ve Pınar, 2007:10). Say'a göre üretim, fiziksel ürün üretimi değil " fayda üretimi"dir. Ürünlere fayda ekleyen tüm imalat faaliyetleri hizmettir (Savaş, 2000:298). Görüleceği üzere hizmet kavramı ekonomik, sosyal ve teknolojik değişmelere bağlı olarak her an yeni bir şekle bürünmektedir.

Grönroos'a göre ise hizmet, dokunulmaz bir yapıya sahip olan müşteri ve hizmet personeli ve/veya hizmeti sağlayan araç ve gereçleri veya mal ve /veya sistemleri arasındaki etkileşim anında oluşan ve müşteri problemlerine çözüm olarak sağlanan bir faaliyet ya da faaliyetler dizisidir. Bu tanım hizmet faaliyetlerini daha geniş perspektiften alarak, hizmetin etkileşim boyutu üzerinde durmaktadır. Bu etkileşim, hizmeti sunan kişi ile müşteri arasında olabildiği gibi, hizmetin sunulduğu çevredeki ekipman ve mallarla da olabilmektedir. Başka bir ifade ile; bir sağlık hizmeti sunumu, doktor ve hastanın etkileşimi kadar, hizmetin sunulduğu yerdeki tıbbi cihaz v.b. fiziksel unsurlarla olan etkileşimini de içermektedir (Çatı, 2002:10).

Karahan (2000:21)' a göre hizmetler soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda ya da bir tatmin olarak algılanmaktadır. Bu ifadeler ışığında yapılan tanıma göre, "hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziki olmayan ürünlerdir."

Hizmetlerle ilgili çalışmalarda en çok dikkat çeken unsurlardan biri, hizmetin kapsamının çok geniş olması diğeri ise sınırlarının belirlenmesinin güç olmasıdır. Hizmetler çok geniş bir ekonomik faaliyeti ifade etmektedir. Yani neler maldır, neler hizmettir? Ya da hizmetsiz mal veya malsız hizmet sunumu mümkün müdür? Gibi sorular hizmet tanımını yapmayı gerçekten zorlaştırmaktadır. Yapılan hizmet tanımlarında genelde hizmetin sınırları çizilmeye çalışılmış ancak mal ve hizmet ayrımı tam olarak yapılamamıştır. Mesela, Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmetleri, “satışa arz edilen ya da malların satışı esnasında müşteriye sunulan eylemler, faydalar ya da tatminler veya bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemler (Ersöz vd., 2007:19)” diye tanımlamaktadır. Bu tanımda özellikle vurgulanan iki konu vardır: Bunlardan birincisi; pazarlama faaliyeti açısından çok önemli olan bir mamulün satışı anında ya da satışı sonrasında müşteriye sunulan fayda ya da taşıma ve kurma gibi tatminlerdir. Bu pazarlama faaliyeti, müşteriye kazanmak ve müşterinin talebinin devamını sağlamak açısından vazgeçilmez bir faaliyettir. İkincisi ise, herhangi bir mal satmaksızın müşteriye eylem, fayda ve tatmin sağlamayı hedefleyen eğitim ve sağlık gibi hizmetlerdir. Burada fiziki bir malın satışı söz konusu değil, doğrudan satışa sunulan hizmetin kendisidir (Çatı, 2002:8). Bu tez çalışmasında ayrıntılı olarak incelenecek konu bir mamul satılmaksızın müşterilere sunulan hizmetlerdir.

Günümüzde, gelişmiş ülkelerde hizmet sektörü ekonominin hâkim sektörlerinden biri haline gelmiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün ülke ekonomisi içindeki payının arttığı görülmektedir. Günümüzde gelişmiş birçok ülkenin milli gelirinin çok büyük bir kısmını hizmet sektöründen elde ettiği bilinmektedir. Batı dünyasının insanları hizmet temelli bir ekonomik yapı içerisinde yaşamaktadır. Bu ifadenin paralelinde 1989 yılında yapılan bir araştırmada Amerika Birleşik Devletleri'nde Gayri Safi Yurtiçi Hâsılının (GSYİH) %69'u, İngiltere'de %62'si, Almanya'da %60'ı, Fransa'da %67'si ve Japonya'da ise %56'sının hizmet sektörüne ait olduğu saptanmıştır. 1999 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından yapılan bir çalışmada ise ABD, Kanada İngiltere ve Avusturalya gibi yüksek gelişmiş ülkelerde çalışan işçilerin çoğu

hizmet sektörlerinde çalışmaktadır. Bu oranlar Amerika Birleşik Devletleri için % 75, Kanada için %75, İngiltere için %73 ve Avustralya için ise %74 olarak belirlenmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerde daha azdır. Örnek vermek gerekirse, İspanya %59, Portekiz %53, İrlanda %53 ve Yunanistan %49 olarak raporda gösterilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha düşüktür. Örnek olarak, Meksika % 30 ve Bangladeş % 28'dir (Gülmez ve Kitapçı, 2008: 6).

Ekonomik gelişme gösteren ülkemizde, diğer sektörler içinde hizmet sektörü, kendi payında bir ilerleme göstermiştir. Ülkemiz, bu gerçeği gayri safi milli hâsıla içindeki hizmet sektörünün payı ile ispatlamaktadır. Hizmet sektörünün payı, 1970 yılında %46,7 iken, bu oran 1980 yılında %56,2; 1990 yılında % 58,4; 2001 yılında %63,5; 2006 yılının sonlarına doğru ise bu oran %72 olarak gerçekleşmiştir (<http://www.die.gov.tr/istatistikler>). Anlaşılacağı üzere Dünyada ve Türkiye'de hizmet sektörünün çıtası yükselmekte ve bunlara ek olarak müşteri profilinin değişmesi ile ortaya çıkan yeni istek ve ihtiyaçları en uygun şekilde yerine getirebilmek için yeni hizmet alanları meydana gelmektedir.

Sağlık, ulaştırma, finansman, eğitim, spor, hukuk vb. alanlardaki hızlı gelişmeler bu alanlardaki hizmet türlerinin ve hizmet işletmelerinin de artmasına yol açmıştır. Bunlara paralel olarak da hizmet sektörünün insan ağırlıklı olması ve istihdam hacmindeki büyük artış bu sektörün eskisinden daha ayrıntılı incelenmesini gerektirmektedir. Hizmetleri ve hizmet işletmelerini incelemek için üç temel neden bulunmaktadır. Bunlar (İçöz, 2005:2):

- Hizmet işletmeleri her endüstrileşmiş ülkede ekonomik faaliyetlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hizmetlerin ve hizmet işletmelerinin ekonomideki yeri ve hacmi arttıkça, bu alanda eğitim almış insanların çoğunun istihdam edileceği ekonomik sektör ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla hizmetler üretim ve istihdam açısından üzerinde önemle durulması gereken bir faaliyet alanıdır.
- Hizmetler ekonomisinin ülkelerde bugün ulaştığı boyuta karşın, ekonomi alanında yapılan akademik çalışmalar ve araştırmalar, bu faaliyetleri göz ardı etmişlerdir. Bu nedenle hizmetlerin iyi tanınması ve özelliklerinin bilinmesi, bu alanda çalışmayı düşünenlere önemli ölçüde avantaj sağlayacaktır.

- Hizmetlerin somut mallardan ayrı değerlendirilmesini gerektiren birçok özelliği bulunmaktadır. Bu nedenle de, hizmet işletmelerinde endüstriyel mal üreten işletmelerden farklı olarak uzmanlaşmış elemanlar istihdam edilmekte ve değişik yönetsel teknikler uygulanmaktadır. Dolayısıyla mal üretimi yapan işletmelerde elde edilen bilgi ve deneyimler her zaman hizmet işletmelerine uyarlanmayabilmektedir.

1.2. HİZMETLERİN ORTAK ÖZELLİKLERİ

Hizmetlerin fiziki mallardan farklı olduğu, birçok akademisyen tarafından vurgulanmıştır. Hizmetlerin farklı olduğu noktaların çok iyi anlaşılması, hizmet işletmelerinin kendilerine has üretim, yönetim ve pazarlama stratejilerini belirlemelerinde kolaylıklar sağlayacaktır. Hizmetlerin içerikleri ve mallardan ayıran bazı nitelikleri sebebiyle hizmet pazarlaması faaliyetleri de farklı özellikler arz etmektedir. Hizmetleri mallardan ayıran bazı spesifik özellikler söz konusudur. Bunlar (Öztürk, 2003:8):

- Hizmetlerin Soyut Olması (Dokunulmazlık)
- Hizmetlerin Eş Zamanlı Üretim ve Tüketiminin Olması (Ayrılmazlık)
- Hizmetlerin Heterojen Olması (Değişkenlik)
- Hizmetlerin Stoklanamaz Olması (Dayanıksızlık)
- Sahiplik

Bu spesifik özelliklere kısaca değinilmekte fayda vardır.

1.2.1. Hizmetlerin Soyut Olması (Dokunulmazlık)

Hizmetler fiziksel olmayıp performans ya da hareketler olduğu için dokunabilir mallar gibi duyumsanan biçimde görünemez, dokunulamaz, hissedilemez ve tadılamazlar. Bir hizmet satın aldığımızda genellikle hizmeti temsil edecek somut bir şey bulunmamaktadır. Örneğin sağlık hizmetleri bu hizmeti sunanların hastalara yönelik muayene, teşhis, inceleme ve tedavi gibi eylemlerinden oluşmaktadır. Teşhis ve tedavi tamamlandıktan sonra bile hasta yerine getirilen hizmeti bütünüyle

kavrayamayabilir. Bu durum hizmetlerin dokunulmazlığı veya fiziksel bir varlığa sahip olamamasının bir sonucudur (Öztürk, 2003:9).

Hizmet alıcıları, belirsizliği azaltmak için “hizmet kalitesinin” işaretlerini aramaktadırlar. Ayrıca kalite hakkında; mekan, insanlar, ekipman, fiyat ve iletişim araçlarından sonuçlar çıkarmaktadırlar. Buna göre, hizmet sağlayıcısının görevi, “hizmeti somutlaştırmak” olmalıdır. Mamül pazarlamacıları, somut ürünlere soyut vasıflar atfetmeye çalışırken, hizmet pazarlamacıları için durum bunun tersidir (Akkılıç, 1996:29; Erdem, 2007:9).

Hizmetler maddi bir varlık olmamaları nedeniyle, genellikle patentleşerek korunamazlar, taklit edilebilme oranları yüksektir ve fiyatlandırılmaları zordur. Depolama, taşıma, ambalaj içerisine alma, stok yapma, ileriki tarihlerde değerlendirme olanaklarının olmamasından ötürü hizmetlerin pazarlanması da mallara göre daha zor olmaktadır (Biçer, 2007:51).

Bu bağlamda öncelikle hizmetin somut bir sunuluşu geliştirilmelidir. Finansal kuruluşların hizmetlerini somutlaştırmak için kullandıkları kredi kartları buna örnek olarak gösterilebilir. Daha sonra hizmet kuruluşlarının görünen boyutları çekici ve etkili biçimde sunulmalıdır. Şirket çalışanları, büro düzeni ve donanımı etkili bir hizmet sunulduğunu belirtmesi açısından önemlidir. Daha sonra; hizmet pazarlamacıları reklamlarında hizmetin getireceği yararı somut bir obje ile aktarmaya çalışmalıdırlar ve son olarak; hizmetin dokunulmazlık özelliğinin üstesinden gelebilmek için çok etkili bir müşteri ilişkileri geliştirilmelidir (Erdem, 2007:8).

1.2.2. Hizmetlerin Eş Zamanlı Üretim ve Tüketiminin Olması (Ayrılmazlık)

Birçok mamül önce üretilmekte, bir süre stoklanıp daha sonra tüketilmektedir. Hizmet ise, bunun aksine aynı anda üretilmekte ve tüketilmektedir. Hizmet sunulurken müşteri, sunum yerindedir. Hatta müşteri üretimde dahi rol alabilmektedir. Bu sayede müşteri, deneyimleri ile hizmeti yönlendirmektedir (Özgüven, 2008:658).

Hizmetin üretilme sürecinde müşteriler genellikle birbirleriyle iletişimde bulunacak ve birbirlerinin deneyimlerini etkileyeceklerdir. Eş zamanlı üretim ve tüketimin bir sonucu olarak hizmet üretenler kendilerini ürünün bir parçası ve müşterinin hizmet deneyiminin önemli bir girdisi olarak görmektedirler. Hizmetler aynı anda üretilip tüketildiği için kitlesel üretim imkânsız olmamasına rağmen zordur. Genellikle merkezileşme yoluyla önemli ölçekte ekonomisine ulaşmak da zor olmaktadır. Pazarlama açısından üretim ve tüketimin ayrılmazlığı ilkesi, hizmetlerde doğrudan satışı çoğu kez mümkün olan tek dağıtım kanalı haline getirmektedir ve bir hizmet birden fazla pazarda satılamamaktadır. Bu özellik ayrıca bir işletme tarafından verilen faaliyetlerin hacmini de kısıtlamaktadır. Örneğin bir tamircinin bir günde tamir edebileceği araba miktarı ya da bir doktorun muayene edebileceği hasta sayısı kısıtlıdır (Öztürk, 2003:11).

Mamüller, ihtiyaçların belirlenmesiyle üretilmekte ve tüketicilere sunulmaktadır. Hizmet pazarlanmasında ise, hizmetler tüketicilere sunulmadan hizmetin üretilmiş olması söz konusu değildir. Dolayısıyla hizmetlerin üretimi ve tüketimi, mamul pazarlamasından farklı olarak eşzamanlı gerçekleşmektedir (Erdem, 2007:10).

Hizmetin üretilmesi ve tüketilmesi aynı anda gerçekleştiği ve tedarikçiden ayrılmadığı için, çoğunlukla hizmeti talep eden birey, sürecin içerisinde yer alır, müşteriler sürece katılmaktadır. Dolayısıyla hizmeti sağlayan kişilerin müşterilerle doğrudan ilişkileri söz konusudur. Hizmetin pazarlanmasında başarı veya başarısızlık, hizmeti üreten(sunan) ile satın alan arasındaki ilişkiye bağlıdır ve ilişkinin niteliği başarıyı doğrudan etkilemektedir. Hizmet üreticisi ile tüketicisi (müşteri) arasında yakınlık ve yüz yüze ilişki gerekmektedir (Bayuk, 2006:4).

1.2.3. Hizmetlerin Heterojen Olması (Değişkenlik)

Değişkenlik ya da homojen olmama, hizmetlerin standartlaştırılmamasını açıklayan önemli bir özelliktir. Özellikle de emek yoğun hizmetlerde, hizmetler insanlar tarafından üretilen performanslar olduğundan, tek biçimli ya da tek tip bir çıktıya ulaşmak çok zor olmaktadır. Farklı kişilerin, farklı müşterilere, farklı

zamanlarda verdikleri hizmetlerin standartlaştırılması neredeyse olanaksızdır. İnsanın üretime katılma düzeyi, hizmet üretiminin standardizasyonu ile doğrudan doğruya ilişkilidir. İnsanın üretime katılma düzeyi arttıkça, hizmet üretimine, makine ve teçhizattan, diğer bir ifade ile teknik donanımdan daha yoğun olarak katılıyorsa homojenliği yakalamak zorlaşmaktadır (Gümüšođlu ve Pınar, 2007:21)

Hizmetlerin heterojen olması birbirlerine benzememeleri demektir. Bu özelliklerinden dolayı hizmetleri, standartlaştırmak olanaksız olmasa da az rastlanan bir durumdur. Diğer bir ifade ile hizmetlerin kalitesi ve içerikleri, hizmeti yaratan bir diğerine hatta günden güne değişip farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple, hizmetin kalitesini kontrol etmek, sürekliliğini ve performansını önceden kesin olarak çözmek zordur. Hizmetin özü ve öncelikleri ancak onu üreten insanın kişisel yeteneği ve kapasitesi ile yansıtılabilmektedir. Çünkü hizmetlerin sunumu insanlar tarafından sağlanmaktadır. Hizmeti sunan personel de, o günkü motivasyon, moral ve tutumuna göre farklı hizmet sunacaktır (Alkoç, 2004:7; Biçer, 2007:51).

1.2.4. Hizmetlerin Stoklanamaz Olması (Dayanıksızlık)

Dayanıksızlık hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması, iade edilmemesi ve yeniden satılamaması anlamına gelmektedir. Bir turdaki boş koltuklar, bir oteldeki boş odalar kaybedilmiş kapasite anlamına gelmektedir. Belirli bir zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak veya satılmak için tutulamamaktadır. Bazı hizmetlerde ise talebin düzensiz oluşu hizmetlerin dayanıksızlığını arttırmaktadır. Hizmetlere karşı talep yıl içinde mevsimlere, haftanın günlerine ve hatta gün içinde saatlere göre değişebilmektedir. Hizmetlerin dayanıksızlığı ve talebin inişli çıkışlı olması hizmet işletmesi yöneticilerinin arz ve talebi eşleştirmek için hizmet planlaması, fiyatlama ve satış çabalarına ilişkin önlemler almasını gerektirmektedir. Örneğin turizm tesisleri sezon dışı boş kapasitelerini sempozyum ve seminer gibi faaliyetler için hizmete sunabilmektedirler. PTT şehirlerarası konuşmaların belli saatlerde yoğunlaşması için bazı saatlerde daha düşük ücret talep etmektedir (Öztürk, 2003:12).

Hizmetlerin dayanıksızlık özelliği, soyutluk özelliğinin de sonuçlarından biri olarak değerlendirilebilmektedir. Hizmetleri mallardan ayıran bu özellik, hizmetlerin mallar gibi stoklanamayacağını açıklamaktadır. Hizmetler üretildikleri anda tüketilmelidir. Hizmetlerin bekletilmesi olanaklı olsa da, gereksinimin anlık olması nedeniyle ertelenen hizmet tüketiciye yarar sağlamamaktadır. Örneğin insan acıktığı anda yemek talep eder, yolcu gereksinimi olduğu anda (saatte/dakikada) yolculuk etmek ister, doktor hastasını gerektiği anda ameliyat/televi etmelidir. Bu hizmetler ertelenebilir, bekletilebilir, ancak geçen zaman süresi sonunda hizmetin önemi ve sağlayacağı fayda azalmakta ya da tamamen yok olmaktadır (Akkılıç, 1996:31; Gümüsoğlu ve Pınar, 2007:22).

1.2.5. Hizmetlerde Sahiplik

Bir ürün satın alan ürünün sahibi olurken, hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanmak söz konusudur. Buna bir otel odasından yararlanmak örnek verilebilir. Ödeme, hizmetlerin kullanılması ya da kiralanması için yapılmaktadır. Hizmeti kullananlar da, hizmetin sahipliğini devredememektedir. Bu yüzden kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine daha çok bağımlıdırlar. Bir hizmeti satın alan tüketici, bu hizmeti bir başkasına devredemediği için, hizmetlerde ikinci el pazar oluşmamaktadır. Bir otomobil sahibi, onu ikinci el pazarında satarak değiştirebilir, ancak bir sağlık hizmetini devretmek mümkün değildir (Erdem,2007:16).

Hizmet sektörü yapısı gereği bir malın sahipliğine değil, genellikle soyut bir ürünün kullanımına yönelik çalışmaları ifade etmektedir. Yani hizmetin satışı fiziksel bir malın satışında olduğu gibi müşterinin mamülü görmesi, piyasadaki alternatifleri ile karşılaştırma yapması, incelemesi, test etmesi, garanti olanaklarını değerlendirmesi, standart bir fiyat almak adına araştırma yapması şeklinde gelişmemektedir. Bir malın müşterisi o mala ihtiyacı ne kadar fazla olursa olsun piyasada olanı ya da diğer bir ifade ile üreticinin ürettiği kadar donanıma sahip olanı almak için çaba sarf edecektir. İhtiyaçlarını ve ekonomisini en iyi tatmin eden ürünü seçecek ve satın alma yoluyla ona sahip olacaktır. Örneğin kuaförlük hizmeti sunumunda müşteri ne istediğini bildirir ancak ortaya çıkacak olan ürün tamamen

hizmet satıcısının bireysel kabiliyeti kadardır ve müşterisinin ihtiyacını giderebilir ya da gideremeyebilir, bu durum hizmet kalitesinin ölçümünün zor olması nedeniyle farklı sonuçlanabilmektedir. Burada müşteri üretim sonunda ortaya çıkacak ürünü tam olarak bilmeden satın almaktadır. Ancak üretim esnasında ne istediğini bildirmekte, satıcıda bu istekleri yerine getirme zorunluluğu taşımaktadır. Bu yüzden hizmet sektöründe ürüne sahiplik alım sürecindeki periyodiklik şeklinde oluşmaktadır. Yukarıda bahsi geçen kuaförün müşterisi aldığı hizmette doyuma ulaşmış ise, bir daha ki seferde de aynı kuaförü tercih edecektir (Biçer, 2007:54; Özgüven, 2008:654).

1.3. HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Hizmetlerin sınıflandırılması, işletme yöneticilerine, diğer sektörlerdeki gelişme ve değişimleri izleme ve değerlendirme fırsatları sunmaktadır. İşletmeler, bu fırsatları değerlendirerek rakiplerinden daha öne geçme şansını yakalayabilmektedir. Sınıflandırma sayesinde yöneticiler, hangi hizmet işletmesiyle ortak noktalarda hareket ettiğini veya hangi işletmelerle ortak noktada hareket etmediğini belirleme imkânı bulmaktadır (Karahana, 2000:23).

Şüphesiz hizmet sektöründe sınıflandırma önemlidir. Ancak hizmetlerin çok farklı ve geniş bir yelpazede yer almaları hizmetlerde sınıflandırmayı zorlaştırmaktadır. Örnek vermek gerekirse, uluslararası bir banka zincirini, bir kuaförü ya da bir doktoru aynı hizmet grubu içinde incelemek olanaksızdır (Öztürk, 2003:25).

Hizmet kavramının tanımlanmasındaki güçlük, hizmetlerin çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Bu çeşitlilik hizmetlerin sınıflandırmasına da yansımaktadır. Değişik araştırmacılar hizmetlerin sınıflandırılmasında birbirlerinden farklı yaklaşımlarda bulunmuşlardır. Bunun sonucunda da çok çeşitli sınıflandırmalar ortaya çıkmıştır. Bu sınıflandırmalar aşağıdaki gibidir.

1.3.1. İnsan Gücüne Dayalı Hizmetler

İnsan gücüne dayalı olan hizmetler şu şekilde örneklendirilebilir (Erdem, 2007:18):

- Kalifiye olmayan işgücü (Çim kesme, bekçilik, müstahdem ve hizmetçilik, kapıcılık, telefon, su, elektrik vb. faturaları ödeyen ve çeşitli beceri gerektirmeyen işleri yapan firmalar, bankacılık sistemleri)
- Kalifiye işçilik (Alet onarım/bakımı, yiyecek–içecek ve ilgili hizmetler-catering)
- Profesyoneller (Avukatlar, yönetim danışmanları, muhasebeciler).

1.3.2. İnsan Gücüne Dayalı Olmayan Hizmetler

İnsan gücü yerine ekipmana dayalı hizmetleri üç kısımda ele almak mümkündür (Çatı, 2002:27):

- Otomatik hizmet sunan makineler; otomatik araba yıkama hizmetleri, ATM'ler vb.
- Kullanımı için teknik bilgi gerektirmeyen makine hizmetler; taksi hizmetleri, kameramanlık hizmetleri vb.
- Kullanımı için teknik bilgi gerektiren makine hizmetleri; havayolu hizmetleri, bilgisayar programları hizmetleri vb.

1.3.3. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektiren Hizmetler

Hizmetin sunumu esnasında müşterilerin fiziksel mevcudiyetlerinin gerekmesi, hizmetin gerçekleştirilmesi süresince zaman harcamalarını gerektirmektedir. Örneğin, lokanta ve sağlık hizmetlerinde hizmetin gerçekleştirilmesi zaman almaktadır. Müşterilerin hizmetten tatmin olmaları ise hizmeti sunan personele, hatta hizmeti kullanan diğer müşterilerin özelliklerine bağlı olmaktadır. Müşterinin fiziksel olarak bulunduğu hizmetlerde hizmet sunulan mekân ve zamanlama faktörleri önem kazanmaktadır. Bu durumda, hizmet ortamının düzenlenmesi önem arz etmektedir.

Burada işletme, müşterinin ihtiyaçlarını dikkate alarak gerekli düzenlemelere gitmesi gerekmektedir (Erdem, 2007:20; Öztürk, 2003:28).

1.3.4. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektirmeyen Hizmetler

Bu tür hizmetlerde, müşteri hizmet veren personeli ya da mekanı göremeyeceği için hizmetin teknik kalitesi önem kazanır, hizmet süreci daha az önemlidir. Örneğin, kredi kartları ve bazı sigortalar için hizmet verilen kuruma gitmeden telefon ya da posta yoluyla hizmetten faydalanılabilmektedir. Bu hizmet çeşidine otomobil tamir bakım hizmeti örnek verilebilir. Yani bir müşteri otomobilini tamir için bırakmakta ve daha sonra hizmetin sunulduğu mekândan ayrılrsa bile hizmeti satın almaktadır (Öztürk, 2003:28).

1.3.5. Kişisel İhtiyaçları Karşılaman Hizmetler

Bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya ve ihtiyaçlarını karşılamaya dönük hizmetlerdir. Ev ve tamir bakım hizmetleri, hekimlik, eğitim hizmetleri örnek olarak verilebilir. Bu hizmetler aranmayan, kolayda, beğenmeli ve özellikli hizmetler olarak dört başlık altında incelenmektedir (Çatı, 2002:28):

1.3.5.1. Aranmayan Hizmetler

Tüketicinin haberdar olmadığı ya da haberdar olsa bile şuan için almayı düşünmediği hizmetlerdir. Örneğin köylerde, şehirlere oranla kadınlar için daha az öneme sahip olan güzellik merkezlerinin vermiş olduğu hizmet aranmayan hizmet niteliğindedir.

1.3.5.2. Kolayda Hizmetler

Tüketici herhangi bir hizmeti fazla zaman harcamadan, planlamaksızın satın alıyorsa bu hizmet kolayda hizmet sınıfına girmektedir. Örnek vermek gerekirse taksi, kitle taşıma hizmetleri, film gösterim hizmetleri birer kolayda hizmet türüdür.

1.3.5.3. Beğenmeli Hizmetler

Tüketicinin satın almadan önce, çeşitli satıcıları dolaşp kalite, fiyat, satın alma koşulları vb. açılardan karşılaştırma yaptığı hizmetlerdir. Bu açıdan seyahat hizmetleri, doktorluk, muhasebecilik vb. hizmetler bu hizmet türüne örnek verilebilir niteliktedir.

1.3.5.4. Özellikli Hizmetler

Tüketicinin satın alırken özel çaba ve zaman harcamaya hazır olduğu hizmetlerdir. Bu hizmetlere genel olarak müşteri belli bir markayı hedeflemektedir. Mesela uzman avukatlık, kalp cerrahlığı, uzman danışmanlık vb. örnek olarak verilebilmektedir.

1.3.6. İşletme İhtiyaçlarını Karşılaman Hizmetler

İşletme hizmetleri, üretime yönelik olarak faaliyet sergileyen işletmelere dönük verilen hizmetlerdir. Avukatlık, bankacılık hizmetleri ve bir işletmenin problemlerinin çözümüne yönelik danışmanlık hizmetleri örnek olarak gösterilebilir (Erdem, 2007:21).

Hizmetlerin kişisel ihtiyaçları karşılamaya yönelik ya da işletme ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olmasına göre bir ayrıma tabi tutulması, pazarlama faaliyetleri açısından bir farklılık yaratması açısından gereklidir. Örneğin; bir temizlik şirketinin fabrikaya vereceği temizlik hizmeti ile bir eve vereceği temizlik hizmetinin pazarlama yöntemleri birbirinden farklı olacaktır. Bu farklılık yüz yüze görüşme yöntemlerinde, fiyatlandırmada, kullanılan araç gereçlerde ve hizmet sunanların uzmanlık alanlarında ortaya çıkacaktır (Karahan, 2000:26).

1.3.7. Kâr Amaçlı ya da Kâr Amaçsız Hizmetler

Kişiler ya da işletmeler tarafından kâr amacıyla satılan hizmetler ticari hizmetler olarak bilinmektedir. Ticari hizmetler, tüketiciler ve örgütler tarafından satın alınmaktadır. Bu tür hizmetler şunlardır (Erdem, 2007:21):

- Barınma hizmetleri (otel, ev, çiftlik kiralama vb.)
- Konut hizmetleri (konut onarımı, konut temizleme vb.)
- Eğlence hizmetleri (lokanta, spor, konser, sinema vb.)
- Bakım hizmetleri (giysi temizleme, berberlik vb.)
- Sağlık hizmetleri (doktorluk, hemşirelik vb.)
- Öğretim ve eğitim hizmetleri (özel okul, kurs vb.)
- Meslek ve işletme hizmetleri (avukatlık, muhasebecilik vb.)
- Sigorta ve finansal hizmetler (sigortacılık, bankacılık vb.)
- Taşıma ve haberleşme hizmetleri (insan ve mal taşıma, PTT hizmetleri vb.)

Diğer hizmet türü ise, işletme dışı -kâr amacı gütmeyen- örgütlerin sağladıkları hizmetlerdir. Örnek vermek gerekirse; devlet tarafından sunulan hizmetler, dernek ve vakıfların verdiği hizmetler, çeşitli mesleki ve sosyal hizmetlerdir.

Kâr amaçlı – kâr amaçsız hizmetler, pazarlanan ya da pazarlanamayan hizmetler olarak da değerlendirilebilmektedir. Hizmetlerin bir kısmında sosyal ve ekonomik çevre bir dönemde hizmetin sunduğu faydaları pazar dışı mekanizmalar tarafından dağıtmayı seçmektedir. Kamuya herhangi bir ücret beklemeden sunulan devlet ücretleri bu kısım içinde yer almaktadır. Çünkü insanları bu tür hizmetlerin kullanımından dışlamak mümkün değildir. Örneğin, insanların yaya geçidini kullanmasından para almak gibi. Bir insanın bu hizmetten yararlanması diğerlerinin yararlanmasını engellemez. Ancak hizmetlerin kar amaçlı ya da kar amaçsız biçimindeki ayrımı politik, ekonomik, sosyal ve teknolojik değişmeler sonucunda zamanla değişebilmektedir. Örneğin ülkemizde şehirlerarası yollardan yararlanılması için ücret alınması daha önceleri düşünülemez iken bugün otobanlar kar amaçlı ve ücretli hizmetler haline dönüşmüştür (Öztürk, 2003:26).

1.4. HİZMET SEKTÖRÜNÜN TARİHİ GELİŞİMİ

1.4.1. Hizmet Sektörünün Türkiye Ekonomisindeki Yeri

Hizmet sektörü, Türkiye’de istihdam açısından en fazla çalışanın olduğu alan olarak yerini korumaktadır. Bu alanda 2008 yılı Mart ayı TÜİK rakamlarına göre

istihdam edilmiş olan toplam 20.752.000 kişinin 10.258.000'i çalışmaktadır. Yani istihdamdaki nüfusun % 49,4'ünü kapsamaktadır. İstihdamda olan her iki kişiden biri hizmet sektöründedir. 1998 temel fiyatlarına göre sabit fiyatlarla sektörlerin GSYİH'ya katkısı açısından hizmet sektörü 2007 yılında % 56,90'luk bir oranla en büyük paya sahip olmaktadır. Sabit fiyatlarla sektörlerin GSYİH'ya katkı payı, yani hizmet sektörü hem istihdam açısından, hem de ekonomideki katkı payı açısından Türkiye ekonomisinde en önemli yere sahiptir (<http://www.sey.ydicagri.org.>).

Son yıllarda hizmet sektörünün ülke ekonomileri içerisindeki payı, tarım ve sanayi sektörlerinin payının çok üstünde bir büyüme göstermiştir. Özellikle gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün payının, diğer sektörler göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hizmet sektörü üzerinde ağırlıklı bir şekilde duran bu ülkeler, istihdam sorunlarını bu yolla büyük ölçüde çözerek, işsizlik oranlarını asgari seviyelere düşürmüşlerdir. Diğer yandan gelişmiş olan ülkeler, hizmetin ihracat yönüne ağırlık vererek, malla birlikte ve maldan bağımsız olarak sundukları hizmetler karşılığında ülkelerine döviz girdisi sağlamışlardır ve ülkelerinin ekonomik gelişmesine katkıda bulunmuşlardır (Karahan, 2000:15).

Türkiye' de ise 1980 sonrası ülke ekonomisindeki liberalleşme süreciyle birlikte hizmet sektöründe bir gelişme başlamıştır. Ekonomideki liberalleşmeye paralel olarak 1990'lı yıllara kadar artış gösteren hizmet sektörü, sonraları inişli çıkışlı bir seyir göstermiştir (Çatı, 2002:33).

1.4.2. Hizmet Sektörünün Gelişimi ve Gelişme Nedenleri

Günümüzde klasik iktisatçıların düşüncesinin tersine hizmet sektörleri gelişmenin ekonomik lideri olarak bakılmakta, özellikle bu sektörde ticaret, iletişim, ulaşım, finansman, sağlık hizmetleri, eğitim, kamu hizmetleri, gibi alt sektörler üzerinde önemle durulmaktadır. Bu sektörün son 30 yılda 44 milyon yeni iş yarattığı ve iş gücüne yeni katılan kadınlara ve azınlıklara yeni iş imkânları yaratmada önemli bir rol oynadığı ve İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan durgunluktan mevcut ekonomiyi kurtardığı ileri sürülmektedir.

1980’li yıllarda hizmet sektörünün yavaş yavaş gelişmeye başladığı gözlenmiştir. Bu dönemde gelir seviyesinin, çalışan kadın sayısının ve üst sosyal kesimin artmasından dolayı hizmet sektörü gelişmiştir. Yine bu dönemde, şehirleşme ve kayıt dışı sektörün büyümesi, hizmet sektörünün odak nokta olmasını sağlamıştır. Kırdan kente göç ile birlikte şehir nüfusu hızla yükselmiş ve beraberinde ise hizmet talebi artmıştır. Bunun yanı sıra, şehirlere göç edip sanayi sektöründe iş bulamayanlar hizmet sektöründe istihdam imkanı bulmuşlardır. Sonuçta bütün bu faktörler, birbirini etkileyerek hizmet sektörünün büyümesine sebep olmuştur (Çatı, 2002:32; Özen, 2000:177).

Hizmet sektörünün 1980’den günümüze değin hızlı bir şekilde gelişmesinin altında bilgi teknolojisinin hızlı büyümesi yatmaktadır. Özellikle iletişim alanında yoğun ölçüde bilgisayarların kullanılması, birçok hizmetlerin kullanımını artırmıştır. Teknoloji ile birlikte hizmet sektöründe ulaşım maliyetleri azalmış ve hizmet sektörü üretimi daha çok ticari bir karakter kazanmıştır. Ulaşım, mali hizmetler ve iletişim alanında teknolojik yapılanmalar köklü bir değişim göstermiştir. Bu değişimler yeni küresel pazarın ortaya çıkmasına neden olduğu gibi, hizmet sektörlerini küresel rekabet içine itmiştir. Günümüzde ise sektördeki firmaların küresel rekabet koşullarında ayakta kalabilmek için üründe kalite, üretimde kalite, satışta kalite ve hizmette kalite gibi konulara daha da önem vermeleri gerekmektedir (Gülmez ve Kitapçı, 2008:9).

Hizmet sektörünün gelişmesi ve gelişmiş toplumların birer hizmet ekonomisi haline gelmesi bazı demografik değişimlerin neticesidir. Assael’e göre: “Gelir seviyesinin artması, çalışan kadın sayısının artması, yalnız ebeveyn (çocuksuz ya da çocuğu tarafından terk edilmiş anne baba) ve üst sosyal kesimin artması hizmet sektörünün gelişme sebepleri arasında sayılabilir” (Çatı, 2002:32).

Grönroos (1984:39-40) ise hizmet sektörünün gelişme sebeplerine şöyle değinmiştir;

Zenginliğin artması; ekonomik seviyesi yükselen kişiler, daha önce bizzat yaptıkları hizmetleri satın almaya başlamışlardır. Mesela ev temizliği, halı yıkama ve bahçe bakımı gibi.

Boş zamanın çokluğu; boş zamanın çokluğu yeni hizmetleri ihtiyaç haline getirmiştir. Seyahat, otel ve yaşlıların eğitim kurslarına olan ilgisi gibi.

Kadınların çalışma oranının artması; çocuk bakımı, ev temizliği ve yemek ihtiyacının dışarıdan karşılanması vb.

Hayattan beklentilerin artması; sağlık hizmetlerinde daha çok ilgi ve ihtiyarlar için huzur evlerine olan talep.

Karmaşık ürünlerin kullanılmasındaki artış; araba, bilgisayar ve üretimde kullanılan ekipmanların tamir ve bakımı için gerekli hizmetlere olan ihtiyacın artması.

Yaşamın daha karmaşık olması; gelir vergisi hazırlayıcıları, evlilik ve hukuk danışmanlarına olan ihtiyacın artması.

Çevreye ve kaynak kıtlığına daha duyarlı olunması; satın alınan ya da kiralanan hizmetlere olan talep artarak, kapıdan kapıya otobüs servisleri ya da araba sahibi olmak yerine kiralamanın artması (çevre kirliliğinin ya da kaynak israfının önüne geçme düşüncesi).

Yeni ürün sayısındaki artış; programlama, onarım ve zaman paylaşımı gibi bilgisayara dayalı hizmetlerin gelişmesi.

1.5. HİZMET PAZARLAMASI KAVRAMI

Hizmet pazarlaması günümüzde, pazarlama biliminin gittikçe gelişen ve zenginleşen bir alt disiplini olarak kabul edilmektedir. Gerçekten, gerek pazarlama kuramcıları gerekse uygulamacıları arasında, hizmetlerin pazarlanmasıyla ilintili alanlara yönelmiş, geniş bir ilgi ve artan akademik çalışmaların varlığı, yaygın şekilde gözlenmektedir. Esasen bütün dünya ekonomilerinde, hizmet sektörlerinde yaşanan hızlı büyüme ve ilerlemeler göz önüne alındığında, bu gelişmelerin nedenini

anlamak zor olmamaktadır. Hizmet pazarlaması alanındaki konu ve sorunların, mal esasına dayanan klasik “mamül pazarlaması” disiplinine dayanarak çözümünde ortaya çıkan problem ve yetersizlikler, “hizmet pazarlaması” olarak nitelendirilen bir pazarlama alt disiplinin kurulup gelişmesini sağlamıştır. Özellikle, 1980 sonrasında, hizmet pazarlaması literatürünün zenginleşip geliştiği görülmektedir (Alkoç, 2004:13).

Hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmeler, mamül pazarlaması alanında sürdürülen geleneksel pazarlama yaklaşımını, hizmet pazarlaması alanında da sürdürmektedir. Bu alanda yenilikçi bir düşünceye yer verilmemesinin sebeplerinden birisi de rekabet eksikliği olmuştur. Diğer yandan, hizmetlerin sürekli yeni stratejiler geliştirilerek sunuluyor olması, yaratıcılık gerektiren bir çalışmayı öngördüğü için, bu alanda yöneticilik yapanların da yenilikçi olmasını gerektirmektedir. Ancak, yeniliklere açık olmak ve yeniliği yakalamak herkes için kolayca başarılabilir bir iş değildir. İstenen ve beklenen yenilikleri bulmak, her şeyden önce bir araştırma ve bilgi toplama faaliyetinin sonucunda mümkün olacaktır (Karahan, 2000:12).

Hizmet pazarlamasının başlıca üç hedefi bulunmaktadır. Bunlar (Taşkın ve Büyük, 2002:7):

- Ekonomik hedefler (hizmet gelirlerini, karlılığını, satışını arttırmak ve iyileştirmek),
- İşletme hedefleri (pazar payını arttırmak, karın maksimizasyonu vb.),
- Sosyal hedefler (istihdam, kamu yararı, çevre ve doğanın korunması,

kalkınma, hayat seviyesinin yükselmesi, vb.).

1.6. HİZMET İŞLETMELERİNDE PAZARLAMANIN KONUMU

Pazarlamanın rolü ve yapısı hizmet işletmeleri için farklılık arz etmektedir. Hem hizmet işletmelerinde hem de üretim işletmelerinde pazarlama süreci, ihtiyaç tespiti ve ürünün dizaynı, sunuş fonksiyonları ile başlamakla birlikte üretim işletmelerinde ürünler genellikle satılmadan önce üretilir. Hizmet işletmelerinde ise

hizmetler, üretim işletmelerinde üretilen ürünlerin aksine üretilmeden önce satılmaktadırlar. Örnek vermek gerekirse kuaförlük hizmetinde müşteri gelir ve nasıl bir saç şekli istediğini söyler hizmet sunucu ise istenilen hizmeti yerine getirir. Henüz görünürde fiili bir işlem olmamasına rağmen hizmetin satımı gerçekleşmektedir. Hizmet işletmelerinde hizmeti sunan kişi pazarlama açısından önem teşkil etmektedir. Bundan dolayı hizmet pazarlamasında başarı veya başarısızlık hizmeti üreten ile satın alan arasında gelişecek ilişkiye göre şekillenmektedir. İlişkinin niteliği başarıyı doğrudan etkilemektedir. Müşteriye yakınlık ve uzun vadeli kalıcı ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi anlayışı hizmet pazarlamasının önemli faktörlerinden biri olarak günümüz pazarlama literatüründe yerini almaktadır (Erbaşlar, 2009:8).

1.7. HİZMET PAZARLAMASINA ÖZGÜ PAZARLAMA KARMASI ELEMANLARI (7P)

Hangi sektörde ve ne tür işletme olursa olsun, rekabetçi piyasalarda üstünlük sağlamak için başarılı bir pazarlama karması yapılması gerekmektedir. Hizmet sektöründeki işletmeler genellikle tek bir hizmet değil, birçok hizmeti bir arada sundukları için ürün karması oluşturmalarıdır. Klasik pazarlama karması elemanları ürün (product), dağıtım (place), fiyat (price) ve tutundurma (promotion) olarak kabul edilmekte ve kısaca bu elemanların İngilizce isimlerinin baş harfleri kullanılarak 4P pazarlama karması olarak literatürde yer verilmekteydi. Fakat gelişen modern pazarlama anlayışı 4P'nin yeterli bir pazarlama karması olmadığını buna ek olarak katılımcılar (people), süreç yönetimi (process) ve fiziksel ortamın (physical environment) da hizmet pazarlaması karması elemanları arasında değerlendirilmesini gerekli kılmıştır. Bu yeni yaklaşımla 4P pazarlama karması yerini, 7P pazarlama karmasına bırakmaktadır (Binbay, 2007:6).

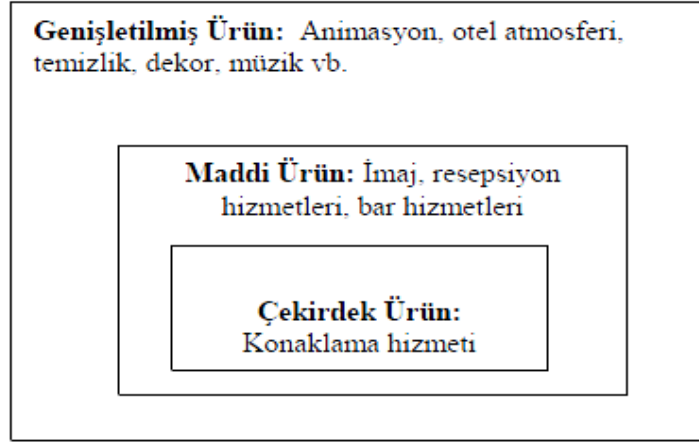
Aşağıda hizmet işletmeleri için pazarlama karması elemanları ürün (product), fiyat (price), tutundurma (promotion) ve dağıtımdan (place) oluşan 4P'ye ilave olarak fiziksel ortam (physical environment), katılımcılar (people) ve süreç yönetimi (process) elemanlarının ilave edilmesi ile 7P olarak ele alınacaktır.

1.7.1. Ürün - Product (Hizmet)

Geleneksel pazarlama karmasında yer alan mamül unsurunun yerini hizmetler söz konusunu olduğunda hizmet unsuru almaktadır. Hizmet tüketicileri mamül tüketicileri gibi fiziksel bir nesneye sahip olmazlar (Kutluoğlu, 2007:20). Hizmet üreten kurumlar en iyi hizmeti üretmek için hizmeti alacak kişilerin ne istediklerini ve ne tür sorunlarla karşılaştıklarını iyi araştırmak durumunda kalmaktadırlar (Karahana, 2000:82).

Ürün kavramı hemen hemen tüm pazarlama literatüründe fiziksel malları, fikirleri, hizmetleri kapsayacak bir biçimde tanımlanmaktadır. Belirli bir ihtiyacı ve isteği doyurma özelliği bulunan ve değişime konu olan her şeyi ürün olarak düşündüğümüzde karşımıza çok geniş bir ürün yelpazesi çıkmaktadır. Bu yelpaze içinde çok çeşitli ürünlerle birlikte (siyasi adaylar, ülkeler, sosyal davalar, endüstriyel mallar, fikirler, ambalajlı tüketim malları vb.) hizmetleri de barındırmaktadır (Öztürk, 2003:41).

Mallarda olduğu gibi hizmetlerde de Şekil 1’de gösterildiği gibi bir öz hizmet bir de bu hizmetin uzantıları olan destekleyici ve zenginleştirici hizmetler bulunmaktadır. Öz hizmet temel faydayı sağlayan ya da temel sorunu çözen hizmettir. Hastanenin tedavi hizmeti, berberin saç biçimlendirme hizmeti, havayolu işletmesinin sunduğu seyahat hizmeti gibi hizmetler öz ya da temel hizmetler olarak nitelendirilmektedir. Temel hizmetin yerine getirilmesi için sunulan diğer hizmetler destekleyici hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, bir lokanta temel hizmet olarak sağlıklı beslenme sorununu çözmeyi sunarken, karşılama, masa temizleme, servis gibi hizmetleri de sunması gerekmektedir. Zenginleştirici hizmetler, rekabet üstünlüğüne katkı sağlama yanında müşteri tatmini bakımından temel hizmetin düzey ve kalitesini arttıran hizmetlerdir. Lokantada yemekten sonra ikram edilen çay-kahve hizmeti buna örnek olarak gösterilebilir (Erdem, 2007: 28).



Şekil 1: Hizmet kavramı

Kaynak: Erdem, 2007: 28.

1.7.2. Fiyat (Price)

“Fiyat” müşterilerin bir ürünü elde etmek için ödemek zorunda oldukları bedeldir. Fiyat; liste fiyatı, fiyat indirimleri, ödeme süresi, borçtan indirimler ve kredi şartları gibi unsurlardan oluşmaktadır. Hedef pazar için uygun bir ürün geliştirilirken uygun bir fiyatın belirlenmesi de oldukça önemlidir. Çünkü fiyat pazarlama karmasını daha cazip hale getirmektedir. Fiyatlandırmada hedef müşterilerin tepkisi, alternatif fiyatlar ve rakip kuruluşlar göz önüne alınmalıdır. Fiyatın bir rekabet aracı olarak kullanılabilmesi ve ürün için imaj yaratmada yardımcı olabileceği de belirtilmektedir (Kutluoğlu, 2007:16).

Ürünlerin fiyatlandırılması daha kolayken, hizmetleri somut olarak ortaya koymak zor olduğundan fiyatlandırma yapmak da daha zordur. Hizmetlerin pazarlanmasında, fiyatlandırma oldukça önemli, beceri ve yaratıcılık gerektiren bir faaliyettir. Hizmetlerin dayanıksız olması, talebinin dalgalanma göstermesi ve değişken maliyetlerin değişebilir olma özelliği, fiyatların önceden belirlenen ölçüler dikkate alınarak hesaplanmasını mümkün kılmamaktadır. Pek çok hizmetin fiyatı, örneğin doktor muayene ücretleri ve avukatlık hizmetlerinin fiyatları gibi, hizmetin pazarlandığı anda değişme gösterebilmektedir (Karahan, 2000:92).

Pazarlama karmasının diğ er elemanları birer maliyet ya da gider ö ğ esi iken, fiyat ise gelir yaratan tek elemandır. Fiyat düzeyinin, iş letmenin pazarlama programı üzerindeki etkisi çok fazladır. Diğ er pazarlama faktörlerine göre oransal önemi, ÷ lke ekonomisinin iç inde bulunduğ u durumla ilgilidir. Ekonominin iyi iş lediğ i, tüketicilerin refah seviyesinin yüksek olduğ u durumlarda, fiyat diğ er pazarlama karması elemanları kadar önemli olmayabilmektedir. Ancak ekonominin kötü, enflasyonun yüksek olduğ u dönemlerde, fiyat başarıyı büyük ölçüde etkilemektedir. Fiyat kararlarının her zaman rasyonel ilkelere dayandırılmayacağını gösteren birtakım nedenler ař ağ ıda sıralanmaktadır (Erdem, 2007:31):

- Bazı hizmetlerin satın alınmasında fiyatı önceden öğrenmeye gerek duyulmamaktadır (berber hizmeti).
- Bazı hizmetler pahalı olduğ u için, bazıları da ucuz olduğ u için tercih edilmektedir.
- Ö teki pazarlama ç abaları fiyata verilen önemi azaltabilmektedir.
- En ucuz olmak her zaman yarar sağ lamayabilmektedir.
- Fiyat, hizmet düzeyine ve kalitesine göre farklı tüketicilerce farklı algılanmaktadır.
- Hizmet kalitesi ve hizmetin değ erine göre fiyat farklı değ erlendirilmektedir.
- Ö deme koş ulları, fiyatın farklı algılanmasına neden olmaktadır.
- Pazardaki hizmet boş luklarına göre fiyatın algılanması farklı olabilmektedir.

Kimi zaman fiyat, sunulan hizmetin kalitesi hakkında da ipucu vermektedir. Fakat yine de sunulan hizmet fiyatının beklenenden düşük olması hizmetin kalitesiz olduğ u anlamına gelmemelidir. Rekabet olayı kimi zaman hizmetin fiyatını hizmeti alan açı sından son derece cazip kılabilenmektedir. Maliyet, hizmetin fiyatını doğ rudan

etkileyen bir faktördür. Maliyetin artması veya azalması hizmete yapılacak olan zam veya indirim zemin hazırlamaktadır (<http://yunus.hacettepe.edu.tr>)

1.7.3. Tutundurma (Promotion)

Tutundurma unsuru ürünün değerini anlatmaya ve hedef müşterileri ürünü almak için ikna etmeye yönelik faaliyetlerden oluşmaktadır. Tutundurma; reklam, kişisel satış, halkla ilişkiler, satış geliştirme ve doğrudan pazarlamayı içermektedir (Kutluoğlu, 2007:17).

Hizmet pazarlama karmasında, tutundurma elemanının çabaları genel olarak aşağıdaki durumları gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır (Sarıyer, 1996:12):

- Hizmetin faydasını potansiyel müşterilere haber vermek,
- Müşteri ile hizmeti bir araya getirmeye çalışmak,
- Hizmeti önceden kullanan müşteriye daha sonra bunu hatırlatmak,
- Uygun imajı sağlayacak talebi elde etmek ve geliştirmek,
- Hizmet ve örgütü farklılaştırmak.

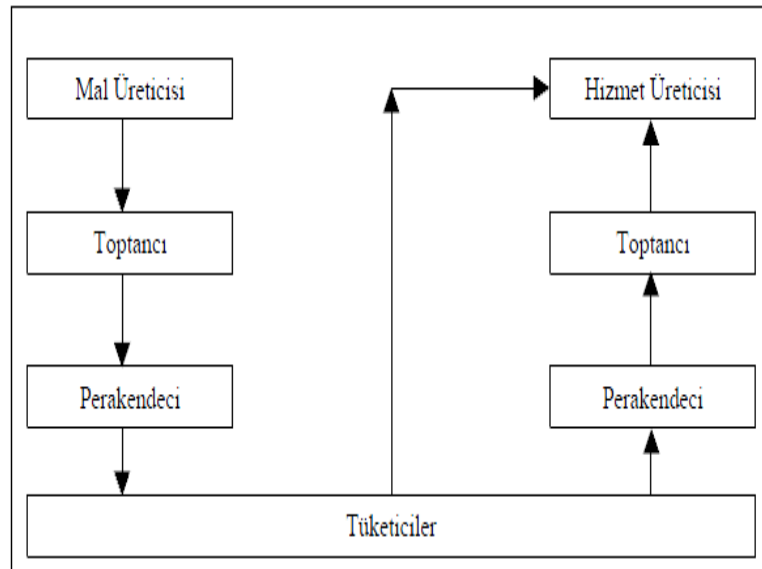
Tutundurma faaliyetlerinde hizmetlerin soyut olma özelliğinden kaynaklanan birtakım sıkıntılar bulunmaktadır. Hizmetin fizikselliğinin olmaması, mamül pazarlamasına oranla tanıtımı zorlaştıran bir durumdur. Potansiyel pazara gösterilebilecek elle tutulur bir varlığa sahip olunmadığı için, tutundurma faaliyetlerinde hizmetin sağladığı faydalar üzerinde durulması sağlıklı bir yaklaşım olacaktır.

1.7.4. Dağıtım (Place)

Hizmetlerin pazarlanmasında hizmetin fiziksel bir hareketi olmamasına karşın, hizmetin tüketiciye ulaştırılması gerekmektedir. Bu durumda araya toptancılar, perakendeciler ve acentalar gibi örgütler girebilmektedir. Fakat hizmetlerin doğası gereği doğrudan bir dağıtım kanalı kullanmak en sık rastlanan yoldur. Hizmetlerin

pazarlanmasında taşıma, depolama gibi fiziksel dağıtım işlemlerinin geçerliliğinin olmadığı bir ortamda, hizmeti üreten ile hizmetten yararlanan arasında doğrudan ilişkilerin geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Sarıyer, 1996:10). Mal üreten işletmelerin aksine yiyecek-içecek işletmeleri, otel işletmeleri, sağlık kuruluşları ve bankalar gibi pek çok hizmet işletmesi, hizmeti müşterilerinin ayağına götürerek değil, onların kendi buldukları yerlere gelmesini sağlayarak hizmetlerini satmaktadırlar. Böyle bir dağıtım kanalı doğrudan dağıtım olmakla birlikte, mal üreten işletmelerde kanalın yönü, üretici – tüketici yönünde iken, hizmet üreten işletmelerde tüketici – üretici yönlü olmasından dolayı, kanalda ters yönlü bir akış söz konusudur (Karahana, 2000:87). Örneğin bir kişi hastalandığında sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık hizmeti veren kuruluşlar olan hastanelere gitmektedir.

Malların dağıtımını üretici işletmeden araçılara ve araçılardan tüketicilere doğru fiziksel bir akış izlerken, hizmetlerin çok düşük bir kısmında bu yol izlenebilmektedir. Mallara ve hizmetlere ilişkin dağıtım Şekil 2’deki gibi gösterilebilir (Erdem, 2007:40).



Şekil 2: Malların ve Hizmetlerin Dağıtım Kanalı

Kaynak: Erdem, 2007: 40.

1.7.5. Fiziksel Ortam (Physical Environment)

Hizmetlerin, tüketiminin eşzamanlı ve heterojen olması tüketicilerin satın alma kararı verirken işletmeyle ilgili bazı yan faktörlere dikkat etmesine sebep olmaktadır. Fiziksel ortam tüketicinin satın alım kararı öncesinde işletmeyle ilgili ipuçları vermesi açısından önemlidir. Örneğin bankanın dekorasyonu, kredi kartı sayısı ve özellikleri tüketiciyi çekmesi bakımından önemlidir. Hizmet işletmelerinin fiziksel ortamında genellikle işletme personeliyle tüketiciler bir araya gelmektedir. İşletme personeliyle tüketicilerin bir araya gelecekleri bu tür hizmetlere kişiler arası hizmetler adı verilmektedir. Sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri, oteller bu gruba girmektedir (Atan, Baş vd, 2005:4-5).

Söz konusu pazarlama karması elemanı, hizmetin sunulduğu işletme ile müşterinin etkileşimde bulunduğu çevre ve koşulları ifade etmektedir. Bu durumda fiziksel olanaklar dahilinde hem hizmetin verildiği yerin yerleşim düzeni gibi hizmetin bütününe içine alan nesnelere hem de verilen hizmete yönelik hazırlanmış el kitapları gibi hizmeti temsil eden nesnelere yer alabilmektedir. Fiziksel olanakların hizmet işletmelerine yönelik önemi, tüketicinin satın alma kararına ulaşmasında, satın aldığı hizmetten tatmin olmasında ve hizmeti tekrar satın almasında oynadığı rolden kaynaklanmaktadır. Tüketicinin hizmeti tekrar talep etmesinde fiziksel ortam önemli bir unsur olduğundan işletmeler imkanları oranında hizmet verdikleri ortamı sıcak hale getirmeye çalışmaktadırlar. Hizmeti veren işletmenin fiziki koşulları, müşteri tatmini ve olumlu imaj yaratılması yanında işletme çalışanlarının başarısında ve iş tatmininde de etkili olmaktadır. Bu yüzden müşteri ve personelin bir arada bulunduğu ortam hem kurumsal amaçlar hem de pazarlama amaçları göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir (<http://yunus.hacettepe.edu.tr>).

1.7.6. Katılımcılar (People)

Hizmetin ulaştırılması esnasında yer alan ve böylece hizmetin müşterisinin algılamalarını etkileyen tüm bireyler genişletilmiş pazarlama karmasının insan/katılımcı unsurunu oluşturmaktadır. İşletmenin personeli, müşteriler ve hizmet çevresindeki diğer müşteriler buna örnek olarak verilebilir. Hizmetin ulaştırılması

sürecine katılan tüm insanlar müşteriye hizmetin yapısına ilişkin ipuçları vermektedir. Bu insanların nasıl giyindikleri, kişisel görünüşleri yanı sıra tutum ve davranışları da müşterinin hizmet algılayışını etkilemektedir. Hizmeti sunan ya da müşteriyle ilişkide bulunan personel çok önemli olabilmektedir. Aslında danışmanlık, eğitim gibi profesyonel ilişkiye dayalı hizmetlerde hizmeti sunan hizmetin kendisidir. Hizmetin ulaştırılması sırasında yer alan diğer müşteriler (bir restorandaki diğer müşteriler, bir uçaktaki diğer yolcular, banka şubesinde kuyruktaki müşteriler) de müşterilerin hizmet deneyiminde önemli rol oynamaktadır (Öztürk, 2003:26).

1.7.7. Süreç Yönetimi (Process)

Süreç yönetimi, hizmetlerin tüketicilerin istediği kalitede, istediği yerde ve zamanda hazır bulundurulması ile ilgili düzenlemeleri kapsamaktadır (Karahan, 2000:105). Süreç yönetimi kapsamında bir sistemin nasıl işletildiği, politika ve işlemler, hizmetin elde edilmesinde kullanılan mekanizasyon derecesi, hizmet üretiminde müşteri katılım oranı, kalifiye personel sayısı, bilgi ve hizmet akışı ve mevcut kapasite oranı gibi konular yer almaktadır (Atan, Baş vd, 2005:5).

Hizmetlerin stoklanamaması ve hizmetlerde sık karşılaşılan talep dalgalanmaları, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanamamasına neden olabilmektedir. İşletmeler süreç yönetimi kapsamında çeşitli alternatiflere başvurarak, tüketici istek ve ihtiyaçlarını talep dalgalanmalarına rağmen karşılamaya çalışmaktadırlar. Talebin yükseldiği ve azaldığı dönemlerde, işletmeler aşağıda sıralanan çeşitli alternatifleri kullanabilmektedirler (Erdem, 2007:47):

Yüksek Talep Dönemleri: İlave tam gün personel istihdamı, ilave yarım gün personel istihdamı, talep yükseldiği zamanlarda mevcut personelin çalışma saatlerinde değişiklikler yapmak, mevcut personelin fazla mesai yapmasını sağlamak, işin talebin gerisine düşmesine fırsat vermek, devamlı müşterilerle ilgilenirken diğerlerinin beklemesi, tüketicinin hizmeti talebin azaldığı dönemlerde kullanması için eğitilmesi, tüketicinin hizmeti talebin azaldığı dönemlerde kullanmasını sağlamak için düşük fiyat gibi teşviklerin önerilmesi, işletmeyi başka

faaliyet alanlarına yöneltmek, çalışanların başka görevleri de üstlenecek şekilde eğitilmesi, işletmenin başka şubelerinin hizmete sokulması.

Düşük Talep Dönemleri: Çalışanlardan bazılarının işten çıkarılması, talebin düştüğü zamanlarda işletme çalışanlarının çalışma saatlerinde değişiklik yapmak, fiyat indirimlerine gitmek, tutundurma çabalarını arttırmak, talebin düştüğü zamanlarda işletmenin sahip olduğu kaynaklardan yararlanabilmek için değişik hizmetlerin tüketicilerin kullanımına sunulması, talebin düştüğü dönemlerde taşeronluk gibi iş imkânlarının aranması, tüketicilerle temas kurarak işi hızlandırmaya çalışmak.

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMETTE KALİTE ve KALİTE MODELLERİ

2.1. KALİTE KAVRAMI

Kalite (Qualites) Latince "nasıl oluştuğu" anlamına gelen "qualis" kelimesinden gelmektedir. Buna göre kalite hangi ürün için kullanılıyorsa, onun ne olduğunu ifade etmeye yöneliktir. Oysa günümüzde kalite, daha çok üstünlüğü ve iyi oluşu ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu nedenle kalite, subjektif (kişisel) değerleri içermektedir. Subjektif değerler insanların yaşam düzeylerine, zevklerine, eğitimlerine, geleneklerine ve toplumsal yapılarına göre farklılıklar göstermektedir. Farklı ülkelerde yaşayan insanların bir üründen beklentileri şüphesiz farklı olacaktır. Buna göre mal veya hizmet bir kişinin isteklerine cevap verirken, bir diğerinin isteklerine cevap vermeyebilir. Bir başka ifadeyle birine göre kaliteli olan ürün bir diğerine göre kalitesizdir. Bu nedenle üretim esnasında insanların farklı beklentileri göz önüne alınmaktadır. Bu açıklama ile kalitenin subjektif yönü görülmektedir. Bir de kalitenin objektif yönü vardır. Ürünün ölçülebilen, kalite standartları veya mevzuatlarla belirlenen kalitesine objektif kalite denilmektedir (<http://www.maxihaber.net/>)

Kaliteyi daha iyi anlayabilmek için ürünün sahip olduğu bazı özellikleri bilmek gerekmektedir. Bunlardan birincisi fonksiyonel özellikler diğeri ise kalite özellikleridir. Bir mal veya hizmetin belirlenmiş bir amacı yerine getirebilme özelliğine fonksiyonel özellik denilmektedir. Ürünün belirlenmiş amaçlarını her zaman aynı şekilde yerine getirebilme özelliğine ise kalite özelliği adı verilmektedir. Fonksiyonel özelliklere örnek olarak, bir vidanın boyutları, bir çelik levhanın sertlik derecesi, bir ayakkabı tabanının esnekliği, bir ipliğin mukavemeti gibi sayılarla ifade edilebilecek özelliklerdir. Kalite özelliklerine örnek olarak, vida boyunun belli bir ölçüye uygunluğu, bir çelik levhanın sertlik derecesinin belirlenmiş limitler içerisinde oluşu ve bir ayakkabı derisinin uygunluk derecesi gösterilebilir (Zehir, 2004:2). Amerikan Kalite Derneği'nin (American Society For Quality, kısaca ASQ)

belirlediği tanıma göre, teknik kullanımda “kalite” iki farklı anlama sahip olmaktadır:

- Bir hizmet ya da malın belirtilmiş ya da potansiyel ihtiyaçları karşılamadaki başarısı,
- Bir hizmet ya da malın hatasız olmasıdır.

Ünlü kalite gurularından Joseph Juran’a göre kalite, “kullanıma uygunluk”, Philip Crosby’ye göre ise “standartlara uyum” olarak tanımlanmaktadır (Varinli ve Çatı, 2008:392). Çok genel olarak kullanıma amacına uygunluk derecesi biçiminde tanımlanabilen kalite, hem mal hem de hizmet üreten firmalar için dikkate alınması gereken bir kavramdır. Çünkü ürün kalitesinin iyileştirilmesi, hatalı üretimin asgariye indirilmesinin sonucu olarak, para ve zaman kaybını önlemektedir. Dolayısıyla da verimliliğin artması sağlanmakta, daha düşük maliyetle daha üstün özelliklere sahip ürünlerin üretilmesi mümkün olmaktadır. Kalite düzeyinin yükseltilmesiyle rekabet üstünlüğü yaratılarak firmaların pazar payları artacak ve prestij sağlayacaktır. Kaliteli ürünler sunmanın sosyal boyutu olarak toplumların hayat standartlarında yükselme görülmesi, diğer bir ifadeyle, kalitenin yaşam koşullarına yansımaları söylenebilir (Atan, Baş vd, 2005:3).

Kalite bir algılama ve değerlendirme sürecidir. Dolayısıyla algıyı uyandırmalı ve değerlendirme sürecinde de müşteri beklentilerini ve kişisel yani subjektif değerleri de okşar nitelikte olmalıdır. Her tüketici için bir mal veya hizmetin kalitesi farklı olarak algılanabilir. Çünkü her tüketicinin farklı öncelikler hiyerarşisinde sıraladığı ihtiyaçları vardır ve bu ihtiyaçlar tatmin edildikçe, ürünün kalitesi yüksek algılanır. İşte böyle kişiden kişiye değişken bir yapısının olması, kalitenin net bir tanımını yapmaya imkân vermemektedir (Biçer, 2007:5).

Uluslararası bir örgüt olan ISO tarafından yapılan tanıma göre ise kalite; bir mal veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerinin toplamıdır. Bir mamulün ya da hizmetin kalitesi, tüketici ihtiyaçlarını mümkün olan ekonomik seviyede karşılamayı

amaçlayan mühendislik, imalat, kalitenin idamesi ve pazarlama özelliklerinin bileşimidir (Çatı, 2002:95).

2.2. ÜRETİM VE HİZMETLER AÇISINDAN KALİTE

Kalite ile ilgili literatürde ilk olarak işletmeler tarafından üretilen ürünlerin fiziksel özelliklerine yönelik olarak başlatıldığı, sonraları işletme ve insan kalitesi gibi değişimler yaşadığı ve yine bu süreç içerisinde hizmet kalite yaklaşımının ortaya çıktığı görülmektedir.

2.2.1. Üretim Açısından Kalite

Üretim açısından kalite kavramı aşağıdaki gibi tanımlanabilmektedir (Dursun, 2008:3):

- Ürüne dayanan tanımlama: Ürünün neleri, ne kadar içerdiği ile ilgilidir.
- Üretime dayanan tanımlama: Üretilen ürün için belirlenmiş standartların ne ölçüde gerçekleştiği ile ilgilidir. Bu görüşü benimseyenlere göre ‘Kalite, ihtiyaçlara uygunluktur.’
- Kullanıcı-müşteriye dayanan tanımlama: Kullanıcı ya da müşteri açısından ürünün ‘amaca uygunluğu’ dur.
- Değere dayanan tanımlama: Üretime ve müşteriye dayanan tanımlamanın karışımıdır. Müşterinin, arzu ettiği standartlara sahip olan bir ürüne, kabul edilebilir bir fiyat ile sahip olabilmesi mantığına dayanmaktadır.

2.2.2. Hizmetler Açısından Kalite

Hizmet kalitesi, olası tüketicilerin belirli bir hizmetle ilgili ihtiyaç ve beklentilerinin tam anlamıyla karşılanması sürecinin başarı ile sonuçlandırılması amacıyla yapılan çalışmaların bütünüdür (Gülmez ve Dörtüol, 2009:112).

Hizmet kalitesini değerlendirmek güçtür. Şöyle ki, ürünler satın alındığında tüketici kalite konusunda karar verebilmek için stil, renk, etiket, ambalaj, sertlik vb.

gibi fiziksel özellikleri kullanmaktadır. Hizmetler satın alındığında ise kalitesi konusunda karar verebilmek için çok az, bazen de hiçbir (hizmetin niteliğine göre) fiziksel özellik bulunamayabilir. Bu durumda tüketici, hizmet işletmesinin bina, araç-gereç, personel gibi sınırlı sayıdaki gözle görülür imkanlarını dikkate alarak kalite konusunda karar verme eğiliminde olacaktır.

Kaliteyi değerlendirmek için fiziksel varlıkların olmayışı veya eksikliği, tüketicileri diğer özelliklere göre değerlendirme yapmaya zorlamaktadır. Hizmetler soyut olduğundan, işletmelerin, tüketicilerin hizmetleri ve hizmet kalitesini nasıl algıladığını anlaması güç olabilmektedir. Bir hizmet işletmesi, tüketici tarafından hizmetinin nasıl değerlendirildiğini bilmezse, bu değerlendirmeleri, istediği yönde nasıl kullanabileceğini de bilememektedir.

Hizmet kalitesi, verilen hizmetin müşteri beklentilerinin ne kadarını karşılayabildiğinin bir ölçüsüdür. Kaliteli hizmet vermek ise müşteri beklentilerinin karşılanabilmesidir (Ata, Baş vd, 2005:7; Gençler, Demir, vd., 2008:441).

2.3. HİZMET SEKTÖRÜNDE KALİTE

Gülümseyerek yapılan bir hizmet pek çok müşteriyi mutlu etmeye yeterlidir ama bazen işletmeler pazarda “hizmet garantisi” teklif ederek kendilerini farklılaştırmaktadırlar. Hizmet işletmeleri, hatalı sunulan hizmetin düzeltilmesi veya yeniden hizmet sunumunu taahhüt eden hizmet garantileri, memnuniyetsiz müşteriye tipik olarak geri ödeme, indirim ve ücretsiz hizmet garanti etme gibi faaliyetlerle sunmuş oldukları hizmetlerde farklılaştırma yapabilmektedirler. Örneğin, First Interstate Bank of California yönetimi, müşterileri ile görüşmeleri sonucunda, yanlış hesap dökümleri ve bozuk ATM makineleri gibi çıkan pek çok sorun nedeniyle müşterilerin kızgın olduğunu tespit etmiştir. Bu türden hizmet problemlerini haber vermeleri için banka, müşterilere 5\$ ödemeye başladıktan sonra, hesaplarla ilgili problemler azalmıştır. Şaşırtıcı olan hizmet garantisinin çalışanlar üzerinde motive etkisinin olmasıdır. Bu bankanın bir şubesinde bir ATM makinesi arızalandığında çalışanlar, makinenin tamir saati olan akşam 8:30'a kadar şubeyi açık tutmaya karar verdiler. Garantinin diğer bir gizli faydası da, müşterinin geri bildirimidir (feedback).

Bankanın müşterilerine hizmet problemlerini haber vermeleri karşılığında vermiş olduğu 5\$, müşterilerin arkadaşları yerine şirket ile konuşmaları için bir neden oluşturmuş oldu. Hizmet garantisi firmalara reklamlarda kalite taahhüt etmelerine ilaveten çalışanların performans standartlarını açıkça tanımlama ve sadık müşteriler oluşturmada çok önemlidir (Erdem, 2007:127).

Hizmet kavramının soyutluğundan dolayı nasıl birçok değişik tanımı mevcut ise hizmet kalitesinin tanımının yapılmasında da bazı zorluklar ve farklı bakış açıları mevcuttur. Hizmet kalitesi çeşitli yazarlarca, ‘bir hizmetin üstünlüğü hakkındaki bir tavır veya küresel bir yargı’, ‘bir hizmetin müşteri beklentilerini nasıl karşıladığı veya aştığının algılanması’, ‘müşteri ihtiyaçlarına uygunluğun derecesi’, ‘müşterinin ihtiyaçlarını karşılamada düşünülen mükemmelliğin derecesi’ ve ‘mükemmelliğe ulaşmada değişkenlerin kontrolü’ şeklinde tanımlanmıştır (Dursun, 2008:34).

Hizmet işletmelerinde kalite, kavranması, uygulanması ve denetimi açısından daha belirsiz ve karmaşık bir alandır. Hizmetler nesneden çok performans olduğu için, aynı kaliteyi sağlayan kesin imalat spesifikasyonlarının işletme tarafından oluşturulması zordur. Hizmet kalitesi bir imalat ortamında oluşturulup, eksiksiz olarak müşteriye ulaştırılamamaktadır. Birçok hizmet, kaliteli bir hizmet sunulmasını garantilemek için satıştan önce sayılamaz, ölçülemez, stoklanamaz, test edilemez ve doğrulanamaz. Daha da ötesi hizmet performansı- özellikle emek yoğunluğu yüksek olan hizmetler- işgörenlere ve müşterilere göre ve günden güne değişiklik gösterebilmektedir. Birçok hizmette kalite hizmetin ulaştırılması esnasında, genellikle de müşteri ve hizmet personelinin etkileşimi esnasında oluşmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesi büyük oranda personelin performansına bağlıdır ki personel de bir fiziksel malın girdileri kadar kontrol edilemeyecek bir örgütsel kaynaktır (Öztürk, 2003:138).

Hizmetten kalite beklentisi tüketiciden tüketiciye değişkenlik gösterdiği için detaylı bir şekilde müşteri beklentilerini saptayabilmek gerek zaman gerekse maddi açıdan işletmeyi sıkıntıya sokabilmektedir. Bu yüzden SERVQUAL ve SERVPERF ölçekleri geliştirilmiştir. Müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri mamülde olduğu gibi sadece çıktı ile değil hizmetin sunumu ile de ilişkilendirilmektedir.

Hizmet kalitesi beklenen ile gerçekleşen performans arasındaki farktan yola çıkılarak belirlendiğinden SERVQUAL ölçeği kullanımı hem daha detaylı bilgi almada hem de güncellenmesinin daha kolay olması bakımından hizmet kalitesini belirleyen araştırmalarda oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (Yılmaz, Çelik vd., 2007:235). SERVPERF ölçeği ise sadece performansa bağlı olarak hizmet kalitesini ölçmektedir. Literatürde SERVQUAL'in mi yoksa SERVPERF'in mi daha iyi sonuçlara ulaştıracağı ile ilgili tartışmalar süregelmektedir.

2.4. HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜM MODELLERİ

Müşterilerin aldığı bir hizmetin kalitesini belirlemesi soyut bir süreçtir. Yani müşteri somut bir ürün hakkındaki görüşünü belirttiği gibi rahat olamamaktadır. Bu yüzden kalitelerini ölçmek isteyen hizmet işletmeleri müşterilerinin kaliteleri hakkındaki algılarını ölçmek için çeşitli yöntemler geliştirmektedir. Ölçemediğiniz şeyi iyileştiremezsiniz felsefesinden yola çıkar ve gerçekten sistemli bir çalışma ortaya konulursa hizmet kalitesi ölçümü yapılabilir. Müşterilerin hizmet sunumu hakkındaki algıları ile beklentileri arasındaki fark hizmet kalitesinin ölçüm indeksi olarak kabul görmektedir. Hizmet kalitesinin ölçümü üzerine birçok model literatüre geçmiş bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Ersöz, vd., 2009:20):

- Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin(1985) GAP(Boşluk) SERVQUAL Modeli
- Cronin ve Taylor'ın (1992) Tek Performans (SERVPERF) Modeli
- Christian Grönroos'un(1984) Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli
- Haywood-Farmer'ın (1988) Hizmet Kalite Modelinin Niteliği
- Brogowicz vd.'nin (1990) Sentezlenmiş Hizmet Kalite Modeli
- Mattsson'ın (1992) Hizmet Kalite Modelinde İdeal Değer
- Berkley ve Gupta'nın (1994) Bilgi Teknolojisi Uyum Modeli
- Dabholkar'ın (1996) Nitelik ve Genel Etkileme Modeli
- Spreng and Mackoy'un (1996) Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli

- Sweeney vd.'nin (1997) Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli
- Oh'un (1999) Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyet Modeli
- Dabholkar vd.'nin (2000) Öncüller ve Uzlaştırıcı Modeli
- Frost ve Kumar'ın (2000) İç Hizmet Kalite Modeli
- Soteriou ve Stavrinides'in (2000) DEA İç Hizmet Kalite Modeli
- Broderick ve Vachirapornpuk'un (2002) İnternet Bankacılığı Modeli
- Zhu vd.'nin (2002) BT Tabanlı Modeli
- Santos'un (2003) E-hizmet kalitesi Modeli

Yukarıda isimleri geçen bu modellerden bazılarında değinmekte fayda vardır:

2.4.1. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Öne Sürdüğü Kalite Boyutları ve Boşluk (GAP) Analiz Modeli

Parasuraman vd. (1985) tarafından geliştirilen bu modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” deyimini kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi modeli ise müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Beklentiler ise müşterinin hizmete yönelik istek ve arzularını ifade etmektedir. Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki ilişkiler şöyle ifade edilmektedir (Saat, 2000:109):

- Beklenen hizmet > Algılanan Hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici olmaktan uzaktır ve kabul edilemez bir kalite düzeyi oluşacaktır.
- Beklenen Hizmet = Algılanan Hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici düzeydedir.
- Beklenen Hizmet < Algılanan Hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici olandan daha yüksek olacaktır ve ideal kalite düzeyi oluşacaktır.

Parasuraman vd. (1985) hizmet kalitesinin beklenti ve algılama kalite boyutları arasındakilerin yanı sıra farklı bir fonksiyon önermektedir. Onlar boşluk analizine dayalı bir hizmet kalite modeli geliştirmiştir. Modelde çeşitli boşluklar görüntülenmektedir:

Boşluk 1: Müşterilerin beklentisi ve yönetimin bu beklentiler ile ilgili algılamaları arasındaki müşteri beklentilerini bilmemeleri gibi farklar.

Boşluk 2: Yönetimin müşteri beklentileri ve uygun olmayan hizmet kalite standartları gibi kalite nitelikleri ile ilgili algıları arasındaki farklar.

Boşluk 3: Hizmet kalitesinin nitelikleri (gerekli maddeleri, şartname nin bölümleri) ile *gerçekte* alınan hizmet arasındaki farklılıklar, örneğin hizmet performans eksikliği.

Boşluk 4: Hizmet sunumu ve hizmet sunumu hakkında müşteriyle kurulan iletişim arasındaki vaatlerin sunumla örtüşüp örtüşmediği gibi farklar.

Boşluk 5: Müşterinin beklentileri ve alınan hizmet arasındaki fark. Bu noksanlık (gap) pazarlamacı tarafından hizmet kalitesinin sunumu ile özdeşleştirilen dört gapın boyutu ve yönüne dayalıdır.

Bu modele göre, hizmet kalitesi beklenti ve algılamanın bir fonksiyonudur ve şu şekilde formüle edilebilir:

$$SQ = \sum_{j=1}^k (P_{ij} - E_{ij})$$

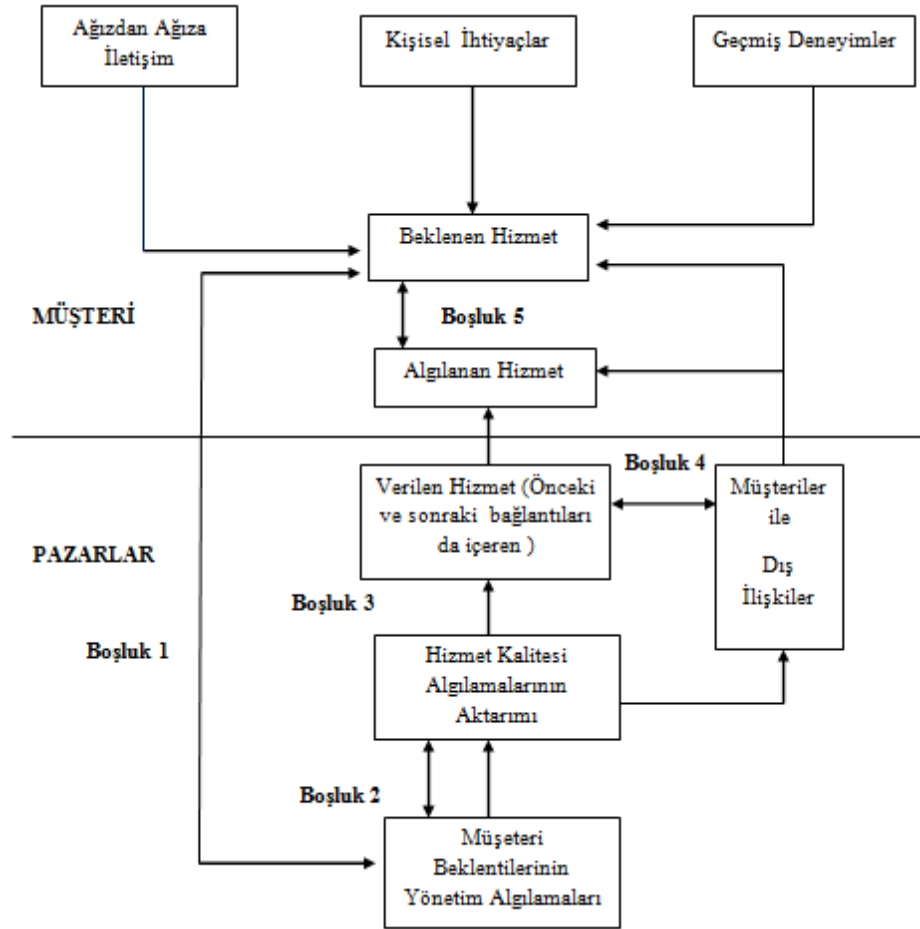
Bu denklemde;

SQ = Hizmet kalitesi

k = Niteliklerin sayısı

P_{ij} = j ile ilgili olarak uyarımın performans algısı

E_{ij} = i uyarıcısı için yerinde norm olan j niteliği için hizmet kalitesi beklentisidir.



Şekil 3: Boşluk (GAP) Analiz Modeli

Kaynak: Parasuraman, A.; Zeithaml, Valarie A. ve Berry, Leonard L., 1985:45.

Parasuraman vd., hizmet kalitesini; hizmetin genel üstünlüğü ve mükemmelliği ile ilgili olarak bütüncül yargı veya davranış olarak tanımlamaktadır. Yine aynı yazarlar hizmet kalitesinin 10 boyutu olduğunu belirtmişler ve daha sonraki çalışmalarında hizmet kalitesi boyutlarını 5 boyuta indirgemişlerdir. Bunlar; güvenilirlik, güvence, karşılık verebilme, empati ve fiziksel varlıklardır. Bu beş faktör dört farklı hizmet grubunu kapsayan kapsamlı bir araştırmanın sonucunda çıkan on hizmet bileşeninden türetilmiştir. Bu bileşenler aşağıda kısaca açıklanmaktadır (Öztürk, 2003:141);

-Güvenilirlik: Araştırmalara göre, hizmet kalitesini algılamada en önemli boyut güvenilirliktir. Güvenilirlik, söz verilen hizmeti doğru bir şekilde yerine getirebilme becerisi olarak tanımlanabilmektedir (Gürbüz vd., 2008:790). Güvenilir hizmet performansı, bir müşteri beklentisidir ve hizmetin, her zaman, aynı şekilde ve hatasız yerine getirilmesi anlamına gelmektedir. Güvenilirlik, işletmenin, hizmetlerin sunumu, hizmetlerin tedariki, ortaya çıkan sorunların çözümü ve fiyatlandırma ile ilişkin vermiş oldukları sözleri yerine getirebilmelerini içermektedir. Güvenilirliğe örnek olarak hastanelerde uygulanacak tedavilerin hastaların sağlığını tehlikeye koyacak etkenlerden uzak olması verilebilmektedir (Dursun, 2008:41; Yılmaz, Filiz ve Yaprak, 2007:302; Zerenler ve Ögüt, 2007:503).

-Karşılık Vermek: Müşterilere karşı hevesli ve yardımsever olma, hizmeti zamanında ve çabuk yerine getirmektir (Bülbül ve Demirer, 2008:182). Bir tıp merkezinde acil bir vakanın anında ele alınması, bir telefona cevap vermek için günün sonuna kadar bekletmeyen bir avukat buna örnek olarak gösterilebilir. İstekli olmak, müşterilere hızlı hizmet vermeye yardım etmektedir. Belirli bir neden olmadan müşterileri bekletmek, kalite beklentisi üzerinde gereksiz olumsuz algılama yaratmaktadır. Hizmetin başarısız olması halinde, profesyonelle sorun giderilmesi, kalite üzerinde çok pozitif algılama yaratmaktadır. Gecikmiş bir uçuşta, ücretsiz içecek servisi, potansiyel olarak fakir müşteride hatırlanacak bir iyiliğe dönüşebilir (Erdem, 2007:138).

-Ulaşılabilirlik: Hizmetin talep edilmesi için müşterinin hizmet tedarikçisine ulaşabilmesi ve onunla rahat iletişim kurabilmesi gerekmektedir. Hizmet kalitesinin ulaşılabilirlik boyutu gereği, hizmet sunulan tesislerin en optimal yerlerde konumlanması, hizmet alımının gerekli olan en asgari süre içerisinde bekleme fırsatı vermeden yapılması ve son olarak da hizmet sunum saatlerinin alıcı için uygun olması gerekmektedir (Biçer, 2007:104).

-Yetkinlik: Hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olmaktır (Zerenler ve Ögüt,2007:505). Örneğin, müşteri ile ilişkili olan personelin bilgi ve becerisi, faaliyete destek sağlayan personelin bilgi ve becerisi, örgütün araştırma yeteneği gibi (Çiçek ve Doğan, 2009:205; Öztürk, 2003:142).

-Nezakət: Müşteri ile ilişki kuran personelin nazik, saygılı ve samimi olması olarak tanımlanmaktadır (Atan vd., 2005:8). Örneğin bir hastanede hasta giriş ve kayıt işlemlerini yapan personelin veya doktor, hemşire gibi hastanın doğrudan ilgi beklediği personelin hastaya karşı daha nazik ve kibar olmasıdır.

-İletişim: Müşterileri anlayabilecekleri dilde bilgilendirmek ve onları dinlemek anlamına gelmektedir. İşletme farklı müşteriler için dilini uyarlayabilmeli ve farklılaştırabilmelidir. İletişim, müşteriye hizmetin kendisini, hizmetin maliyetini açıklamayı, müşteriye herhangi bir problemin halledilebileceği konusunda güvence vermeyi kapsamaktadır (Dursun, 2008:45).

-İtibar: İşletmenin müşterilerinin gözündeki genel imajı ve ünüdür. İnanırlığı, dürüstlüğü, müşterinin çıkarlarını kalben hissetmeyi içermektedir. İtibar boyutuna katkıda bulunan faktörler; firma ismi, firma itibarı, müşteri ile etkileşimde kullanılan satış teknikleridir (Öztürk, 2003:142).

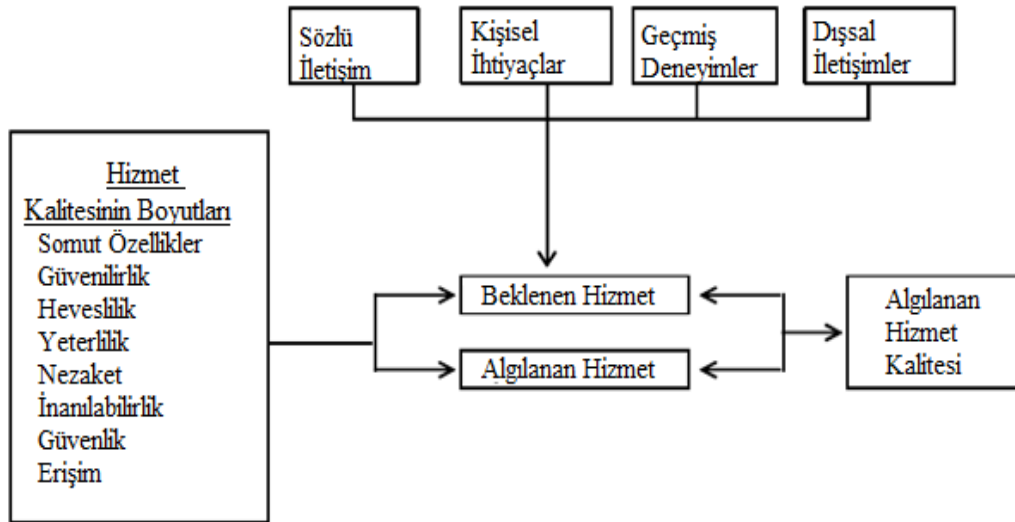
-Güvence: Çalışanların bilgili ve dürüst olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri olarak tanımlanmaktadır (İbik, 2006:27). Hizmet sektöründe güvenlik, tehlike risk veya şüphenin olmaması demektir. Bu nedenle işletmeler değişkenlik riskini azaltmak yoluyla rekabet avantajı sağlayabilirler. Sundukları hizmetin kalitesini yükseltmek amacıyla, farklı zamanlarda farklı kişilere değişik kalitede hizmet değil istikrarlı bir biçimde aynı düzeyde hizmet verilmelidir. Hizmet kalitesini standartlaştırma, güven oluşturmak için oldukça önemlidir. Bu ise ancak personel seçiminde gerekli dikkati ve özeni göstermek ve sonucunda seçilen personeli eğitmek yoluyla mümkün olabilmektedir (Biçer, 2007:107).

-Empati (Müşteriyi Anlamak): Müşteri ihtiyaç ve özel isteklerini anlamayı, bireyselleştirilmiş ilgi sağlamayı ve yüksek etkileşimli bireysel hizmetlerde önemli bir unsur olan “sürekli müşteri”yi fark etmeyi içermektedir. Müşteriler, hizmet kalitesiyle ilgili beklenen hizmet ve algılanan hizmet temeli üzerine kurulu fikirlerini oluştururken, yukarıda tanımlanan diğer boyutları kullanmaktadırlar. Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark hizmet kalitesinin ölçüsüdür; sonuç ya memnuniyettir ya da tam tersi memnuniyetsizliktir Kalite boyutlarının her birinin

önemi ve kullanım değeri, hizmetin tabiatına bağlıdır. Örneğin, düşük etkileşimli ve düşük çeşitlilikteki standart hizmetler için “kişiselleştirme”, hizmet kalitesinin önemli bir boyutu değildir. Perakendecilik gibi yüksek çeşitlilik ve etkileşim içeren kısa süreli hizmetlerde erişim, kişiselleştirmeden çok daha önemli olmaktadır (Erdem, 2007:138).

-Fiziksel Varlıklar: Hizmetin sunulması sırasında kullanılan fiziki varlıklardan oluşmaktadır. Kullanılan araç ve gereçlerin, yazılı malzemelerin, çalışan personelin ve işletmenin fiziki görünümü hizmeti fiziksel olarak temsil eden materyallerdir (Gürbüz, 2008:790).

Bu bileşenler Şekil 4’teki gibi gösterilebilir.



Şekil 4: Hizmet Kalitesinin Bileşenleri

Kaynak: Atan, M. ; Baş, M. ve Tolon, M., 2005:9.

Söz konusu bu bileşenler kullanarak hizmet kalitesinin ölçümü için ölçekler geliştirilmiştir. Hizmet kalitesinin ölçümünde iki popüler ölçek ön plana çıkmıştır. Bu ölçekler SERVQUAL ve SERVPERF ölçekleridir. Hizmet kalitesi çalışmalarında oldukça çok yararlanılan söz konusu bu iki ölçekten SERVQUAL müşteri beklentileri ile performansı karşılaştırmak suretiyle algılanan hizmet kalitesini tespit ederken, SERVPERF (Cronin ve Taylor, 1992:58-65) ölçeği, sadece performansa

odaklanmaktadır (Türk, 2009:400). Standart SERVQUAL ölçeği iki bölümdür. Her iki bölümde 22’şer önerme vardır. Müşteriler ilk önce beklentiler bölümünü, daha sonra ise algılamalar bölümünü yanıtlamaktadır. Bu iki bölümü tek bir soru seti üzerinden yanyana verebilmekte mümkündür. SERVQUAL ölçeğinin bileşenleri ve önermeleri Tablo 1’deki gibi gruplandırılmaktadır (Çiçek ve Doğan, 2009:205).

Tablo 1: SERVQUAL Ölçeğin Boyutları

Boyutlar	Önermeler	Tanımlamalar
Fiziksel varlıklar	1–4	Fiziksel tesisler, hizmeti sunmak için kullanılan araç ve donanım, personelin fiziki görünümü
Güvenilirlik	5–9	Performansın tutarlılığını içerir. Firmanın hizmeti ilk defada doğru yapması ve verdiği sözü tutması anlamına gelir. Taahhüt edilen hizmetin kusursuz, güvenilir biçimde yerine getirme becerisi
Heveslilik	10–13	Hizmetin sağlanmasında çalışanların istekli oluşu ile ilgilidir. Müşterilere karşı hevesli ve yardımsever olma, hizmeti zamanında ve çabuk yerine getirme
Güvence	14–17	Şüpheli, risk ve tehlikeden uzak olma anlamına gelir. Çalışanların bilgili, nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırma becerileri
Empati	18–22	Müşterinin ihtiyaçlarını anlamada çaba sarf etmeyi içerir. Müşterinin özellikli ihtiyaçlarını öğrenmeyi, düzenli müşterilerin farkında olmayı içerir Firmanın müşterilere kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı

Kaynak: Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L., 1988:23.

Müşteriler, hizmet kalitesiyle ilgili beklenen hizmet ve algılanan hizmet temeli üzerine kurulu fikirlerini oluştururken, yukarıda tanımlanan boyutları kullanmaktadırlar. Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluk hizmet kalitesinin ölçüsüdür; sonuç ya memnuniyettir ya da tam tersi memnuniyetsizliktir. Kalite beklentileri ile gerçekte yaşanan ve sunulan kalite, uygulamada çoğu kez örtüşmemektedir; pratikte bu ikisi arasında birtakım farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Müşteri anket ve soruşturmaları bu tür hizmet sunum farklılıklarını ortaya çıkardığında bunun nedenlerine inmek gerekecektir. Bu nedenleri ortadan kaldırmak için de hizmet sunum politikasında belirli değişikliklere gidilmesi gerekecektir (Erdem, 2007:138).

2.4.2. Cronin ve Taylor'ın (1992) Tek Performans (SERVPERF) Modeli

Cronin ve Taylor hizmet kalitesinin ölçümü, şekillendirilmesi ve bunun müşteri memnuniyeti ve alışveriş niyeti ile ilişkisini araştırmışlardır. Cronin ve Taylor; hesaplanan fark skorları ile algılanan skorları karşılaştırıp tek başına algıların, hizmet kalitesinin belirlenmesinde daha iyi belirleyici olduğunu savunmaktadırlar (Cronin ve Taylor, 1992:60-65).

Parasuraman ve arkadaşlarının modelinin çatısını hizmet kalitesinin gerçekleştirilmesi ve ölçümü açısından tartışıp, SERVPERF adlı sadece performansa dayalı hizmet kalitesi ölçütünü geliştirdiler. Bunu yaparken hizmet kalitesinin müşteri yaklaşımının bir şekli olduğunu ve hizmet kalitesinin sadece performansa dayalı ölçümünün hizmet kalitesini ölçmenin geliştirilmiş bir metodu olduğunu sergilemektedirler. Yazarlar hizmet kalitesinin “tavır benzeri” olarak kavramsallaştırılabileceğini ve yeterlilik-önem modeli ile işlevselleştirilebileceğini ifade etmektedirler. Özellikle, “Performans beklentisi”nden ziyade performansın hizmet kalitesini belirlediğini iddia etmektedirler.

Hizmet kalitesi, beklentiler olmaksızın sadece algılamalarla ve aşağıdaki formüle göre önem ağırlığı olmaksızın hesaplanmaktadır:

$$SQ = \sum_{j=1}^k P_{ij}$$

Bu formülde:

SQ = Genel hizmet kalitesi

k = Niteliklerin sayısı

P_{ij} = J ile ilgili olarak uyarımın performans algısını ifade etmektedir.

Cronin ve Taylor (1992) SERVQUAL yönteminin algısal bileşenlerinin, hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL boşluk skorlarından daha uygun olduğunu, hizmet kalitesinin algı ve beklenti arasındaki boşluk skorlarından ziyade, doğrudan algı skorları ile ölçülmesi gerektiğini söylemektedirler. Cronin ve Taylor,

SERVPERF ölçeğinin SERVQUAL yönteminden daha etkili ve iyi sonuçlar veren bir ölçek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Cronin ve Taylor' a göre; aynı zamanda hizmetle beraber somut bir ürünün de sunulduğu durumlarda SERVPERF ölçeği daha geçerli bir ölçek olarak kabul edilmektedir ve bir firmanın performansına ilişkin tavırların, deneyimler mevcut değilken beklentiler yoluyla geliştirildiğini ve bu tavırların söz konusu firmanın hizmetlerinden yararlanma ve bu hizmeti satın alma eğilimlerini etkilemektedir (İbik, 2006:35; Okumuş ve Asil, 2007:159).

2.4.3. Christian Grönroos'un (1984) Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli

Christian Grönroos'a (1984:37) göre esasen bir hizmetin kalitesinin müşteriler tarafından algılanan şekliyle ilgili iki boyutu bulunmaktadır:

- Müşteri algısına dayalı teknik boyut
- Müşteri algılama süreciyle ilgili işlevsel boyut

Bir otel müşterisine bir oda ve yatabileceği bir yatak sağlayacaktır. Bir restoranın müşterisi yemek elde edecektir. Bir uçak, yolcusunu bir yerden başka bir yere ulaştıracaktır. Bir fabrikanın ürünlerini depolardan müşterilerine ulaştıracaktır, Bir banka müşterisine kredi kabul ettirebilmektedir. Görüldüğü üzere üretim sürecinin bu önemsiz teknik çıktısı hizmetin işlevsel performansına karşılık gelmektedir. Müşterilerin hizmet işletmeleri ile etkileşimleri sonucunda ne aldıkları onlar ve onların kalite değerlendirmeleri için önemlidir. Bu hizmet kalitesinin teknik boyutu olarak adlandırılabilir. Genellikle bu teknik kalite, müşteriler tarafından objektif tavır ile ölçülebilmektedir.

Bir ATM'nin, bir restoranın veya bir şirket danışmanının ulaşılabilirliği; garsonların, banka veznedarlarının, seyahat acentası temsilcilerinin, otobüs şoförlerinin, kabin görevlilerinin, şirket danışmanlarının, tamir-bakım görevlilerinin davranışları; bir hizmet işletmesi çalışanlarının performanslarının nasıl olduğu, ne söyledikleri ve nasıl söyledikleri de müşterilerin hizmet hakkındaki görüşlerinde etkiye sahiptir.

Özet olarak müşteri sadece üretim sürecinin neticesinde eline ne geçtiği ile değil aynı zamanda sürecin kendisiyle de ilgilenmektedir. Müşteri ve aldığı hizmetle ilgili görüşü için teknik sonuçlara- teknik kaliteye- işlevselliğe nasıl ulaştığı da önemlidir. Bu durum fonksiyonel kalite olarak adlandırılmaktadır. Fonksiyonel kalite hizmetin performansına denk olmaktadır. Anlaşılacağı üzere özellikleri birbirinden oldukça farklı iki kalite boyutunu incelenmektedir; müşterinin ne elde ettiği sorusunu cevaplayan teknik kalite ve buna nasıl ulaştığı sorusunu cevaplayan fonksiyonel veya işlevsel kalitedir.

Grönroos hizmet kalitesinin algılanmasında ortak imajın da önemli olduğunu vurgulamaktadır. Çoğu durumda müşteriler şirketi ve alım-satım ilişkileri sürecindeki kaynakları görebilecektir. Bu nedenle ortak imaj ya da bazen yerel imaj çoğu hizmet şirketi için önemlidir ve müşteri algılamalarında önemli bir yere sahiptir. Şayet ortak imaj olumlu yönde ilerliyorsa müşteri ufak tefek hataları affedebilecektir. Tersine durum söz konusu olduğunda ise müşteri küçük bir hatada hoşnutsuz bir hale bürünecektir. Ortak imaj müşterilerin firmayı nasıl algıladıklarının bir sonucudur. Bu nedenle ortak imajın hizmetlerin teknik ve fonksiyonel kalitesi tarafından inşa edilmesi beklenebilir. Müşteriyi gören ve algılayan şirketlerin büyük çoğunluğu hizmet şirketleridir.

Bir hizmet firması imajı hakkında yeni hedef pazarları bilgilendirmek istediğinde bunu yapmanın en etkili yolu geleneksel pazarlama aktivitelerinden biri olan imaj reklamcılığıdır. Eğer mevcut bir pazardaki müşteriler o veya bu nedenle firmanın imajı ile ilgili gerçeğe uyuşmayan bir görüşe sahip ise yine gerçek imajın etkin şekilde pazara tanıtılmasında geleneksel pazarlama aktivitelerinin rolü büyüktür. Ancak müşteriye sunulan firma izlenimi mevcut ve fonksiyonel kalite ile uyumluluk göstermiyorsa reklam kampanyaları ve diğer pazarlama aktiviteleri yürütülmemelidir. Hizmetlerin teknik ve/veya fonksiyonel kalitesinin gerçekte olduklarından daha iyi oldukları izlenimi veren reklam kampanyaları beklenen hizmet kalitesinde bir artış ortaya çıkarmakta ve müşteri gerçek ile yüzleştiğinde beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark artmaktadır. Bunun sonucunda müşteri memnuniyetsizliği meydana gelmektedir.

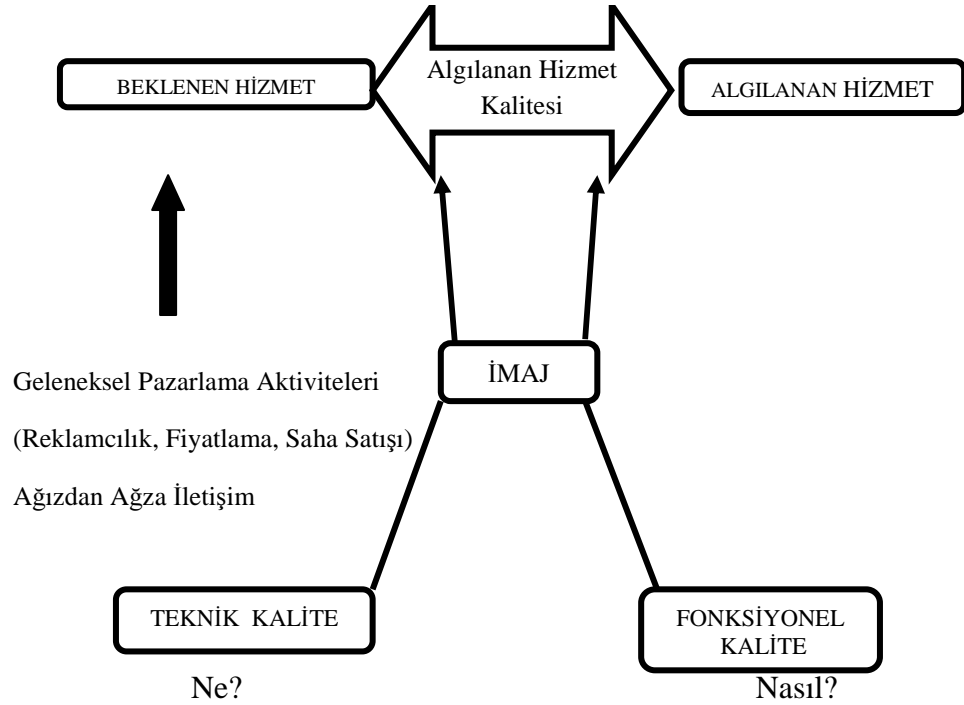
Bir firmanın başarıyla rekabet edebilmesi için kalitenin tüketici algısı olduğu ve hizmet kalitesinin bundan etkilendiği anlayışına sahip olması gerekmektedir. Algılanan hizmet kalitesini yönetme; firmanın beklenen hizmet ile algılanan hizmeti karşılaştırması gerektiğini ve böylece müşteri memnuniyeti elde etmesi anlamına gelmektedir. Grönroos, hizmet kalitesinin üç bileşeni olan teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imajı şu şekilde açıklamaktadır (Avcı ve Sayılır, 2006:124):

(1) Teknik kalite; tüketicinin hizmet firması ile etkileşimi sonucu kaliteden aslında ne aldığıdır ve tüketicinin hizmet kalitesini değerlendirmesi önemlidir.

(2) Fonksiyonel kalite; tüketicinin teknik çıktıyı nasıl aldığıdır. Onun için önemli olan hizmet alınması amacıdır.

(3) İmaj; hizmet şirketleri için çok önemlidir ve bunun diğer faktörler (gelenek, ideoloji, ağızdan ağza iletişim, fiyatlandırma ve halkla ilişkiler) de dahil olmak üzere başlıca teknik ve fonksiyonel hizmet kalitesi tarafından inşası beklenebilir.

Şekil 5'te kalite tecrübelerinin geleneksel pazarlama aktiviteleri ile bağlantısını göstermektedir. İyi algılanan kalite, tecrübe edilen kalite, müşteri beklentilerini karşıladığı zaman elde edilmektedir. Eğer beklentiler gerçek dışı ise toplam algılanan kalite düşük olacaktır.



Şekil 5: Hizmet Kalite Modeli

Kaynak: Grönroos, 1984:40.

Araştırmalar göstermektedir ki fonksiyonel kalitenin yüksek olması, örneğin müşteri ile ilişkide bulunan personelin performansı teknik kalitedeki ufak tefek aksaklıkların hoş görülebilmesine neden olmakta, teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebilmektedir. Bir hizmetin teknik kalitesi uygun düzeyde ancak fonksiyonel kalite yetersiz düzeyde ise teknik performansın müşteriye tatmin etme düzeyinden bağımsız olarak genellikle müşteride tatminsizlik yaratacaktır (Öztürk, 2003:140).

2.4.4. Haywood-Farmer'ın (1988) Hizmet Kalite Modelinin Niteliği

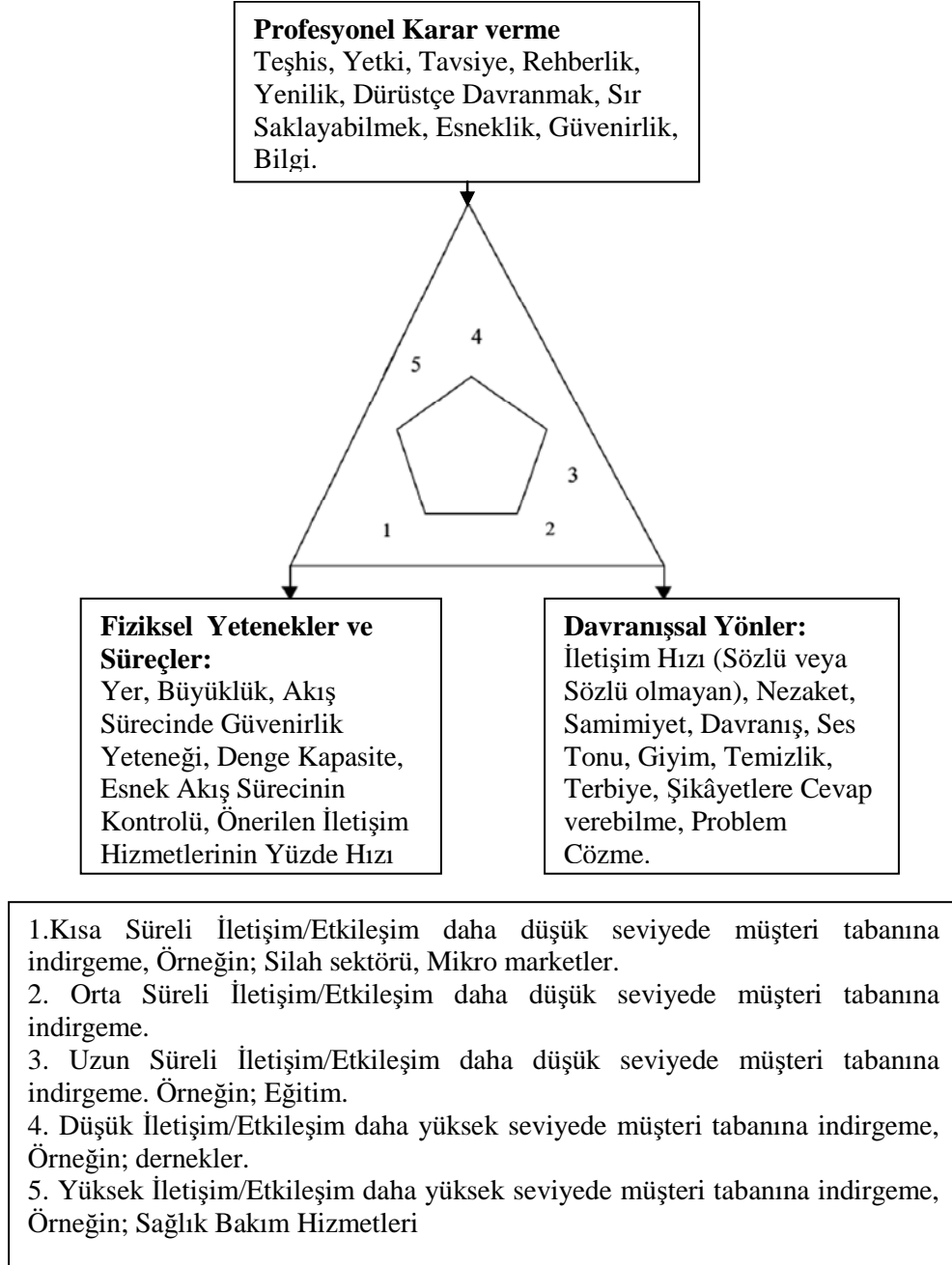
Bu model bir hizmet organizasyonunun, müşteri beklenti ve tercihlerini tutarlı bir şekilde karşılırsa “yüksek kalite”ye sahip olduğunu ifade etmektedir. Haywood-Farmer'e göre, niteliklerin çeşitli gruplara ayrılmaları hizmet kalite modelinin

gelişimine doğru atılan ilk adım olmaktadır. Model, hizmetleri üç temel niteliğe sahip görmektedir:

- (i) Fiziksel yetenekler ve süreçler,
- (ii) Davranışsal yönler,
- (iii) Profesyonel karar verme.

Her bir nitelik çeşitli faktörleri içermektedir. Bu modelde her bir nitelik kümesi Şekil 6'da sergilenen üçgen bir model oluşturmaktadır. Bu unsurlardan herhangi biri üzerinde fazlaca odaklanarak diğer unsurları dışarıda tutmak felakete sebep olabilmektedir. Örneğin, prosedürler üzerinde çok fazla odaklanma müşterinin her bir gelişinde işlemde geçeceği izlenimini bırakabilmektedir (Haywood-Farmer, 1988:19-25).

Haywood-Farmer, bu modelde temas ve iletişim derecesi, iş yoğunluğu derecesi, hizmetin ihtiyaca göre düzenlenme derecesine göre ortaya çıkan hizmet ortamı türlerini belirlemeye çalışmaktadır. Örneğin iş yoğunluğu ve müşteriyle kurulan ilişkinin düzenlenmesi açısından düşük değerlere sahip olan hizmetler, modelin fiziksel yetenek ve süreç niteliklerine daha yakın olmaktadır. Bu nedenle modele göre, ekipmanın müşterinin kullanımı için güvenilir ve kolay olduğundan emin olmak için özel bir itina gösterilmesi gerekmektedir.



Şekil 6: Niteliksel Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Haywood-Farmer, 1988:24.

2.4.5. Brogowicz, Delene ve Lyth'nin (1990) Sentezlenmiş Hizmet Kalite Modeli

Modele göre bir hizmet kalitesi boşluğu, müşterinin henüz hizmeti tecrübe etmediği fakat ağızdan ağza iletişim, reklam ya da diğer medya iletişim araçları yoluyla öğrendiğinde söz konusu olmaktadır. Bu nedenle potansiyel müşterilerin, sunulan hizmet kalitesinden algılarının yanı sıra gerçek müşterilerin hizmet kalite deneyiminden algıladıklarının da birleştirilmesi gerekmektedir.

Model, yönetim tarafından sistematik olarak dikkate alınması gereken planlama, uygulama ve kontrol gibi anahtar değişkenleri tanımlamaktadır. Bu sayede hizmet kalitesindeki farklar minimize edilebilmektedir (Kılıç ve Eleren, 2009:94). Sentezlenmiş hizmet kalite modeli üç faktörü göz önünde bulundurmaktadır. Teknik ve fonksiyonel kalite beklentilerini etkileyen faktörlerden (Brogowicz vd., 1990:33);

- Şirket imajı,
- Dış etkiler,
- Geleneksel pazarlama faaliyetleridir.

2.4.6. Mattsson'ın (1992) Hizmet Kalite Modelinde İdeal Değer

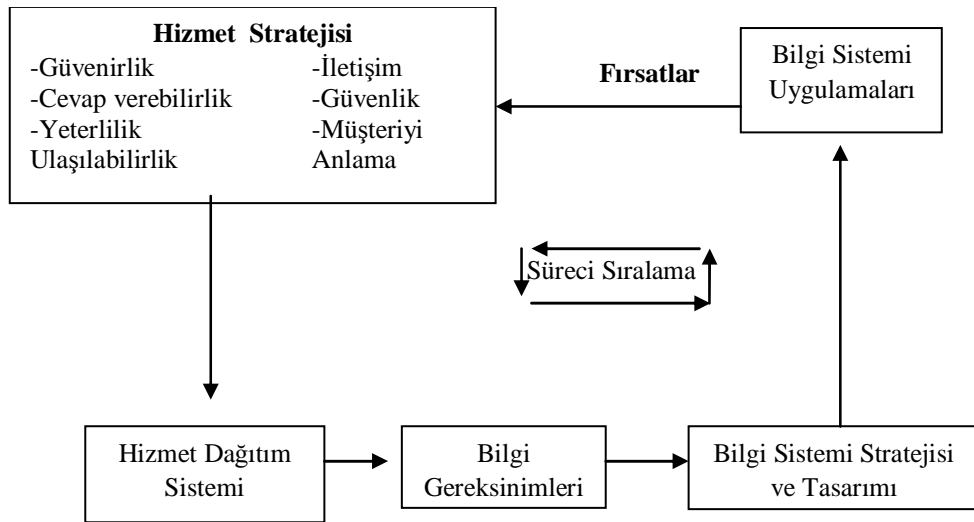
Model, beklenen ideal standartların kullanımı ile tecrübelerin mukayesesini önermektedir (Kılıç ve Eleren, 2009:94). Model hizmet kalitesi için değer yaklaşımını savunmaktadır ve bunu memnuniyet sürecinin bir sonucu olarak modellemektedir (Mattsson, 1992:22). İdeal değer standardına dayalı hizmet kalitesi modeli kuran Mattsson (1992), müşteri memnuniyeti sürecinin çıktılarını modelleyerek, ideal standartlar ve tecrübe sonucu elde edilen verileri karşılaştırmıştır. Örnek vermek gerekirse, öncelikle hastalar arasından seçilen rastgele bir örneklemeden, ideal hastane değerlerinin neler olabileceğini sıralamaları istenilmektedir. Hastalara göre; güler yüzlü bir doktor, iyi bir atmosfer, hastalara karşı empatik davranabilme, hızlı kayıt işlemleri, hastane personelinin uygun davranışlar sergilemesi gibi faktörler ideal hastane değerleri olarak sıralanmaktadır. Daha sonra, hastaneden çıkış yapan hastaların hastanede tedavi gördükleri sürece

ideal hastane değerlerinden memnuniyet dereceleri öğrenilmektedir (Güven ve Çelik, 2007:5).

2.4.7. Berkley ve Gupta'nın (1994) Bilgi Teknolojisi Uyum Modeli

Bilgi teknolojisine (IT) yapılan yatırımlar müşteriye sunulan hizmete ve uzun vadeli müşteri etkinliğine çok az önem vererek genelde etkinliğin üretkenliğinin geliştirilmesi amacını savunmaktadır. Bu model (Şekil 7) hizmet ve organizasyonun stratejilerini birbirine bağlamaktadır. Bilgi teknolojisi çeşitli sektörlerde yapılmış olan çok sayıda vaka çalışması aracılığı ile hizmet kalitesini geliştirmek için kullanılmaktadır.

Bu model detaylıca; bilgi teknolojisinin nerede kullanıldığını ya da güvenilirlik, duyarlılık, yeterlilik, erişim, iletişim, güvenlik, müşterileri tanıma ve anlama gibi unsurlar da dahil olmak üzere belirli hizmet kalitesi boyutlarını geliştirmek için de kullanılabilirliğini öne sürmektedir. Yapılan bazı çalışmalar aracılığıyla bilgi teknolojisinin kalite kontrolü için kullanımı da söz konusudur.



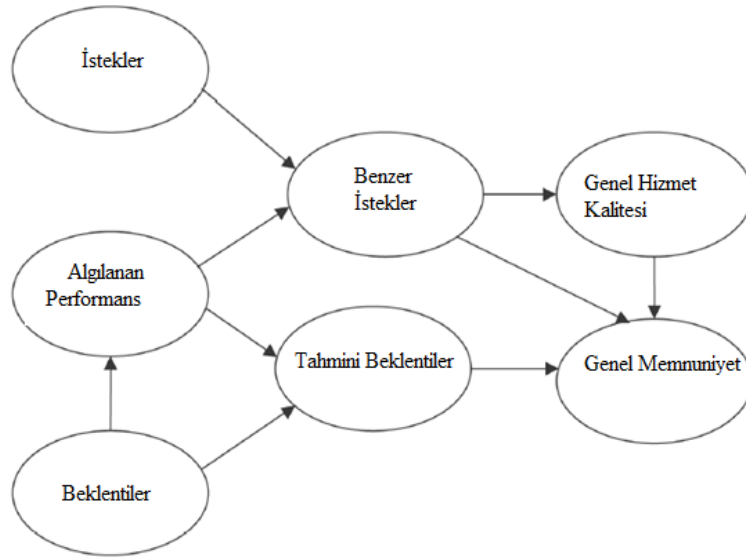
Şekil 7: Bilgi Teknolojisi Uyum Modeli

Kaynak: Seth,N.; Deshmukh, S.G ve Vrat, P., 2005:923.

Modele göre (Şekil 7) önemli olan, hizmet kalitesi ve bilgi sistem stratejilerinin koordine ve uyumunun ideal düzeyde olmasıdır. Bu model süreçlerin, hizmet uyumlarını ve strateji uyumlarını açıklamaktadır.

2.4.8. Spreng and Mackoy'un (1996) Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Modeli

Bu model (Şekil 8) müşteri memnuniyeti ve algılanan hizmet kalitesinin anlayışını kolaylaştırmaya çalışmaktadır. Model beklenti, algılanan performans istekleri ve arzulanacak eğilimin genel hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetindeki etkilerinin altını çizmektedir. Bunlar 10 tavsiye etme niteliği aracılığı ile ölçülmektedir: Randevu vermedeki uygunluk, personelin cana yakınlığı, soruları dinleyen danışman, doğru bilgi veren danışman, danışmanın bilgisi, tutarlı tavsiye, uzun vadeli planlamada yardımcı olan danışman, doğru iş ve kariyer seçiminde yardımcı olan danışman, kişisel hayat konusuna ilgililer ve personel profesyoneldir (Seth, vd., 2005:925).



Şekil 8: Memnuniyet Hizmet Kalite Modeli

Kaynak: Seth, vd., 2005:925.

2.4.9. Sweeney, Soutar ve Johnson'nun (1997) Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli

Hizmet kalitesinin belirli bir hizmeti satın almak için duyulan arzu ve değer üzerindeki etkisi iki alternatif model ile de etkileşim içindedir. Değer (value) müşterinin aldığı ve verdiği arasındaki karşılaştırma olarak tanımlanabilir ve değerinde elde edilenler ve vazgeçilenler arasındaki bir karşılaştırmayı ifade ettiğini gösterir. (Zeithaml et al., 1998) Bu modelde kullanılan değer yapısı “paranın değeri” dir.

Model 1: Bu model ürün kalitesiyle birlikte fiyatın, fonksiyonel ve teknik hizmet kalitesi algılamaları ile birlikte değer algılamalarını doğrudan etkilediğinin altını çizer.

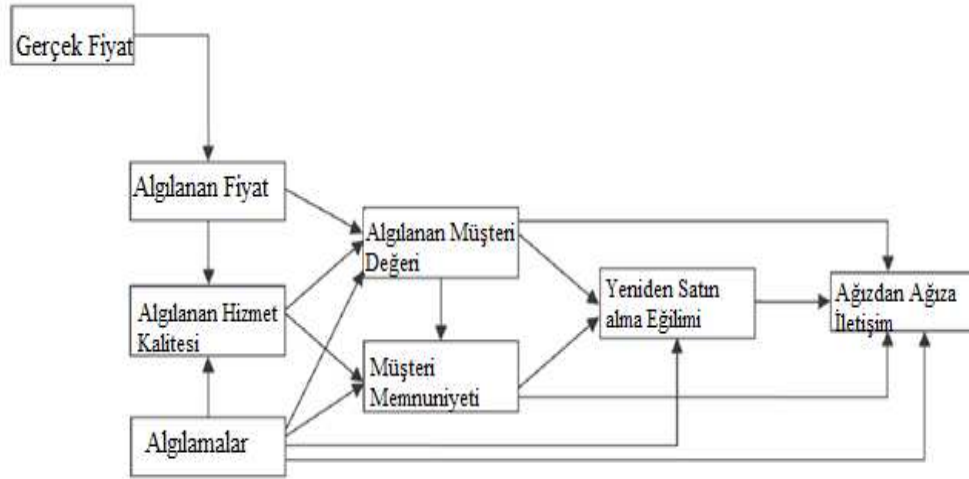
Model 2: Bu model ise fonksiyonel hizmet kalitesi algılamalarının yanı sıra müşterilerin isteklerinin satın almayı doğrudan etkilediğini vurgulamaktadır. Fonksiyonel ve teknik hizmet kalitesi algıları değer algılarını doğrudan etkilemese de ürünün kalite algılamalarını dolaylı olarak etkilemektedir. Ancak burada belirleyici nokta yani Model 1’ den ayrılan yön, müşterinin ürün veya hizmeti almasında istekliliğinin birinci derece etkili olmasıdır (Seth, vd., 2005:927).

2.4.10. Oh'un (1999) Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli

Oh (1999); hizmet kalitesi, müşteri değeri ve müşteri memnuniyetinin bütüncül bir modelini önermektedir. Önerilen model temelde satın alma sonrasındaki karar verme süreci üzerinde yoğunlaşmaktadır. Modeldeki oklar (Şekil 9) ilişki yönlerini göstermektedir. Model; algılananın; hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti, müşteri değeri ve tekrar satın alma niyetleri gibi anahtar değişkenlerle ilişkisini göstermektedir. Nihayetinde halk arasında ağızdan ağza iletişim yoluyla yayılanlar doğrudan birleşik algılama fonksiyonu; değer, memnuniyet ve tekrar satın alma niyeti olarak kavramsallaşmaktadır.

Model müşteri değerinin, müşterinin alışveriş sonrası karar-verme sürecinde önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. Bu, müşteri memnuniyeti ve tekrar satın alma istediğinin ön şekli olarak tanımlanmaktadır. Modele göre, algılanan

fiyatın algılanan müşteri değeri üzerinde etkiye sahip olduğunu ve algılanan hizmet kalitesi ile ilişkisi olmadığını göstermektedir (Seth, vd., 2005:927).

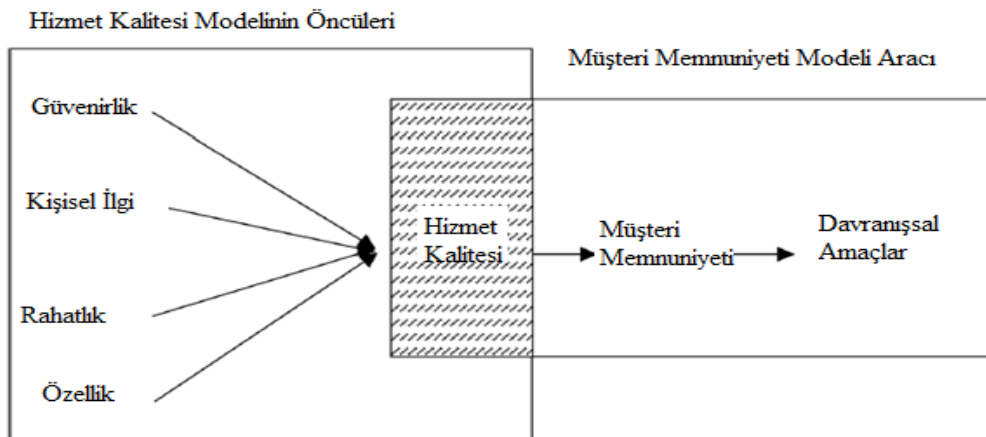


Şekil 9: Müşteri Değeri ve Memnuniyeti Hizmet Kalite Modeli

Kaynak: Seth, vd., 2005:928.

2.4.11. Dabholkar'ın (2000) Öncüller ve Uzlaştırıcı Modeli

Model, hizmet kalitesiyle ilgili kavramsal konularda daha derin bir anlayış sağlamak için öncüllerin incelenmesi, sonuçlara ve uzlaşmalara değinilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu model hizmet kalitesindeki bazı kavramsal konuları Şekil 10 aracılığı ile şöyle açıklamaktadır (Seth, vd., 2005:927):

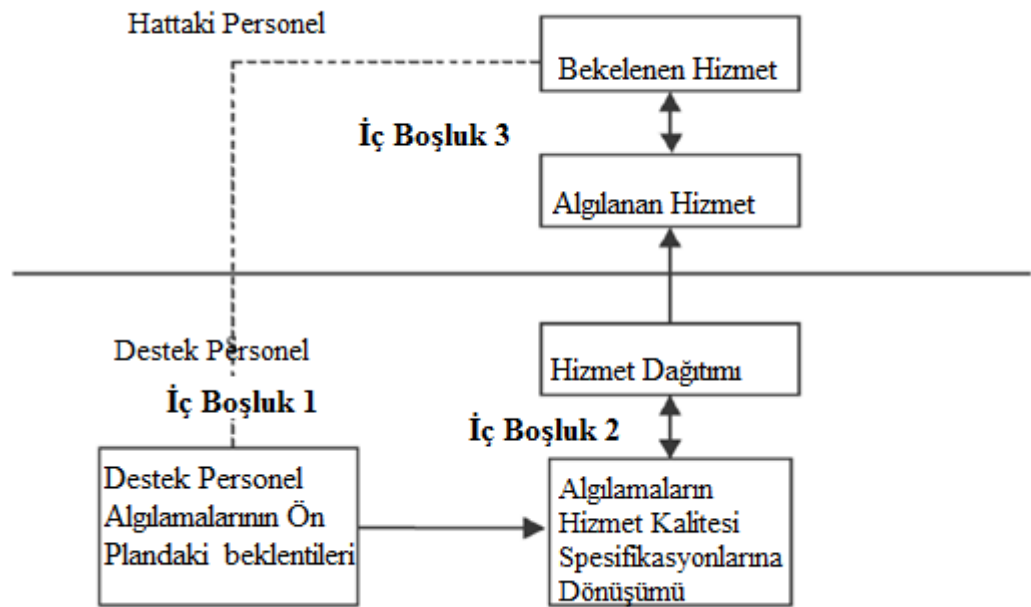


Şekil 10: Öncüller ve Uzlaştırıcı Model

Kaynak: Seth, vd., 2005:929.

2.4.12. Frost ve Kumar'ın (2000) İç Hizmet Kalite Modeli

Frost ve Kumar, boşluk modeline dayalı bir hizmet kalite modeli geliştirmişlerdir. Model (Şekil 11) iç müşteriler (Hat Personeli) ile büyük bir hizmet organizasyonu içindeki mal sağlayan firmalar arasındaki hizmet kalitesini belirleyen boyut ve ilişkileri değerlendirmektedir.



Şekil 11: İç Hizmet Kalite Modeli

Kaynak: Seth, vd., 2005:929.

İç boşluk 1; destek personelinin (tedarikçiler) algısıyla hat personelinin (iç müşteriler) beklentisi arasındaki farkı göstermektedir. İç boşluk 2; hizmet kalitesi nitelikleri ve sunulan hizmet arasındaki iç hizmet performans eksikliğinden kaynaklanan farktır. İç boşluk 3; hat personeli (iç müşteriler) üzerine odaklanan bir boşluktur. Bu boşluk hat personelinin beklentileri ile destek personelinin hizmet kalite algıları arasındaki farka dayanmaktadır (Seth, vd., 2005:929).

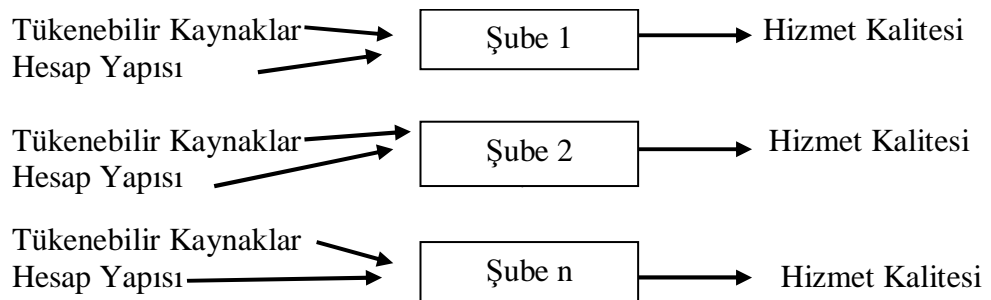
2.4.13. Soteriou ve Stavrinides'in (2000) DEA İç Hizmet Kalite Modeli

Hizmet kalitesi, bir küme sınıfının performansı değerlendirilirken göz önüne alınması gereken önemli bir faktördür. Bu küme sınıfı; ürün ve hizmetleri yüksek hacimde sunmanın yanı sıra kar olarak da tanımlanabilir. Fakat hizmet kalitesinin aşınması yüzünden uzun vadede sahip olduğu bu avantajını kaybedebilmektedir.

Soteriou ve Stavrinides (2000), kaynakların optimal kullanımı için bir küme sınıfına yön vermekte kullanılabilecek bir hizmet kalitesi modeli sunmaktadırlar. Bu model, hizmet kalitesi ölçütleri oluşturmayı amaçlamaktan ziyade bu gibi ölçütlerin hizmet kalitesinin ilerlemesi için nasıl birleştirilmeleri gerektiği konusunda rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Model düzgün bir şekilde kullanılmayan kaynakları işaret etmektedir.

Modelin girdisi iki setten oluşur; personel, mekan, zaman gibi tüketilebilir kaynaklar ve farklı kategorilerdeki hesapların sayısı. Modelin çıktısı, personel sınıfları tarafından algılanan hizmet kalite seviyesidir (Seth, vd., 2005: 930).

Veri Zarflama Analiz Modeli olarak dilimize çevrilen DEA / Data Envelopment Analysis, (Şekil 12) müşteri temelinde verilen hizmet kalitesi seviyesini işaret etmektedir. DEA modeli performansları düşük olanları belirleyip ilerleme sağlamları için yollar önermektedir.



Şekil 12: DEA Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Seth, vd., 2005: 930.

Girdi Minimizasyonu DEA modeli, aynı seviyede hizmet kalitesi sağlamaya devam edilirken tüketilebilir kaynakların kullanımının ne kadar azaltılabileceği konusunda bilgi sağlamaktadır. Öte yandan çıktı maksimizasyon modeli aynı tüketilebilir kaynakların kullanımı ile hizmet kalitesinin ne kadar artırılacağı konusunda bilgi sağlamaktadır.

2.4.14. Broderick ve Vachirapornpuk'un (2002) İnternet Bankacılığı Modeli

Bir hizmet sunum aracı olarak internetin ortaya çıkardığı en önemli güçlüklerden biri ayrı formatların ortaya çıkardığı müşteri etkileşimi ve davranışında meydana gelen önemli değişiklikler karşısında hizmeti sunan firmanın hizmet kalitesini nasıl sağlayacağıdır. Broderick ve Vachirapornpuk, internet bankacılığı modelini önermekte ve test etmektedir. Araştırma, katılımcı gözlemcileri Britanya internet site topluluğunun internet bankacılığını nasıl algıladığı ve bu modelin bileşenleri hakkındaki sözlü aktarımlarını içermektedir. İnternet bağlamında, aşağıdaki beş temel unsur algılanan hizmet kalitesi üzerine merkezi etkiler olarak değerlendirilmektedir. Bunlar (Broderick ve Vachirapornpuk, 2002: 329-330):

- 1-Müşterinin hizmet beklentileri,
- 2-Servis organizasyonunun imaj ve ünü,
- 3- Hizmet ayarının yönleri,
- 4- Fiili hizmet rastlaşması,
- 5-Müşteri katılımı.

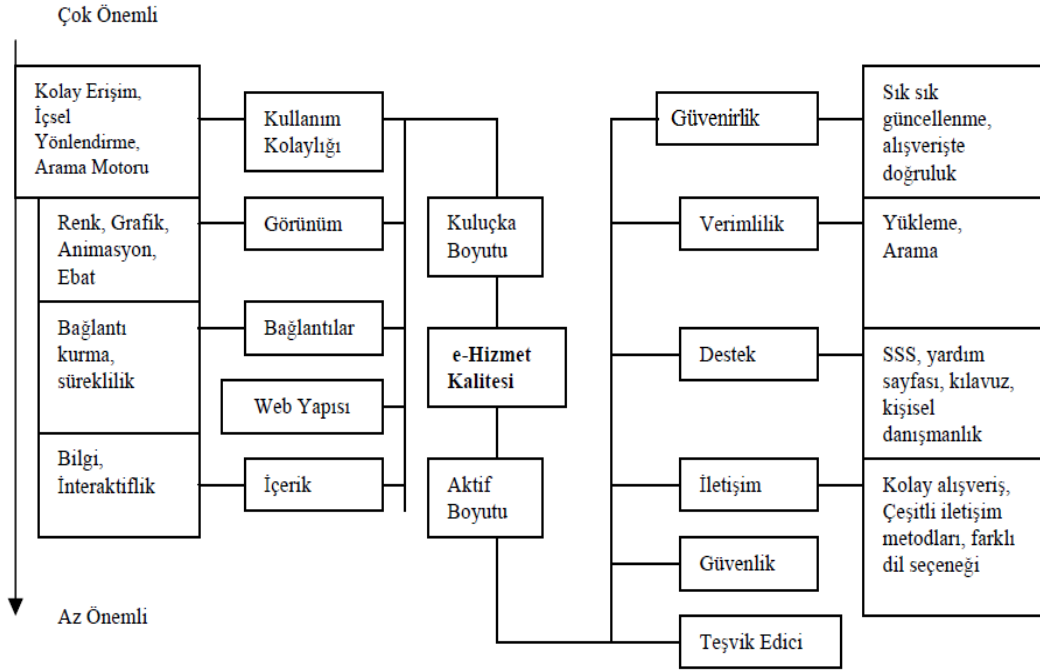
İmaj ve ün; müşteri beklentilerine ve algılanan hizmet kalitesine, müşteri beklentileri de; algılanan hizmet kalitesine, hizmet ayarına, müşteri katılımı ise; hizmet ayarına ve hizmet rastlaşmasına, en son olarak ta hizmet ayarı ve rastlaşması; algılanan hizmet kalitesine yönelmektedir.

2.4.15. Zhu, Wymer ve Chen'nin (2002) Bilgi Teknolojisi (BT) Tabanlı Modeli

Bu model hizmet sektöründe bilgi teknolojisinin önemini vurgulamaktadır. Hizmet sunucuları müşterileri için değer taşıyan hizmetler sunma ve masrafları azaltmak için (BT) bilgi teknolojilerini kullanmaktadırlar. Bu model müşteri tabanlı algılanan bilgi teknolojisine dayalı seçenekleri geleneksel boyutlara bağlayan bir hizmet kalite modelidir. Model bilgi teknolojisine dayalı hizmetler ile müşterinin hizmet kalitesi algısı arasındaki ilişkiyi araştırmaya çalışmaktadır. Zhu, bilgi teknolojisine dayalı hizmet oluşturmayı SERVQUAL tarafından ölçümlenen hizmet kalitesi ile ilişkilendirmektedir. Model, SERVQUAL tarafından ölçümlendiği şekliyle hizmet boyutları arasındaki bağlantılara odaklanmaktadır. Oluşum bilgi teknolojisine dayalı hizmet kalitesini, geleneksel hizmetlere yönelik tercihleri, bilgi teknolojisine dayalı hizmetleri kullanma deneyimine ve algılanan BT politikalarını ifade etmektedir. Bu oluşumların algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerine etkisi de belirtilmektedir (Zhu, vd., 2002:70-75).

2.4.16. Santos'un (2003) E-Hizmet Kalitesi Modeli

İnternet üzerinden hizmet veren işletmeler müşteri memnuniyetini yakalama ve müşteriyi elde tutmada başarılı olmak için etkinliğini ve cazibesini arttırması gerekmektedir. Etkinliğin ve cazibenin arttırılması için e-hizmet kalitesine önem verilmesi gerekmektedir. Santos 2003 yılında yazdığı makalede e-hizmet kalitesi modelinde, sanal hizmet kalite boyutlarını ortaya koymuştur. Bu model Şekil 13'te gösterilmiştir (Kitapçı, 2006:125).



Şekil 13: Santos'un E-Hizmet Kalite Modeli

Kaynak: Santos, J., 2003:239.

Şekil 13'e göre, e-hizmet kalitesinin iki boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar: Kuluçka Boyutu ve Aktif Boyuttur. Her bir boyut bir birini etkileyen 5 veya 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Santos'un yaptığı bu çalışmada, kuluçka boyutu için alt boyutlar önem sırasına göre, kullanım kolaylığı, görünüm, bağlantılar, web yapısı ve içerik; aktif boyutu ise, güvenilirlik, verimlilik, destek, iletişim, güvenlik ve teşvik edici olarak sıralanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAVRAMSAL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

3.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık hizmetlerinin kavramsal tanımı yapılmadan önce sağlık sözcüğünün tanımlanması üzerinde durmakta fayda bulunmaktadır.

Sağlık; Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre, “Ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir” (Çıraklı ve Sayım, 2009:2). Başka bir ifade ile sağlık, temel bir insan hakkı olup, bu hakkın tüm dünyada mümkün olan en yüksek düzeyde sosyal bir amaç olarak verilmesi ve bunu gerçekleştirmek için sağlık sektörüne ek olarak diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin harekete geçmesi olarak tanımlanabilmektedir (Yıldız, 2008:5).

Kurt (2008:4) ise sağlığı, yalnızca belirli bir toplumdaki fertlerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığın olmayışı değil, aynı zamanda, o toplumdaki fertlerin akılsal, ruhsal, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, harmoni, denge, uyum ve iyilik içinde bulunma durumu şeklinde de tanımlamaktadır. Başka bir ifadeyle sağlık, yalnızca hastalıkların olmayışı değil: fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

3.2. KAVRAMSAL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Refah ve mutlu toplum koşullarının elde edilmesi sağlıklı bireylerle mümkün olacağından dolayı sağlık hizmetleri birey ve toplum için yaşamsal öneme sahip niteliktedir (Aktan ve Işık, 2004:1)

Ülkelerin sosyoekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi de sağlık hizmetleridir. Toplumların refah düzeyleri yükseldikçe, sağlığa verilen önem de artmakta, kişiler daha fazla harcama yapmakta, ülkeler sağlık giderleri için bütçelerinden daha fazla kaynak ayırmaktadırlar. Hizmet pazarlaması içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, sağlık üzerine yapılan yukarıdaki

tanımlamalar ışığında, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlanabileceği gibi; bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, bireylerin hastalanmaları durumunda tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tamamı olarak da tanımlanabilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri, “kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel şahısların devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında vermiş oldukları hizmetlerdir” şeklinde de tanımlanabilmektedir (Tatarlı, 2007:6; Yıldız, 2008:5).

3.3. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI

Sağlık hizmetleri piyasası yapı ve işleyiş yönünden diğer mal ve hizmet piyasalarından büyük çapta farklıdır. Bu piyasada hastalıklara karşı veya hastalandığında iyileşme amacıyla kişinin kendi eğilimine ve ihtiyacına göre bağımsız olarak mal ve hizmet alma özgürlüğü sınırlıdır. Kendisi adına bir hekimin karar vermesini sağlamak zorundadır. Doktor kendine göre bilimsel saydığı veriler ışığında, hastanın başvurması gereken sağlık hizmetleri çeşitlerini belirlemektedir. Doktor hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini kararlaştırırken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik ögelere değil, tıp biliminin olanaklarını ve kullanabilir araçlarını dikkate almaktadır. Doktorlar hastalarını tedavi ederlerken hastanın mali olanaklarına bakmazlar, hastayı nesnel gerçeklere göre tedavi etmektedirler. Bu piyasada tüketiciler vazgeçme, pazarlık etme, erteleme ve ikna etme gibi özgürlüklere sahip değildirler. Bu piyasada tüketici yani hasta doktora tam olarak bağımlı olmaktadır. Oysa diğer piyasalarda her türlü reklam ve tanıtmaya karşın, alıcının bağımlılığı sınırlı kalmaktadır (Odabaşı, 2009:30).

3.3.1. Sağlık Hizmetinde Arz ve Talep

İnsanların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarının anlaşılabilmesi için öncelikle sağlık durumlarının bilinmesi, var olan tanımlanmış standartlar çerçevesinde ne derece sağlıklı olup olmadıklarının belirlenmesi ve modern teknolojinin hastalıkları

ne ölçüde iyileştirdiğine dair bilgi sahibi olunması gerekir ki sağlık hizmetlerine olan talep tahmin edilebilsin. Sağlık hizmetlerini talep eden bilinçli bir tüketicinin amacı, hastalanmasını önlemek veya hastalandığında en kısa zamanda iyileşerek yaşam süresini uzatmaktır.

Sağlık hizmetlerinde talep düzensiz niteliktedir ve belirli bir hastalığın tedavisi ya da önlenmesi ile ilgilidir. Sağlık hizmetinin talebine etki eden faktörler arasında gelir düzeyi, eğitim durumu, yaş, fiyat ve en önemlisi bireyin içinde bulunduğu ve algıladığı sağlık durumu yer almaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunucusu (doktor vb.), tüketicinin (hastanın) talebini etkileyen bir konumda bulunmaktadır. Doktor, bilgi ve deneyimlerine dayanarak diğer sağlık hizmetlerine olan talebi tavsiye ile artırabilmektedir. Laboratuvar hizmetlerine, diğer hastane hizmetlerine, sağlık personeline, ilaçlara olan talep ikincil taleptir ve bunların çoğu doktorlar tarafından türetilmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin arzı söz konusu olduğunda, tıbbi etkinliğin en düşük maliyetle sunulması önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin arzı birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmakta ve bu faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar aşağıdaki gibi gruplandırılmaktadır:

- Pazarın tekel derecesi
- Üretim girdileri
- Verimlilikteki değişiklikler
- Tıbbi teknolojideki değişimler
- Tıbbi personelin niceliği ve dağılımı

Sağlık hizmetlerinin talebinde en önemli unsur doktorların sayısıdır. Bir ülkenin sağlık düzeyi ile doktor sayısı arasında ilişki bulunmaktadır. Ancak doktorluk yapabilmek her ülkede uzun bir eğitimi ve diplomayı gerektirmektedir. Bu durum talebi kısıtladığı gibi, sağlık hizmetlerinin maliyetini de artırmaktadır. Öte yandan tıbbi hizmetin sunulması için birçok koşulun yerine getirilmesinin

istenmesinin nedeni kalitede belli bir düzeyi tutturmak amacı olabilmektedir (Odabaşı ve Oyman, 2009:31).

3.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

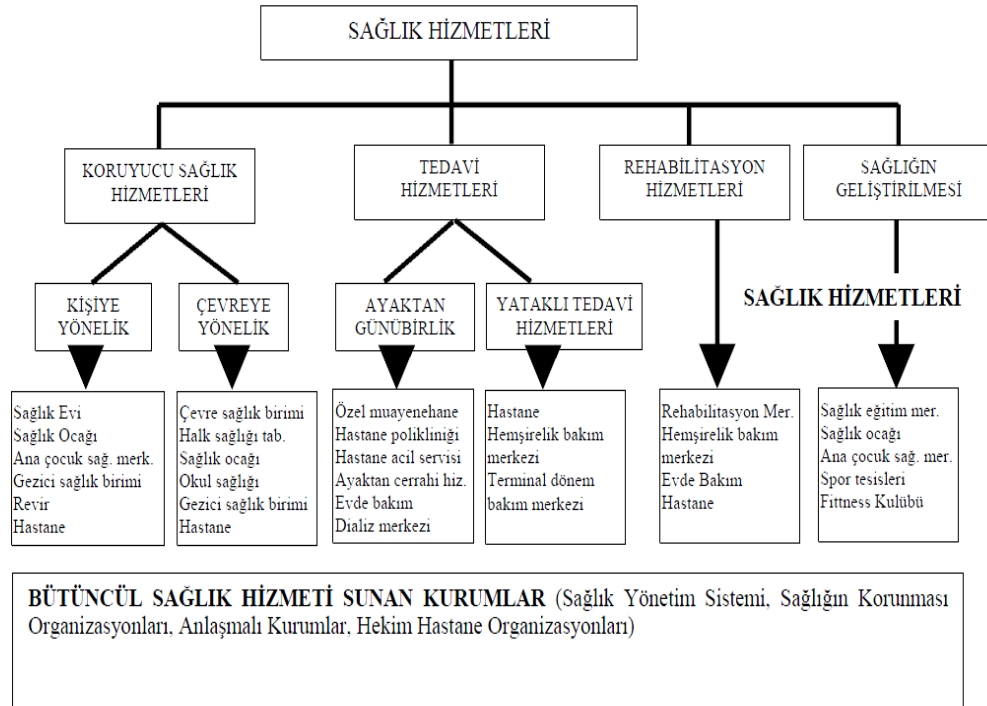
Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Bu bağlamda sağlık hizmetleriyle diğer hizmetler arasında pek çok farklılık bulunmaktadır. Bu farklılıklar, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden kaynaklanır. Sağlık hizmetleri, diğer hizmetler arasında en soyut olanıdır. Soyut olmadan kaynaklanan ve kendine has özellikler, sağlık hizmetlerinde üretim, finansman, pazarlama gibi bir takım yönetsel kararlar açısından da etkili olmaktadır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Çıraklı ve Sayım, 2009:4; Tatarlı, 2007:11):

- Sağlık hizmetlerinde hasta, verilecek hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımında hasta, uzman bilgisinden yararlanmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde hizmet sonucu elde edilecek tatmin, diğer hizmet türleri ile kıyaslandığında daha belirsiz olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu sebepten dolayı uzman, yarı uzman ve uzman olmayan kişilerin zamanında ve ihtiyaca yönelik koordinasyonu, özel bilgi ve beceri gerektirmektedir.
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı duyarlıdır. Verilen hizmetler, insan hayatı ile ilgilidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde “iş ilk seferde ve doğru biçimde” gerçekleştirme ilkesi benimsenmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde talep, zevk ve tercihten ziyade, ihtiyaçtan doğmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Sağlık hizmetlerini önceden deneme ve test etme olanağı yoktur. Bu nedenle, hizmeti veren – hizmeti alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır.

- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Çünkü tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler, uzmanlaşma derecesini arttırmaktadır.

3.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört başlık altında incelenmektedir. Bu hizmetleri ve bu hizmetleri veren kurumların sınıflandırılması Şekil 14'teki gibi gösterilebilmektedir.



Şekil 14: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

Kaynak: Erdem, 2007:61.

3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Günümüzde koruyucu sağlık hizmetleri hızla gelişmektedir. Sağlık hizmetinin amacı hastalığın önlenmesini sağlamaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade etmektedir (Çıraklı ve Sayım, 2009:22). Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetleri; çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın

sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının geliştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları içermektedir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir (Erdem, 2007:62). Bu tür sağlık hizmetlerini kendi içerisinde iki şekilde sınıflandırabiliriz (Aktan ve Işık, 2004:38).

3.4.1.1. Çevresel Sağlık Hizmetleri

Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini engelleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetler çevre sağlığı hizmetleri adını alır ve bu konuda eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlık teknisyeni gibi meslek mensupları tarafından verilir (Erdem, 2007:63).

3.4.1.2. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri

Bağışıklama (Aşılama gibi), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır.

3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, genelde koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçları düzeltmek amacıyla düzenlenen hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık, sakatlık gibi durumlarla karşılaşanların, bu durumların yarattığı zararlardan kurtarılması için yapılan hizmetlerdir. Kişilerin çalışma gücündeki geçici veya sürekli kayıp nedeni ile kazancın da kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiyeye yeniden fazlası ile kazandırılması gayretlerini içermektedir (Kurt, 2008:6). Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir (Çıraklı ve Sayım, 2009:25).

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel gayeler ön plandadır. Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanmaktadır (Erdem, 2007:64).

3.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Beden ya da ruha sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan çalışmalardır (Yıldız, 2008:7). Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyon çalışmalarıdır (Kurt, 2008:6). Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri kendi içinde iki başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

3.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Bedensel kalıcı bozukluklar ile sakatlıkların düzelterip, yaşam kalitesini artırmaya yönelik hizmetlerdir. İşitme ve görme kusurlarının azaltılması, protez ve ortez kullanımı, tıbbi rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir (Tatarlı, 2007:8).

3.4.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Sakatlık ya da zr olan kişilerin, günlük yaşama aktif olarak katılımının sağlanması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi için, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ve öğretme çalışmalarını içerir (Erdem, 2007:67).

3.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst seviyeye yükseltmek için verilen hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri bedensel, zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam sürecinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (Tatarlı, 2007:8). Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklılıkları bulunmaktadır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef almakta; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise, bireylerin ve

toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleri vardır (Erdem, 2007:68).

3.5. HASTANELERİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

3.5.1. Hastane Tanımı

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, "Müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımın yer, aldığı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır .

Özünde aynı, birbirini tamamlar nitelikteki bu iki tanımda hastaneler, esas işlevleri, olan "hasta ve yaralıların, tedavisi" faaliyetleri ile tanımlanmaktadır. "Eğitim", "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma veya toplumsal sağlık programlarına katılma" olarak adlandırılan ve yine hastanelerde yürütülen diğer işlevler dikkate alındığında, yukarıdaki tanımların eksik olduğu söylenebilir. Ancak eskiden beri hastanelerin değişmeden gelen esas işlevi, tedavi hizmetinin verilmesi olmuştur. Sözü edilen diğer işlevler, tedavi işlevinin iyi bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan veya kolaylaştıran ve esas işlevin türevleri diyebileceğimiz işlevlerdir . Bu açıdan bakıldığında "hasta tedavisi", diğer işlevleri içeren, dolayısıyla yukarıdaki tanımların yeterli olmasını sağlayan bir işlevi olarak düşünölebilmektedir (<http://www.merih.net/>).

3.5.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine göre sınıflandırılabilir (http://www.merih.net/; Tatarlı, 2007: 9-10).

3.5.2.1. Verilen Hizmetin Türüne Göre Sınıflandırma

Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler iki grupta toplanmaktadır:

- Genel Hastaneler
- Özel Dal Hastaneleri

3.5.2.1.1. Genel Hastaneler

Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir.

3.5.2.1.2. Özel Dal Hastaneleri

Özel dal hastaneleri ise, belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Sözcüğü, çocuk hastaneleri ve doğumevleri bu gruba girmektedir. Bu ayırımı bağli olarak yapılan başka bir ayırım da, eğitim hastaneleri ile eğitim vermeyen hastaneler şeklindedir. Eğitim hastaneleri, öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel ve özel dal hastaneleridir. Burada sözü edilen eğitim, hekimlere uzmanlık kazandırmayı amaçlayan eğitimidir. Pek çok hastanede yardımcı tıp personeli ve öğrenci hemşirelere verilen klinik eğitim, bu hastanelerin eğitim hastaneleri olarak sınıflandırılması için yeterli olmamaktadır.

3.5.2.2. Finansal Kaynaklarının Türüne (Mülkiyet) Göre Sınıflandırma

Finansal kaynakların türüne diğer bir deyişle mülkiyet esasına göre sınıflandırma hastanelerin mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğunu veya kurum ve kuruluşların niteliğini gösteren bir sınıflandırma türüdür. Bu

bakımdan Türkiye'deki hastaneler; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB)'na, SSK'ya, tıp fakültelerine, belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SSYB dışındaki Bakanlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir (Kavuncubaşı, 2009:68). Hastanenin mülkiyetine sahip kurum veya kuruluş , genellikle hastaneyi yönetme ve kontrol yetkisine de sahiptir. Bu nedenle "mülkiyet", "yönetim ve kontrol" esaslarına göre yapılan sınıflandırmalar çoğunlukla aynı sınıflandırma olmaktadır. Fakat ABD'de kar amacı gütmeyen hastanelerde olduğu gibi yönetimle mülkiyet ayrılabilir. Hastanelerin mülkiyet esasına göre sınıflandırılmaları hastane organizasyonu açısından önem taşımaktadır. Çünkü mülkiyete sahip kurum veya kuruluşlar, yönetim ve kontrol yetkilerine de sahip oldukları takdirde, hastanenin üst kademe yönetim organları olarak organizasyon içinde yer almaktadırlar.

3.5.2.3. Büyüklüklerine (Yatak Kapasitesine) Göre Sınıflandırma

Hastaneler büyüklüklerine göre de sınıflandırılmaktadır. Hastane büyüklüğünü belirlemede kullanılan en yaygın ölçüt, yatak sayısıdır. Buna göre hastaneler 25, 50,100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

3.5.2.4. Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Sınıflandırma

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

3.6. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu kamu işletmesi olduğu için pazarlamaya ihtiyaç duyulmamaktadır. Ayrıca reklâm, tanıtım, pazarlama Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne göre yasaktır. Bu yasak nedeniyle hem resmi hem de özel sağlık

kuruluşları pazarlama yapmamaktadırlar. Gayri resmi olarak, dolaylı pazarlama yapmaktadırlar. İlaç üretim ve dağıtım firmaları, temsilcileri aracılığıyla yüz yüze promosyonla ilaçlarını tanıtmaktadırlar. Özel hastane ve muayenehaneler doğrudan olmasa bile dolaylı olarak haber ve bilgilendirme yöntemleriyle tanıtım ve pazarlama yapmaktadırlar. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin reklamının yapılması yasa ile engellenmiş olmasına rağmen, önce doktor tabelalarında görülen standart dışı uygulamalar giderek kurumlara da ulaşmış ve bugün gazete, dergi, TV hatta billboard gibi batı dünyasının kullandığı tüm medya araçları kullanılır olmuştur. Yasal yaptırımların uygulanması zor ve cezaların ise caydırıcılıktan çok uzak olması nedeni ile son derece yaygın bir sağlık hizmetleri promosyonu devrine girilmiştir. Yasal olmasa da sağlık sektöründe yapılan bu tür pazarlama faaliyetleri hizmet pazarlaması olarak adlandırılmaktadır (Yıldız, 2008:74).

3.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Önemi

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda pazarlamanın amacı; hedef pazarın tatmin düzeyini geliştirmek ve tüketicilerin beklentilerini karşılayan daha nitelikli hizmetleri sunarak işletme amaçlarına ulaşmaktır. Ancak pazarlamanın bu amacını gerçekleştirebilmesi diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık sektöründe de rekabetin yoğunlaşmasına paralel olarak ortaya çıkmaktadır. Rekabet olmayan ortamda olan hastaneler istisnai haller hariç talebin arzı aştığı durumlarda tüketicilerine tatminkar olmayan hizmetler sunmaktadırlar. Bu nedenle rekabetin gelişmesine paralel olarak sağlık sektöründe pazarlama fonksiyonunun önemi artarak, tüketicilerin ihtiyaç ve isteklerinin ölçülmesi ve tatmin edilmesi ön plana çıkmaktadır. Pazarlama düşüncesinin sağlık hizmetlerine uygulamasında kâr amaçlayan bir sektör için geliştirilen pazarlama teorisinden, gerçekten çok hassas bir konu olan sağlık konusunda yararlanılmasına bazı eleştirilere yol açmıştır. Özellikle tutundurma faaliyetleri sağlık hizmeti pazarlamasındaki hassas konuların başında gelmektedir. ABD, hizmet sektöründe havayollarının gelirlerinin %14’nü tutundurmaya harcarken, sağlık hizmeti sektöründe tutundurma faaliyetleri için bu oranın ancak 1/10’nu harcayabilmektedirler (Akkılıç, 2002:204).

3.6.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri

Sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar çoğunlukla hizmet sunumlarında kâr amacı gütmemeleri nedeniyle diğer hizmet işletmelerine göre farklılıklara sahiptir. Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına neden olan gelişmeler aşağıdaki gibi özetlenebilir (Odabaşı, 2009:32):

- Artan maliyetlerin baskısı,
- Sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarının arttığı kabul edilmesi,
- Özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı,
- Atıl kapasite çalışmanın kayıp olarak değerlendirilmesi,
- Hizmetlerin taklit edilmesi,
- Personelin profesyonellik anlayışının gelişmesi,
- Değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi,
- Hastalığın önlenmesine yönelik artan ilgi,
- Sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan tüketici tatminsizliği,
- Sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması.

Yukarıda söz edilen bu gelişmeler sonucunda, sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir. Bu açıklamalar çerçevesinde sağlık hizmeti pazarlaması, “sağlık hizmeti tüketicilerinin neye ihtiyaç duyduğunu belirleme, bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlere şekil verme, yeni hizmetler üretebilme ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme sürecidir”. Sağlık hizmetleri pazarlamasında, pazarlamanın diğer uygulama alanlarına göre bazı farklı özellikler söz konusudur (Odabaşı, 2009:33).

Bu farklı özelliklerden birincisi; değişim ilişkisinin genellikle hükümet ve yasa koyucular tarafından belirlenmesidir. Yeni bir düzenleme ile kârlı olan bir kuruluş birdenbire kâr edemez duruma düşebilmektedir. İkinci farklılık; sunulan hizmetin çok iyi eğitilmiş uzman kişiler tarafından sunulmasıdır. Doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar ve yöneticiler hep birlikte en iyi hizmeti sunmayı amaçlamaktadırlar. Bu nedenle tüketicinin gözünde hizmetin kendisinden çok hizmeti sunanlar önem kazanmaktadır. Pazarlamanın klasik karma elemanları olan ürün, fiyat, tutundurma ve dağıtımın yanında beşinci eleman olarak kişilerin yer almasını sağlamaktadır.

Üçüncü farklılık ise, sunulan hizmetin kalitesini kesin olarak ölçmenin olanaksız olmasıdır. Verilen ilacın nasıl bir etkide bulunduğu, anesteziye kullanılan tekniğin ne gibi sonuçlar ya da ameliyat sonrası bakım hizmetinin kalitesi konusunda kesin ölçme ve denetleme yapmak oldukça zordur. Dördüncü farklılık olarak; tüketicilerin söz sahibi olmadığı satıcılar pazarı olma özelliği gösterebilmektedir. Tüketici hizmeti talep etse bile, hangi hizmetlerin satın alınacağına hastaneler ve doktorlar karar vermektedir. Bu açıdan doktor ve hasta arasındaki ilişki karşılıklı güven ve inanca dayanır. Son farklılık ise; dağıtımla ilgilidir. Ürünlerin dağıtımında, ürünün tüketicilere nasıl ulaştığı belirlenmeye çalışılırken, sağlık hizmetlerinin dağıtımında tüketicinin verilen hizmete nasıl ulaştırılacağı önem kazanmaktadır.

3.6.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasına Eleştiriler

Sağlık hizmetleri pazarlaması söz konusu olduğunda, kavramın yöneticiler tarafından yanlış algılandığı görülmektedir. Pazarlama kavramı genellikle satış ile özdeşleşmiş kabul edilmektedir. Diğer bir yanlış algılama ise, pazarlama terimi ile halkla ilişkiler ya da reklâmın aynı olduğunun kabul edilmesidir. Bu bilgiler ışığında sağlık pazarlaması konusunda yapılan eleştiriler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Odabaşı, 2009:34):

- Sağlık hizmetleri pazarlamasına yapılan harcamalar gereksizdir.
- Pazarlama araştırmaları kişilerin özel yaşantılarına girmektedir.
- Pazarlama, kişileri kendi arzularının dışında davranmaya zorlamaktadır.
- Pazarlama, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürür.
- Pazarlama, sağlık hizmetleri kuruluşlarının rekabetini sağlamaktadır.
- Pazarlama, gerekli olmayan sağlık hizmeti talebi yaratmaktadır.

Sağlık hizmetleri pazarlamasında en büyük eleştiri reklam, duyurum, halkla ilişkiler gibi konularda yapılan harcamaların gereksiz olduğu konusunda yoğunlaşmaktadır. Eğer yapılacak harcamalar bir gelir sağlamıyorsa doğal olarak yapılan harcama gereksizdir. Sağlık hizmetleri pazarlamasına yöneltilen diğer bir eleştiri, yoğun bir şekilde yapılan pazarlama araştırmalarının insanların özel yaşantılarına kadar girme noktasına gelmesidir. Bu durum, özellikle sağlık gibi insanların çok özel konularında hasta ve yakınlarını rahatsız etmektedir. Kişiye özel

sağlık konularının sırf pazarlama çabalarına taban oluşturacak diye incelenmesine ve araştırılmasına karşı çıkmaktadır. Yapılan eleştirilerden bir başkası pazarlamanın etkileme ve istenmeyen davranışlara yol açma gücünün sağlık hizmetlerinde de kullanabilmesidir. Bir diğer eleştiri, pazarlamanın sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüreceğidir. Reklam ve pazarlama tekniklerini iyi kullanabilen vasat sağlık kurumları ve doktorları, çok yetenekli olup da reklam ve pazarlama tekniklerini kullanamayanlara göre daha başarılı görülebilmektedir. Kendilerini çok iyi duyuramayan ve reklam yapamayanlar bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşmeler olabilmektedir.

3.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması

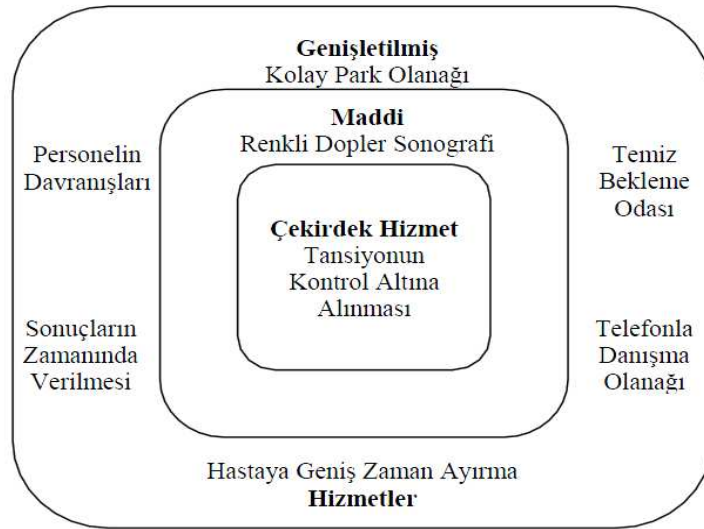
Bilindiği üzere pazarlama karmasını oluşturan unsurlar işletmelerin pazarlama planlarında yer alan hedef ve amaçlara ulaşmalarını sağlayacak stratejik kaynaklar olarak yer almaktadır. Geleneksel olarak bilinen 4P pazarlama karmasının esas unsurlarını oluşturmakla birlikte fiziksel çevre, katılımcılar ve süreç yönetimi gibi unsurlar da 4P'ye eklenen yeni pazarlama karması elemanlarıdır (Bakır, 2006: 11). Aşağıda sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları olan ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma, katılımcılar, fiziksel ortam ve süreç yönetimi kısaca açıklanacaktır.

3.6.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Ürün

Pazarlama literatüründe, ihtiyaçları karşılayan tüm mal ve hizmetler, ürün olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri tarafından ortaya konulan ürün de, fiziksel boyutları olmayan ve belirli standartlar ile ölçülemeyen bir maldır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde ürün kavramını tanımlamak konusunda bir takım güçlükler yaşanmaktadır. Kimi araştırmacılar, sağlık kuruluşları tarafından sunulan ve hastalar tarafından talepte bulunulan ürünü, sağlık ve tıbbi bakım veya bir başka deyişle herhangi bir hastalığın, tıbbi dengesizliğin önlenmesi, kontrol edilmesi veya yönetilmesi olarak kabul etmektedir. (Bakır, 2006:12; Özbaşar, 1996:23; Tatarlı, 2007:24).

Sağlık hizmetlerinde ürün (hizmet), çekirdek ve genişletilmiş hizmet olarak ikiye ayrılabilir. Çekirdek hizmet, bir hizmetin müşteriye sağladığı fayda

olarak ifade edilmektedir. Sağlık faaliyetleri geniş çapta çekirdek hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler tüketicilerin problemlerini çözmek için sunulan soyut faaliyetleri veya süreçleri kapsamaktadır. Örneğin, çocuk sahibi olmakta güçlük çeken bir çiftin hastaneye başvurma nedeni, bekledikleri çekirdek fayda çocuk sahibi olmaktır. Laboratuvar testleri, hatta gerektiğinde cerrahi bir müdahale, bu amaçla verilen elle tutulabilir hizmetlerdir. Söz konusu çift hastaneye geldiklerinde otomobillerini kolayca park edebiliyor, doktorlarını beklemeden görebiliyorlarsa bu hizmetin genişletilmiş yönüdür (Çatı, 2002:59; Erdem, 2007:96).



Şekil 15: Sağlık Hizmetlerinde Çekirdek ve Genişletilmiş Hizmet

Kaynak: Erdem, 2007:96.

Genişletilmiş ürün, ürünün temel fonksiyonlarını daha iyi yerine getirmesine olanak sağlayan veya onunla birlikte gelen çeşitli özelliklerdir. Hastane yöneticileri, sundukları somut ürünü aşan genişletilmiş ürünle hedef pazarına ek hizmetler ve avantajlar sağlamaktadır. Örneğin, doğum yapmış annelere yapılan ev ziyaretleri, anne ve bebek sağlığı konusunda yapılan eğitimler, ilk bir yıl içerisinde yapılan bebek muayenelerinin ücretsiz olması, sağlık kuruluşu tarafından sunulan doğum hizmetine ilave edilmiş ek hizmetlerdir. Genişletilmiş ürün kavramı, sunulan ürün ya da hizmetin farklılaştırılmasını sağlamaktadır (Tatarlı, 2007:27).

3.6.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat

Fiyat, satın alınan bir mal ya da verilen hizmet karşılığında ödenmesi gereken paradır. Fakat söz konusu sağlık hizmetleri olduğunda, bu tanım yetersiz kalmaktadır. Bunun sebeplerinden birincisi, kişilerin özel sağlık sigortasına veya sosyal bir güvenceye sahip olmaları halinde, sağlık hizmetleri karşılığında ya hiç ödeme yapmamaları, ya da çok az bir bölümünü ödemeleridir. Diğer sebep, alınacak sağlık hizmetlerinin farklılık ve sayısına hekimler karar verdiğinden, hizmetin hastaya maliyeti ve hastanın ödeyeceği tutarın öncelikli olarak önemli olmamasıdır (Albayrak, 2010:25).

Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma genel olarak üç başlık altında toplanmaktadır. Bunlardan ilki devlet düzenlemelerine tabi olan uygulamalar, ikincisi dernek ve odaların düzenlemelerine tabi olan uygulamalar ve son olarak da piyasa koşullarının düzenlemesine tabi olan uygulamalardır. Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından düzenlenmesi halinde ekonomik amaçlardan daha çok toplumsal amaçlar önem kazanmaktadır. Dolayısıyla devlet tarafından fiyatlandırılan sağlık hizmetleri piyasa koşullarından farklı bir biçimde belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına göre fiyatlandırılması söz konusu olduğunda ise bu fiyatlandırma maliyetlere, talebe ve rekabete bağlı olarak belirlenebilmektedir (Bakır, 2006:12).

Sağlık hizmetlerinde fiyat elastikiyeti düşüktür. Tedaviyi gerektiren bir sağlık hizmeti, ucuz olduğu için fazla tüketilmez veya pahalı olduğu için genellikle tüketiminden vazgeçilmez; çoğunlukla başka harcamalardan fedakarlık yapılarak ödenmektedir. Ancak plastik cerrahi veya diş protezi gibi gerekli olmayan bölümlerde fiyat elastikiyeti söz konusu olmaktadır. Sağlık hizmeti kullanımının getirdiği başka maliyetlerde bulunmaktadır. Fiyat, hasta endişesi, bekleme ve ulaşım süresi, düzensizlik ve belirsizliğin yarattığı korku duygusunu da kapsamaktadır (Özbaşar, 1996:25).

3.6.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım

Sağlık hizmetleri dağıtımında öncelikli olarak seçilen mekânın hem sağlık kuruluşunun gelişimine hem de hastaların ulaşımına uygun olması beklenmektedir

(Çatı, 2002:68). Ayrıca hastaların sağlık hizmeti alabilmek için geçirdikleri süre, durumu aciliyet gösteren hastaların bakımlarının anında yapılması ve sağlık hizmetini veren birimler arasında eşgüdümün sağlanması dağıtım açısından önemli olan diğer unsurlardır (Bakır, 2006:13).

Sağlık kuruluşları açısından dağıtım bileşenine bakıldığında görülebilecek sorunlar şöyle sıralanmaktadır (<http://saglikpazarlamasi.com.tr/>);

- Sağlık kuruluşunun coğrafi olarak yerleştiği bölgenin seçimi(lokasyon)
- Yerleşim yapılması planlanan bölgede yerleşilecek coğrafi noktanın karayolu, toplu taşıma ve yaya olarak ulaşımına uygunluğu.
- Sevk zinciri.
- Bekleme süresi.
- Hizmet verilen saatler

3.6.4.3.1. Dağıtım Kanalları

Dağıtım kanalı, kısaca bir mal ya da hizmetin üreticiden tüketiciye veya endüstriyel kullanıcıya akışında izlediği yoldur. Dağıtım kanalının seçimi, çok karmaşık bir yapıya sahip olan dağıtım sistemi çerçevesinde yapılmaktadır. Dağıtım kanalları çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Geleneksel olarak yapılan bir sınıflandırmada, kanal üyeleri arasındaki ilişkinin niteliği esas alınmakta ve ilişkinin dolaysız (doğrudan) veya dolaylı olmasına göre dağıtım dolaylı ve dolaysız dağıtım şeklinde ikiye ayrılmaktadır (Erdem, 2007:109).

Sağlık hizmetleri, dolaylı veya doğrudan ihtiyaç duyanlara ulaştırılabilmektedir. Örneğin semt polikliniğine başvuran hastaların doğrudan başvurması dolaysız dağıtıma girmektedir. Eğer hasta aile hekimi veya semt kliniğinden hekim tavsiyesi ile başka bir sağlık kurumuna başvurmuşsa bu dolaylı dağıtım anlamına gelmektedir. Dolaylı dağıtımda hasta ve hastane arasındaki ilişki bir şahıs aracılığıyla gerçekleşmektedir. Dolaylı dağıtım sağlık işletmelerinde öneride bulunma ile olmaktadır (Albayrak, 2010:30).

3.6.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma

Sağlık hizmetlerinde tutundurma, sağlık kuruluşlarının hizmetlerini potansiyel hastalara iletişim yoluyla bildirmek ve elde edecekleri yararlar hakkında onları ikna etmektir. Tutundurma çalışmalarıyla amaç, potansiyel hastalara sunulacak hizmetlerin varlığını, niteliklerini, hizmetlere erişme ve kullanma yollarını iletmektir (Odabaşı, 2009:78).

3.6.4.4.1. Tutundurma Araçları

Tutundurma araçları, hedef kitleye mesajlar taşımaktadır. Bu araçlar; reklam, halkla ilişkiler, satış özendirme, kişisel satış ve doğrudan pazarlamadır. Bu tutundurma araçlarının sağlık hizmetlerindeki kullanımına kısaca değinmekte fayda vardır (Tatarlı, 2007: 40-43):

3.6.4.4.1.1. Reklâm

Dünyada pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık ile ilgili direkt reklam yapılması yasaktır. Ancak kimi zaman sağlık kuruluşlarının iddialı oldukları alanları, basın-yayın organları aracılığı ile halka duyurdukları görülmektedir. Kimi zaman da çeşitli magazin programlarının sağlık ile ilgili köşelerine katılarak izleyicilere bilgi vermek amacıyla, çalıştıkları sağlık kurumunun reklamını yapmaktadırlar. Sağlık kuruluşları, reklam faaliyetlerinde, doğrudan posta, televizyon, ilan panolarını ve en yaygın olarak gazeteleri reklam aracı olarak kullanmaktadırlar. Özellikle medyanın sarı sayfaları, doktorlara ulaşmak veya sağlık ile ilgili bir mesajı iletmek için, hem popüler hem de uygun bir araç olarak tanımlanmaktadır.

3.6.4.4.1.2. Halkla İlişkiler

Kamu yararına ücretsiz aşı kampanyaları, ücretsiz sağlık taramaları, halkı belirli sağlık sorunları ve tedavileri konusunda bilinçlendirme amacıyla verilen konferanslar, tıp biliminin gelişmesine yardımcı olmak üzere düzenlenen seminerler, sağlık kurumlarınca sarf edilen halkla ilişkiler çabalarıdır. Tüm bu çabalar halkla ilişkiler bölümü tarafından planlanmakta, bütçelenmekte ve amaca yönelik

yürütülmektedir. Hastane halkla ilişkiler bölümü, yukarıda bir kısmı belirtilen faaliyetleri, hastane yönetiminin izlediği hizmet politikalarını ve çalışmalarını halka duyurmak, kuruluşa karşı toplumda olumlu bir tutum yaratılmasını sağlamak, halkın kuruluş hakkında ne düşündüğünü ve kuruluştan beklentilerini öğrenmek, halkla işbirliği yapmak amacıyla gerçekleştirilmektedir.

3.6.4.4.1.3. Satış Özendirme

Satış özendirme, satışları özendirmek için, reklam, kişisel satış, halkla ilişkiler dışındaki diğer pazarlama iletişim çabalarıdır. Bunlar aralıklı olarak satış noktalarında gösteriler, sergiler düzenleyerek, kuponlar, primler, bedava örnek ürünler dağıtılarak yapılmaktadır (Erdem, 2007:114).

Sınırlı da olsa sağlık hizmetlerinde kullanılan satış tutundurma araçları şunlardır (Tatarlı, 2007:44):

- Kuponlar: Bazı hastaneler, ücretsiz diş muayenesi veya tansiyon ölçümü için hastalarına kupon veya broşürlerini iletmektedirler.
- Nakit avantaj indirimi: Kimi hastaneler, hastanın adının soyadının ve resminin olduğu plastik kartlar hazırlarlar. Bu kartlar ile hastaneye başvuran hastalara, ödemelerinde belli bir oranda indirim yapılmaktadır.
- Örnek ürün: Özellikle ilaç sektöründe kullanılmaktadır. İlacın numunesi doktora bırakılmaktadır. İlacın denenmesi sağlanmaktadır.

3.6.4.4.1.4. Kişisel Satış

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, kişisel satış standardı olmayan bir satış örneğidir. Bu nedenle çeşitli biçimler alabilmektedir. Sağlık hizmeti veren sağlık çalışanları, aynı zamanda hastane için birer kişisel satışçı konumundadırlar. Doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin, hizmet verirken hastaya olan tutum ve davranışları, hastaların zihninde o hizmet ile ilgili olumlu ya da olumsuz düşüncelerin oluşmasına neden olmaktadır. Personelin hastaya yaklaşımı, aynı hizmeti bir dahaki sefere, aynı yerden alınıp alınmayacağı kararı üzerinde etkilidir. Hastaneler, kişisel satış yöntemini, daha çok teşhis ve tedavi hizmetlerini kamu veya diğer sağlık kurumlarına satmak amacıyla kullanmaktadır. Paket anlaşmalar denilen

bu yöntemde hastaneler, gelirlerinin önemli bir kısmını bu anlaşmalardan elde etmektedirler. Kişisel satış yöntemi, sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayan işletmelerce de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunlar; ilaç firmaları, tıbbi malzeme, tıbbi cihaz ve donanım satan işletmelerdir. İlaç firmalarının satış elemanları hekimler ile görüşerek ilaçları hakkında bilgi vermekte ve tanıttıkları ürünün numunesini bırakmaktadırlar (Albayrak, 2010:35; Tatarlı, 2007:43).

3.6.4.4.1.5. Doğrudan Pazarlama

Doğrudan pazarlama; kitle iletişim araçları haricindeki pazarlama mecralarını kullanarak, tüketici ile marka arasında ilişki kurarak, bağlılık yaratabilen, tüketicinin satın alma davranışlarını olumlu yönde değiştirebilen, interaktif, somut, davetkar, katılımcı ve sonuçları ölçülebilen pazarlama iletişiminin faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır (<http://www.ozguremre.com>).

3.6.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılar

Geleneksel pazarlama karması bileşenleri olan ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma elemanlarına ilave olarak hizmet pazarlamasında katılımcılar beşinci unsur olarak kabul edilmektedir. Hizmet pazarlamasında, hizmet üreten ve pazarlayanlarla birlikte, tüketiciler ve hizmet faaliyet alanı içerisinde bulunan tüm kişiler katılımcılar olarak adlandırılmaktadır (Karahana, 2000:100). Aşağıda sağlık hizmetlerinde katılımcılar olarak personel ve hastalar ele alınacaktır.

3.6.4.5.1. Personel

Profesyonel hizmet sunan hastanelerde hizmetin kalitesi ve müşterilerin güveni açısından personel çok önemlidir. Çünkü sağlık kuruluşlarında müşteri ve personel çok yakın temastadır. Danışmalarda bulunan memurlar, hasta kabul bürolarındaki memurlar, hasta bakıcılar, hemşireler, doktorlar ve hastane yöneticileri hastanelerdeki personel grubunu oluşturmaktadır. Hastanın tatminini hastanede görev yapan tüm personel etkilemektedir. Doktorun kaliteli sağlık hizmeti sunması ve hastalarına yakın davranması yeterli olmamaktadır. Bir hasta bakıcının ya da hasta kabuldeki görevli bir personelin olumsuz bir davranışı hastanın sunulan sağlık

hizmetinden duyduğu tatmini azaltmakta ya da tatminsizliğe yol açmaktadır. Tatmin olmamış hastanın teşhis ve tedavide doktora yardımcı olması güçleşmekte ve hizmet kalitesi düşmektedir (Çatı, 2002:83).

3.6.4.5.2. Hastalar

Birçok hizmette olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de hizmet, diğer hasta ve hasta yakınları ile birlikte elde edilmektedir. Bir kısım hastalar hizmeti alırken, bir kısmı da sıralarını beklerler. Her iki durumda da hasta, hizmetin sunulduğu çevrede bulunmaktadır ve diğer hastalar müşteri tatminini ve müşterinin kalite anlayışını etkilemektedir. Örneğin hasta bekleme odasında, temiz olmayan bir hasta, diğerlerinin algıladıkları hizmet kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle özel hastaneler, hizmeti aynı anda tüketen hasta karmasını etkin bir şekilde yönetebilmek için VIP (Very Important Person) Kartı veya Suit Oda hizmeti gibi çeşitli uygulamalara gitmişlerdir. (Öztürk, 2003:105).

3.6.4.6. Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Ortam

Parasuraman'a göre "hizmet sunumu sırasında kullanılan bina, araç-gereç, teçhizat ve personelin fiziksel görünümü, hizmetin fiziki simgeleri, hizmet alan ya da bekleyen diğer müşteriler" gibi faaliyetler fiziksel özellikler bileşeni adı altında yer almaktadır.

Sağlık sektöründe ise hasta odalarının düzeni, teşhis ve tedavide kullanılan her türlü tıbbi cihaz, hastane içi ve dışı tanıtıcı levhalar, ısınma ve havalandırma sistemleri, hemşire çağrı cihazları, banyo ve tuvaletlerin hasta ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş olması, hasta refakatçileri için gereken düzenlemelerin yapılmış olması ve otopark hizmetleri gibi hizmetler fiziksel özellikler boyutu altında yer almaktadır. Bunların hepsi hasta ve yakınlarının tatmin düzeylerinde olumlu etki yaratacaktır (Albayrak, 2010:39).

Acil durumlar dışında hastalar hizmeti satın almadan önce sağlık kuruluşlarının yetenekleri hakkında araştırmalar yapmakta ve ipuçları aramaktadırlar. Fiziksel ortam ve çevre imkanları bu ipuçlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

Fiziksel ortamın tüketiciyi tatmin etmede çok etkili olduğu birçok araştırma ile desteklenmektedir (Tatarlı, 2007:45).

3.6.4.7. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda “hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını” kapsamaktadır. Araştırmalar, hizmetlerin birer süreç olduğunu ve hizmetin gerçekleşmesinde müşterilerin bir üretici gibi rol oynadıklarını göstermektedir (Erdem, 2007:119).

Etkin bir süreç yönetimi için, talebin iyi yönetilmesi gerekmektedir. İyi bir müşteri bilgi sistemine sahip olan hastaneler, çeşitli zaman dilimlerine göre, hastaların hizmet talep düzeylerini belirleyip, hizmetlerini buna uygun bir biçimde düzenleyebilirler. Özellikle hastane hizmetlerinde gün içinde talep dalgalanmaları meydana gelmektedir. Talebin yoğun olduğu saatlerde beklemeden dolayı çıkabilecek tatminsizliği ortadan kaldırabilmek için, ek birtakım hizmetler verilebilmektedir. Örneğin uygun oturma ve bekleme salonları hazırlanması, bekleme sırasında hastaların okuyabileceği günlük gazete ve çeşitli dergilerin bulunması sağlanabilir, sıcak veya soğuk içecek ikramlarında bulunulabilir (Tatarlı, 2007:47).

Etkin bir süreç yönetimi için yapılabilecek bir diğer faaliyet, hizmetin bir süreç olarak ele alınıp, bu süreç içerisinde yer alan tüm faaliyetlerin tanımlarının yapılması ve birbiri ile olan ilişkilerinin belirlenmesidir. Bir başka deyişle, iş akış şemasının oluşturulmasıdır. İş akış şeması sayesinde, işlerin birbiri ile olan ilişkileri kolayca görülmekte, her aşamadaki kapasite ihtiyacı belirlenmekte, hastanın sürece dâhil olduğu aşamalar görülmekte ve her aşamadaki bilgi gereksiniminin ne olduğu belirlenmektedir. Süreç bir bütün olarak görülebildiği için, hasta tatminsizliğine yol açan aşamaların neler olduğu belirlenip, bunların ortadan kaldırılması için neler yapılabileceği konusunda hastane yönetimine fikir vermektedir (Karahan, 2000:109).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

POLİKLİNİKLERDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN C.Ü. SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NE BAKIŞ AÇILARI VE TATMİN DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Poliklinikler, ayakta muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yapıldığı hastaların yataklı tedavi kurumlarında ilk müracaat üniteleridir (www.saglik.gov.tr/ Yataklı Tedavi Kurumları, İşletme Yönetmeliği, madde 6.) Araştırmanın bu bölümünde ise polikliniklerde tedavi gören hastalara, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin sunmuş olduğu poliklinik hizmetlerine ilişkin sorular ve ifadeler yöneltilmiş ve yüz yüze görüşmeler sonucu cevapları alınmıştır. Çalışma 01-30 Mayıs 2011 tarihleri arasında uygulanmıştır.

4.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Bu araştırma aşağıda verilen sorulara cevap aramaktadır:

- Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine gelen hastalar sunulan sağlık hizmetlerinden tatmin olmakta mıdır?
- SERVQUAL ve SERVPERF hizmet kalite ölçüm modelleri arasında farklılık var mıdır?
- C.Ü. Hastanesi'nin hangi hizmetlerinde memnuniyet ve memnuniyetsizlik vardır?
- C.Ü. Hastanesi'nde sunulan sağlık hizmetleri hastaların beklentilerini karşılayabilmekte midir?
- C.Ü. Hastanesi'nde sunulan sağlık hizmetlerinin poliklinikler itibariyle farklılık var mıdır?

4.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, genel kabul görmüş hizmet kalitesi ölçüm modelleri olan SERVQUAL ve SERVPERF modellerinin boyutsal oluşumlarını ve hizmet kalitesini

ölçerken bu iki model arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bu bağlamda, poliklinik hastalarının hizmetten beklentileri ile algılamaları arasındaki farklar her boyut için belirlenerek karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca bu araştırmada Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde poliklinik hizmeti alan hastaların hastanede sunulan hizmetlerle ilgili beklenti, algılarını ve hastaneye gelen hastaların demografik özelliklerini tespit edilip hastaların demografik özellikleri ile hastaneyi genel olarak değerlendirmeleri arasında ilişkinin olup olmadığı; hizmetlerle ilgili algılamalar ve hastaneye ilgili genel değerlendirmeler için farklılık gösterip göstermediği saptanmaya çalışılmaktadır.

4.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Araştırma, Sivas il sınırları içerisinde bulunan Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi pediatri ve psikiyatri polikliniği hariç tüm polikliniklerde, sağlık hizmeti talep eden hastalar üzerinde yapılmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Araştırmanın anket uygulama süresi C.Ü. Tıp Fakültesi Etik Kurulu anket uygulama izninin geç verilmesinden dolayı 1 aya yayılmıştır. Hastaların sayısının çok ve yerlerinin dağınık olması; hastaların uygun gördükleri zaman dilimlerinde anketin uygulanabilmesi ve anketör sayısının da sınırlı olması uygulama süresinin uzamasına neden olmuştur. Pediatri polikliniğinde anket formunu hastaların kendilerinin yerine refakatçılarının cevaplayacağı, psikiyatri polikliniğinde ise hastaların ruhsal durumlarının anket formunu doldurmaya müsait olmadığı düşüncesiyle bu poliklinikler araştırma dışında tutulmuştur.

4.5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın anket uygulaması, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde sağlık hizmeti alan hastalar arasından tesadüfi olarak seçilen kişiler ile yüz yüze görüşmeler yapılarak uygulanmıştır. Uygulanan ankette Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL yöntemi kullanılmıştır. Anket iki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci bölümde, sağlık hizmeti alan hastaların sosyo-ekonomik ve demografik bilgilerini kapsayan sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise beşli Likert ölçeği üzerinde sunulan ifadeler (1 Çok kötü, 5 Çok iyi) bulunmaktadır. Bu bölümdeki sorular beklenti ve algılama olmak üzere iki gruptan ve 25'er sorudan oluşmaktadır.

Uygulanan SERVQUAL yönteminde soruların aslına bağlı kalmak üzere, sektörün şartları dikkate alınarak sorular üzerinde ilaveler ve değişiklikler yapılmıştır. Daha sonra çalışmanın ana kütlesi olan 17 poliklinikte tedavi gören yaklaşık 120.000 hasta içerisinde verileri sağlıklı görülen 369 hasta örneklem olarak seçilmiştir. Her poliklinikte ankete katılan hasta sayıları belirlenirken polikliniklerin hasta sayılarının toplamdaki oransal ağırlığı dikkate alınmış ve kişiler kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Örneklem sayısının belirlenmesinde;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

formülünden yararlanılmıştır (Gülmez ve Kitapçı, 2008:18). Burada, N Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde tedavi gören hasta sayısını, t: Güven aralığını (%95), d: kabul edilebilir hatayı (0,05), p: olayın gerçekleşme olasılığını, q: olayın gerçekleşmeme olasılığını, n: örnek hacmini göstermektedir. Örneklemede olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kota örnekleme uygulanmıştır. Bu kotayı geliştirmek için polikliniklere gelen hastaların hedef anakütle içindeki (araştırmaya konu poliklinikler) dağılımlarına göre hastalarla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler ilgili polikliniklerdeki bekleme salonlarında yapılmıştır.

4.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. SPSS programı yardımıyla çapraz tablo, frekans dağılımı, aritmetik ortalama, t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır. Analiz ve değerlendirme aşamasında;

- Anket verilerinin güvenilirliği test edilmiştir,

- Ankete katılan hastalara ait bilgiler frekans analizi ile değerlendirilmiştir,
- Her ifade için beklenti ve algılama ortalamaları SERVQUAL ve SERVPERF kalite ölçüm modellerine göre hesaplanmıştır.
- Beş grupta (boyut) beklenti ve algılama ortalamaları hesaplanmıştır.
- Farklardan oluşan SERVQUAL ve SERVPERF değerleri hesaplanmıştır.
- Sonuçların anlamlılığı, demografik özelliklerin sonuçlara etkilerinin belirlenmesi için testler uygulanmıştır.

Hasta beklentileri ve algılama düzeyleri arasındaki farklar SERVQUAL ve SERVPERF yöntemlerine göre tüm müşteri beklentileri ortalaması ile algılamaları ortalaması arasındaki farklar belirlenerek hesaplanmıştır.

4.6.1. Güvenirlilik Testi

Deneme ölçeğinde bulunan maddelerin, ölçülmesi planlanan yapıyı açıklayacak ilişki içinde olup olmadığını, her maddenin diğerleri ile ne ölçüde ilişkili olduğunu, hangi maddelerin en iyi ölçümü verdiğini ve hangi maddelerin güvenilirlik ve geçerliliğinin daha yüksek olduğunu bulmak bu test ile mümkün olmaktadır. Maddelerde güvenilirlik ve geçerlik önemli olduğunda bu iki temel özelliğe ilişkin bulgular araştırılmaktadır. Böylelikle güvenilirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi anlamını taşımaktadır. Geçerlik ise; bir ölçme aracının, bu araçla ölçülmek istenen özelliğin ölçülerini diğer özellik veya özelliklerin ölçüleri ile karıştırmadan değerlendirebilme derecesidir. Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğini test etmek için; Cronbach tarafından geliştirilen ve kendi adıyla anılan Cronbach α katsayısının kullanılması gerekmektedir. Ölçeğin α katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı ölçeğin unsurlarını tanımlamaya yönelik maddelerden oluştuğu söylenebilmektedir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı mümkün olduğunca 1'e yakın olması gerekmektedir (Erdem, 2007:163).

Tablo 2: Cronbach α Testi ile Elde Edilen Güvenirlilik Değerleri

	Cronbach α katsayısı	Madde Sayısı (n)
Poliklinik Hizmeti Alan Hasta	0,955	50

Poliklinik hastalarına uygulanan anket formunda yer alan hasta algılamalarını tespit etmeye yarayan ölçeğin güvenilirliği % 95,5 olarak bulunmuştur. Bulunan α değeri 1'e çok yakın olması maddelerin tutarlı ve güvenilir nitelik taşıdığını göstermektedir.

4.7. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE DEĞERLENDİRMELER

Araştırmanın bulgu ve değerlendirmelerine geçmeden önce araştırma konusu hastane hakkında genel bilgi vermek faydalı olacaktır. C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi 1974 yılında kurulmuş ancak tam anlamıyla 1977 yılında hasta kabulüne başlamış bir eğitim ve araştırma hastanesidir. Üniversite Hastanesi'nde değişik servis ve polikliniklerde günlük ortalama 950 hasta, yıllık ise yaklaşık 150-180 bin hasta tedavi ve muayene olmaktadır.

Araştırmanın bu bölümünde polikliniklerde tedavi gören hastalara ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.7.1. Polikliniklerde Tedavi Gören Hastaların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlere İlişkin Bulguları ve Değerlendirmeleri

Polikliniklerde tedavi görmek amacıyla C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne gelen ve araştırmaya katılan bazı hastaların demografik özellikleri ile ilgili sonuçlar ve değerlendirmeler bu başlık altında incelenecektir.

Polikliniklere gelen hastalardan toplam 369 hasta ile görüşme yapılmıştır. Bu hastaların polikliniklere göre dağılımı ise Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Araştırma Örneğinin Polikliniklere Göre Dağılımı

Araştırmaya konu poliklinikler	Örneklem Sayısı	Araştırmaya konu poliklinikler	Örneklem Sayısı
Dahiliye	53	KBB	33
Göz	47	Kadın Doğum	29
Kardiyoloji	33	Fizik Tedavi	23
Üroloji	21	Ortopedi	20
Nöroloji	21	Genel Cerrahi	16
Göğüs Hastalıkları	21	Dermatoloji	14
Kalp Damar	10	İntaniye	10
Nöroşirürji	8	Göğüs Cerrahi	5
Plastik Cerrahi	5		
			Genel toplam: 369

Araştırma örneğinin belirlenmesi için C.Ü. Sağlık Hizmetleri ve Uygulama ve Araştırma Hastanesi yönetimine başvurulmuş olup ancak 15.04.2011 tarihli dilekçe hastane yönetim tarafından gerekçe gösterilmeden reddedilmiştir. Bu yüzden araştırmada 2004 yılında yapılmış başka bir çalışmanın (Gülmez ve Kitapçı, 2008: 54) verileri kullanılmıştır.

Poliklinik hastalarının demografik sosyo-ekonomik özelliklerine ve hastaneyi genel değerlendirmelerine göre dağılımı aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Örnek grubunun yaşa göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Ankete Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş Durumları	F	%
25'den az	115	31,2
25-39 yaş	97	26,3
40-54 yaş	94	25,5
55 ve yukarı	63	17,0
Toplam	369	100,0

Araştırmaya katılan hastaların yaşlarına ilişkin bulgular Tablo 4'te gösterilmiştir. Hastaların yaşlarına göre dağılımını incelediğimizde katılımcıların %31,2'si 25'den az, %26,3'ü 25-39; %25,5'i 40-54 ve %17'si 55 ve yukarı yaş grubu hastalardan oluşmaktadır (Tablo 4).

Tablo 5: Ankete Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	F	%
Erkek	146	39,6
Kadın	223	60,4
Toplam	369	100,0

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; %39,6'sı erkek, %60,4'ü kadın hastalardan oluşmaktadır. Bu veriler ışığında hastaların büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 6: Ankete Katılan Hastaların İkametgâh Durumlarına Göre Dağılımı

İkametgâh Durumu	F	%
Sivas Merkez	267	72,4
Sivas'a Bağlı İlçeler	71	19,2
Diğer İller	31	8,4
Toplam	369	100,0

Araştırmaya katılan hastaların ikamet ettikleri yere ilişkin bulgular Tablo 6'da gösterilmiştir. Hastaların ikametgâhlarına göre dağılımını incelediğimizde hastaların %72,4'ü Sivas merkezden, %19,2'si Sivas'a bağlı ilçelerden ve %8,4'ü diğer illerden

özellikle çevre illerden Tokat, Malatya, Erzurum ve Ordu ilinden gelen hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 7: Ankete Katılan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Durumları	F	%
Okur-Yazar	24	6,5
İlkokul	112	30,4
Ortaokul	30	8,1
Lise	74	20,1
Önlisans	23	6,2
Lisans	97	26,3
Yüksek Lisans-Doktora	9	2,4
Toplam	369	100,0

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir. Katılımcıların % 6,5’unun okur-yazar, %30,4’ünün ilkokul, %8,1’inin ortaokul, % 20,1’inin lise, %6,2’sinin önlisans, %26,3’ünün lisans ve son olarak %2,4’ünün lisansüstü eğitim düzeylerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı

Sağlık Güvencesi	F	%
SSK	199	54,1
Bağ-Kur	55	14,9
Emekli Sandığı	74	20,2
Yeşil Kart	30	8,1
Ücretli	6	1,6
Diğer	4	1,1
Toplam	368	100,0

Araştırmaya katılan hastaların sağlık güvencelerine göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Katılımcıların %53,9’ü SSK, %14,9’u bağ-kur, %20,2’i emekli sandığı, %8,1’i yeşil kart, %1,6’sı ücretli ve %1,4’ü diğer sağlık güvencelerinden yararlanmaktadır. 1 hasta ise sağlık güvencesini belirtmek istememiştir.

Tablo 9: Ankete Katılan Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meşguliyet	F	%
İşçi	36	9,8
Memur	27	7,3
Emekli	50	13,6
Serbest	23	6,2
Ev Hanımı	105	28,5
Öğrenci	89	24,0
Esnaf	17	4,6
İşsiz	4	1,1
Çiftçi	18	4,9
Toplam	369	100,0

Meşguliyet yönünden incelendiğinde, katılımcıların %9,8'i işçi, %7,3'ü memur, %13,6'sı emekli, %6,2'si serbest meslek, %28,5'i ev hanımı, %24'ü öğrenci, %4,6'sı esnaf-sanatkâr, %4,9'u çiftçi ve %1,1'i işsizdir (Tablo 9).

Tablo 10: Ankete Katılan Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı

Gelir	F	%
Yok	28	7,6
500 TL'den az	85	23,0
501-1000 TL	138	37,4
1001-1500 TL	59	16,0
1501-2000 TL	35	9,5
2001-2500 TL	20	5,4
2501 TL'den Fazla	4	1,1
Toplam	369	100,0

Hastaların gelir düzeylerine baktığımızda %7,6'sının sabit bir gelirinin olmadığı, %23'ünün 500 TL'den az, %37,4'ünün 501-1000 TL, %16'sının 1001-1500 TL, %9,5'inin 1501-2000 TL, %5,4'ünün 2001-2500 TL, %1,1'inin 2500 TL'den fazla gelire sahip olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 11: Poliklinik Hastalarının Sağlık Hizmeti Alabilmek için Bekleme Sürelerine Göre Dağılımı

Bekleme Süresi	F	%
5-15 dk.	46	12,6
16-25 dk.	51	14,0
26-35 dk.	74	20,3
36-50 dk.	47	12,9
51-60 dk.	32	8,8
1 saatten fazla	114	31,4
Toplam	364	100,0

Örnek grubunun %12,6'sı 5-15 dk., %14'ü 16-25 dk., %20,3'ü 26-35 dk., %12,9'u 36-50 dk., %8,8'i 51-60 dk. arası ve %31,4'ü ise 1 saatten fazla beklemiş olan hastalardan oluşmaktadır. 5 hasta ise sağlık hizmeti alabilmek için beklediği süreyi belirtmek istememiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun hastanede 1 saatten fazla beklemesi sunulan hizmetin kalitesini olumsuz etkileyecek bir unsurdur (Tablo 11).

Tablo 12: Poliklinik Hastalarının Doktorun Muayene için Ayırdığı Zamanı Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Dağılımı

Muayene Süresi	F	%
Çok Yeterli	15	4,1
Yeterli	151	41,1
İdare eder	119	32,4
Yetersiz	63	17,2
Çok Yetersiz	19	5,2
Toplam	367	100,0

Örnek grubunun %4,1'i doktorun muayene için ayırdığı zamanı çok yeterli bulurken, %41,1'i yeterli, %32,4'ü normal bulmuş, %17,2'si yetersiz ve %5,2'si çok yetersiz bulmuştur. 2 hasta ise bu konudaki fikrini belirtmek istememiştir. Bu durum, hastanenin sunmuş olduğu poliklinik hizmetlerinde doktorların muayene için ayırdıkları zamanın örnek grubunun büyük bir kısmı tarafından yeterli bulunduğunu göstermektedir (Tablo 12).

Tablo 13: Ankete Katılan Hastaların C.Ü. Araştırma Hastanesi'nde sunulan Sağlık Hizmetlerinin Kalitesine Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı

C.Ü. Sağlık Hizmetleri Kalitesi	F	%
Çok İyi	35	9,6
İyi	157	42,9
Orta	135	36,9
Kötü	32	8,7
Çok Kötü	7	1,9
Toplam	366	100,0

C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini, ankete katılan hastaların %9,6'sı "çok iyi", %42,9'u "iyi", %36,9'u "orta", %8,7'si "kötü" ve %1,9'u "çok kötü" bulmaktadır. Bu durum genel olarak C.Ü. Araştırma Hastanesi sağlık hizmetleri kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Tablo 13).

Tablo 14'e göre dâhiliye polikliniğine gelen hastaların %32'si genel olarak C.Ü. Hastanesi'nde verilen sağlık hizmetlerini iyi, %55'i orta ve %13'ü de kötü bulmaktadır. C.Ü. Hastanesinde verilen sağlık hizmetlerinin en iyi olduğu poliklinik ise %75 oranla Kardiyoloji polikliniğidir. Bu veriler ışığında C.Ü. Hastanesi polikliniklerinde tedavi olan hastaların %53'ü verilen sağlık hizmetini "iyi", %37'si "orta" ve %10 ise "kötü" bulmaktadır.

Tablo 14: Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin İfadenin Polikliniklere Göre Dağılımı

Genel olarak C.Ü. Hastanesi'nde verilen sağlık hizmetlerini nasıl buluyorsunuz?	Katılma Derecesi*		
	1	2	3
	%	%	%
Dahiliye	32	55	13
Dermatoloji	43	57	-
Fizik Tedavi	44	39	17
Genel Cerrahi	56	31	13
Göğüs Cerrahi	20	80	-
Göğüs Hastalıkları	57	38	5
Göz	49	38	13
İntaniye	70	10	20
Kadın Doğum	52	37	11
Kalp Damar Cerrahi	70	30	-
Kardiyoloji	75	25	-
KBB	42	39	19
Nöroloji	57	29	14
Nöroşirurji	75	13	12
Ortopedi	55	35	10
Plastik Cerrahi	60	40	-
Üroloji	76	14	10
Genel Oran	53	37	10
* 1= İyi 2= Orta 3= Kötü			

Tablo 15: Poliklinik Hastalarının Hastane Hizmetlerini Önceki Geliş/Gelişlerine Göre Değerlendirme Dağılımı

Değerlendirme Şekli	F	%
Daha İyi	41	11,1
İyi	104	28,2
Aynı	121	32,8
Kötü	37	10,2
Daha Kötü	10	2,7
Toplam	313	83,0
Daha önce hizmet almamış olanlar	56	17,0
Toplam	369	100,0

Örnek grubunun % 32,8'i alınan hizmet düzeyini önceki geliş/gelişlere göre aynı, % 11,1'i daha iyi, %28,2'si iyi, % 10,2'si kötü ve % 2,7'si daha kötü bulan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir kısmının hastanenin hizmet düzeyine önceki geliş/gelişlere göre aynı düzeyde bulunduğunu göstermektedir. Örnek grubunun %17'si ise (56 kişi), daha önce hastane hizmetlerinden yararlanmamış hastalardan oluşmaktadır (Tablo 15).

Tablo 16: Ankete Katılan Hastaların C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’ni Eş, Dost ve Akrabaya Tavsiye Etme Durumlarına Göre Dağılımı

Hastaneyi Tavsiye Etme	F	%
Kesinlikle ederim	43	11,7
Ederim	168	45,5
Fikrim Yok	82	22,2
Etmem	62	16,8
Kesinlikle Etmem	14	3,8
Toplam	369	100,0

C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’ni eş, dost ve akrabaya tavsiye etme bakımından, ankete katılan hastaların %11,7’si “Kesinlikle Tavsiye Ederim”, %45,5’i “Tavsiye Ederim”, %22,2’si ‘Fikrim Yok”, %16,8’i “Tavsiye Etmem”, ve %3,8’i “Kesinlikle Tavsiye Etmem” olarak cevaplamıştır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir kısmının hastaneyi eş, dost ve akrabalarına tavsiye ettiğini göstermektedir (Tablo 16).

Tablo 17: Poliklinik Hastalarının Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumlarına Göre Dağılımı

Tekrar Tercih Etme	F	%
Kesinlikle ederim	41	11,1
Ederim	187	50,7
Fikrim Yok	72	19,5
Etmem	52	14,1
Kesinlikle Etmem	17	4,6
Toplam	366	100,0

Örnek grubunun %50,7’si hastaneyi tekrar tercih edecek olan hastalardan, %11,1’i kesinlikle tercih edecek olan, %19,5’i tercih edip etmeme konusunda kararsız olan, %14,1’i tekrar tercih etmeyecek olan ve %4,6’sı kesinlikle tekrar tercih etmeyecek olan hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, örnek grubunun büyük bir bölümünün hastaneyi tekrar tercih edeceğini göstermektedir (Tablo 17).

Tablo 18: Hastaların Tatmin Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Tatmin Düzeyini Etkileyen Faktör	F	%
Doktorun tutum ve davranışı	290	73,2
Yardımcı personelin tutum ve davranışı	13	3,5
Fiziksel ortam	3	0,8
Çevrenin temizliği	10	2,7
Hastanede kullanılan cihazların modern oluşu	67	18,2
Diğer	6	1,6
Toplam	369	100,0

Araştırmaya dâhil olan hastaların tatmin düzeyini etkileyen en önemli faktör %73,2 oranla doktorun tutum ve davranışı, %18,2 oran ile hastanede kullanılan cihazların modern oluşu, %3,5 oran ile yardımcı personelin tutum ve davranışı, %2,7 oran ile çevrenin temizliği, %1,6 oran ile hastaların tatmin düzeylerini etkileyen diğer faktörler ve son olarak %0,8 oran ile fiziksel ortam yer almaktadır (Tablo 18).

Tablo 19: Poliklinik Hastalarının C.Ü. Araştırma Hastanesi’ni Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Tercih Etme Nedenleri	Evet		Hayır		Genel Toplam	
	F1	%	F2	%	F1+F2	%
Sağlık hizmeti kalitesinin iyi olması	171	46	198	54	369	100
Sevk edilmiş olmam	135	37	234	63	369	100
Tavsiye üzerine	72	20	297	80	369	100
Hastanede bir tanıdığının çalışması	55	15	314	85	369	100
Sosyal güvencemin kapsamında bulunması	186	51	183	49	369	100
Hastanenin yakın olması	88	24	281	76	369	100
Tüm branşlarda uzman doktor bulunması	189	51	180	49	369	100

Araştırmaya katılan 369 hastadan 186’sı (%51) sosyal güvencesi kapsamında bulunduğu için, 189’u (%51) ise tüm branşlarda uzman doktor bulunduğu için Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’ni tercih etmektedir. Hastaların hastanede bir tanıdığının çalışması, bu hastaneyi tercih etmelerinde öncelikli bir neden olmamaktadır.

Tablo 20: Poliklinik Hastalarının Sunulan Hizmetlerden Memnun Olmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Memnuniyetsizlik Nedenleri	Evet		Hayır		Genel Toplam	
	F1	%	F2	%	F1+F2	%
Muayene sırasında fazla bekleme	229	62	140	38	369	100
Doktorun geç gelmesi	90	24	279	76	369	100
Hemşire, sağlık personeli ve sekreterin yeterince yardımcı olmaması	84	23	285	77	369	100
Kayıt sırasına uyulmaması	75	20	294	80	369	100
Doktorun yeterince ilgilenmemesi	67	18	302	82	369	100
Randevu alma güçlüğü	85	23	284	77	369	100

Polikliniklerde tedavi gören ve araştırmaya dahil olan hastalardan %62’sinin muayene sırasında fazla beklemekten şikayetçi olduğu görülmektedir.

Sağlık Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik ifadeler ve notasyonlar Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21: Sağlık Hizmeti Kalitesini Ölçmeye Yönelik İfadeler ve Notasyonlar

	Notasyonlar	Sağlık Hizmeti Kalitesini Ölçmeye Yönelik İfadeler
Fiziksel Özellikler	A1	Temizlik personelinin temiz ve düzgün görünüşlü olması
	A2	Bekleme yerlerinin ihtiyacı karşılama düzeyi
	A3	Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı
	A4	Otopark hizmetleri
	A5	Poliklinik servisinin genel görünüşünün temiz olması
	A6	Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni
	A7	Kan vb. tetkiklerde kullanılan araç-gereç ve cihazların hijyenliği
Empati	B1	Doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülü olması
	B2	Hemşirelerin hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülü olması
	B3	Doktorun muayene için ayırdığı sürenin yeterliliği
	B4	Doktorların sizi dinleme ve anlama olma düzeyi
	B5	Hemşirelerin sizi dinleme ve anlama düzeyi
Güven	C1	Doktorların sizi, ilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirme düzeyleri
	C2	Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorun beceri düzeyi
	C3	Tahlil sonuçlarının doğruluk düzeyi
Güvenirlilik	D1	Tetkik ve tedavinin belirtilen zamanda yapılması
	D2	Hastane ile ilgili şikayetlerin zamanında çözülmesi
	D3	Poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi
	D4	Sunulan hizmet ile talep edilen hizmet bedelinin tutarlılığı
	D5	Hasta istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanması
Yanıt Verebilirlik	E1	Kayıt işlemlerinde görevli personelin hastaya yardımcı olmaya istekli olması
	E2	Teşhis birimlerindeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri
	E3	Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri
	E4	Laboratuarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri
	E5	Kayıt işlemlerinin hızlığı

4.7.2. Polikliniklerde Tedavi Gören Hastaların Sunulan Hizmetlere Yönelik SERVQUAL ve SERVPERF Skorları ile İlgili Bulgular, Algılamalarının Ortalamaları ve Standart Sapmaları

H₀: Tüm grupların SERVQUAL ve SERVPERF ortalamaları arasında farklılık yoktur.

H₁: Tüm grupların SERVQUAL ve SERVPERF ortalamaları arasında farklılık vardır.

Tablo 22: Ankete Katılan Hastaların Hastaneden Beklentileri, Algılama ve SERVQUAL Skorları

	ALGILAMA				BEKLENTİ			SERVQUAL SKORU			
		n	MİN	MAK	ORT.	MİN	MAK	ORT.	FARK	Boyut	Toplam
Fiziksel Özellikler	A1	369	1	5	3,85	1	5	3,59	0,26	0,1829	0,0887
	A2	369	1	5	3,63	1	5	3,48	0,15		
	A3	369	1	5	3,88	1	5	3,66	0,22		
	A4	369	1	5	3,05	1	5	3,18	-0,13		
	A5	369	1	5	4,00	1	5	3,71	0,29		
	A6	369	1	5	3,95	1	5	3,70	0,25		
	A7	369	1	5	3,79	1	5	3,55	0,24		
Empati	B1	369	1	5	3,76	1	5	3,55	0,21	0,092	
	B2	369	1	5	3,49	1	5	3,43	0,06		
	B3	369	1	5	3,55	1	5	3,50	0,05		
	B4	369	1	5	3,82	1	5	3,70	0,12		
	B5	369	1	5	3,44	1	5	3,42	0,02		
Güven	C1	369	1	5	3,78	1	5	3,62	0,16	0,1567	
	C2	369	1	5	3,87	1	5	3,73	0,14		
	C3	369	1	5	3,91	1	5	3,74	0,17		
Güvenirlilik	D1	369	1	5	3,50	1	5	3,49	0,01	-0,124	
	D2	369	1	5	3,05	1	5	3,26	-0,21		
	D3	369	1	5	2,78	1	5	3,13	-0,35		
	D4	369	1	5	3,36	1	5	3,35	0,01		
	D5	369	1	5	3,30	1	5	3,38	-0,08		
Yanıt Verebilirlik	E1	369	1	5	3,54	1	5	3,43	0,11	0,136	
	E2	369	1	5	3,59	1	5	3,49	0,10		
	E3	369	1	5	3,78	1	5	3,57	0,21		
	E4	369	1	5	3,73	1	5	3,57	0,16		
	E5	369	1	5	3,63	1	5	3,53	0,10		

1: En kötü 5: En iyi

Tablo 22 incelendiğinde 5 grup beklenti ve algılama soruları değerlendirme dağılımı, ortalama ve SERVQUAL skorları görülmektedir. A4: “Otopark hizmetleri”, D2: “Hastane ile ilgili şikâyetlerin zamanında çözülmesi”, D3: “Poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi”, D5: “Hasta istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanması” notasyonları (Algılama Ortalamaları<Beklenti Ortalamaları) hariç her sorunun algılama ortalamaları beklenti ortalamalarının üzerinde gerçekleşmiştir. Buradan, katılımcıların C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nin hizmet kalitesinin beklenen düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 23: Ankete Katılan Hastaların Hastaneden Beklenti, Algılama ve SERVPERF Skorları

		ALGILAMA				BEKLENTİ			SERVPERF SKORU		
		N	MİN	MAK	ORT.	MİN	MAK	ORT.	FARK	Boyut	Toplam
Fiziksel Özellikler	A1	369	1	5	3,85	5	5	5	-1,15	-1,2643	-1,389
	A2	369	1	5	3,63	5	5	5	-1,37		
	A3	369	1	5	3,88	5	5	5	-1,12		
	A4	369	1	5	3,05	5	5	5	-1,95		
	A5	369	1	5	4,00	5	5	5	-1,00		
	A6	369	1	5	3,95	5	5	5	-1,05		
	A7	369	1	5	3,79	5	5	5	-1,21		
Empati	B1	369	1	5	3,76	5	5	5	-1,24	-1,388	
	B2	369	1	5	3,49	5	5	5	-1,51		
	B3	369	1	5	3,55	5	5	5	-1,45		
	B4	369	1	5	3,82	5	5	5	-1,18		
	B5	369	1	5	3,44	5	5	5	-1,56		
Güven	C1	369	1	5	3,78	5	5	5	-1,22	-1,1467	
	C2	369	1	5	3,87	5	5	5	-1,13		
	C3	369	1	5	3,91	5	5	5	-1,09		
Güvenirlilik	D1	369	1	5	3,50	5	5	5	-1,5	-1,802	
	D2	369	1	5	3,05	5	5	5	-1,95		
	D3	369	1	5	2,78	5	5	5	-2,22		
	D4	369	1	5	3,36	5	5	5	-1,64		
	D5	369	1	5	3,30	5	5	5	-1,70		

Yanıt Verebilirlik	E1	369	1	5	3,54	5	5	5	-1,46	-1,346
	E2	369	1	5	3,59	5	5	5	-1,41	
	E3	369	1	5	3,78	5	5	5	-1,22	
	E4	369	1	5	3,73	5	5	5	-1,27	
	E5	369	1	5	3,63	5	5	5	-1,37	

1: En kötü 5: En iyi

Tablo 23 incelendiğinde 5 grup beklenti ve algılama soruları değerlendirilerek dağılımı, ortalama ve SERVPERF skorları görülmektedir. SERVPERF modeline göre kişilerin sunulan hizmetten beklentileri her zaman maksimum düzeydedir. Bu yüzden her sorunun beklenti ortalamaları algılama ortalamalarının üzerinde gerçekleşmiştir. SERVPERF modeline göre, C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde sunulan “A5: Poliklinik servisinin genel görünüşünün temiz olması” hizmet bileşeni en iyi performansa sahiptir. Daha sonra “A6: Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni” hizmet bileşeni gelmektedir. “D3: Poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi” ve “D2: Hastane ile ilgili şikayetlerin zamanında çözülmesi” hizmet bileşenleri ise en kötü performansa sahip bileşenlerdir.

Sağlık hizmet kalitesini ölçmeye yönelik ifadelerin SERVQUAL ve SERVPERF ortalamaları arasında farklılıklar test edilmiş ve aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

H₀: Tüm grupların beklenti ve algılama düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H₁: Tüm grupların beklenti ve algılama düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 24: Grupların SERVQUAL ve SERVPERF Ortalamaları Karşılaştırması

Servqual - Servperf GRUP	Eşli Karşılaştırma Farklılıkları					t	df	P (iki yönlü)
	Ort.	Std. Sap.	Std. Hata	Farklılıklar (%5 Önem Düzeyi)				
				Yüksek	Düşük			
Fiziksel Özellikler	1,447	0,707	,03678	1,5183	1,3738	39,314	368	,000
Empati	1,481	0,736	,03833	1,5561	1,4054	38,627	368	,000
Güven	1,304	0,771	,04014	1,3834	1,2255	32,496	368	,000
Güvenilirlik	1,675	0,775	,04035	1,7547	1,596	41,522	368	,000
Yanıt Verebilirlik	1,481	0,747	,03888	1,5578	1,4049	38,102	368	,000

Tablo 25: Tüm SERVQUAL ve SERVPERF Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ort.	St. Sapma	t	df	p
Servqual-Servperf	1,4889	0,6555	43,634	268	,000

Her grup SERVQUAL ve SERVPERF ortalamaları karşılıklı olarak test edildiğinde (paired sample test) tüm grupların beklenti ve algılama düzeyleri arasında farklılık bulunmaktadır (Tablo 24). En fazla farklılık ise güvenilirlik hizmet kalite bileşeninde görülmektedir. Beklenti ve algılama ortalamaları arasında yapılan tek yönlü t testi sonuçlarına göre; %5 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t=43,634$, $df=368$, $p=0,00<0,05$). Dolayısıyla H_1 hipotezi kabul edilmektedir (Tablo 25).

4.7.3. Poliklinik Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

4.7.3.1. Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi ve Sonuçları

Hasta tatmin düzeyine ilişkin ifadeler açısından bağımsız iki grup (erkek-kadın) arasında farkların olup olmadığını belirlemek amacıyla t testi kullanılmıştır. T testi özellikle örnek büyüklüğü 30'un altında olduğunda yararlı olan, simetrik yapıda bir çan eğrisi şeklindedir. Örnek boyutu büyüdükçe t dağılımı normal dağılıma benzemektedir. Aşağıdaki tabloda (Tablo 26) hastaların cinsiyet değişkenine göre sunulan hizmetlerin kalitesini algılama düzeylerini tespit etmek için t testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H₀: Cinsiyete göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H₁: Cinsiyete göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 26'ya göre A3, A4, B1, E2 değişkenlere ilişkin iki grup (erkek-kadın) arasında farklılıklar ortaya çıkmıştır. Böylelikle, "A3: Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konan levhalarla yol bulma kolaylığı" ve "A4: Otopark hizmetleri" konusunda kadın hastalar erkek hastalara göre bu hizmetlerin daha iyi olduğunu düşünmektedir.

Tablo 26: Poliklinik Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin t Testi Sonuçları

	Notasyonlar	Grup	N	Ortalama	St.Sapma	t testi	p
FİZİKSEL ÖZELLİKLER	A1	Erkek	146	3,84	0,930	Desteklenmedi -0,179	0,858
		Kadın	223	3,86	0,997		
	A2	Erkek	146	3,67	1,193	Desteklenmedi 0,561	0,575
		Kadın	223	3,60	1,169		
	A3	Erkek	146	3,84	1,169	Desteklendi -0,609	-0,543
		Kadın	223	3,91	1,255		
	A4	Erkek	146	2,84	1,287	Desteklendi -2,762	0,006
		Kadın	223	3,19	1,139		
	A5	Erkek	146	4,01	0,939	Desteklenmedi 0,178	0,859
		Kadın	223	4,00	0,975		
	A6	Erkek	146	3,95	0,960	Desteklenmedi -0,134	0,893
		Kadın	223	3,96	1,041		
	A7	Erkek	146	3,79	0,989	Desteklenmedi 0,088	0,930
		Kadın	223	3,78	1,073		
EMPATİ	B1	Erkek	146	3,91	1,069	Desteklendi 2,183	0,030
		Kadın	223	3,65	1,124		
	B2	Erkek	146	3,63	1,142	Desteklenmedi 1,404	0,161
		Kadın	223	3,42	1,182		
	B3	Erkek	146	3,62	1,181	Desteklenmedi 0,922	0,357
		Kadın	223	3,51	1,193		
	B4	Erkek	146	3,87	1,122	Desteklenmedi 0,678	0,498
		Kadın	223	3,79	1,113		
	B5	Erkek	146	3,52	1,058	Desteklenmedi 1,156	0,249
		Kadın	223	3,38	1,179		
GÜVEN	C1	Erkek	146	3,94	1,109	Desteklenmedi 2,262	0,24
		Kadın	223	3,67	1,130		
	C2	Erkek	146	3,93	1,074	Desteklenmedi 0,885	0,377
		Kadın	223	3,83	1,006		
	C3	Erkek	146	3,94	1,012	Desteklenmedi 0,484	0,629
		Kadın	223	3,89	0,959		
GÜVENİLİRLİK	D1	Erkek	146	3,49	1,170	Desteklenmedi -0,114	0,909
		Kadın	223	3,51	1,082		
	D2	Erkek	146	3,16	1,238	Desteklenmedi 1,501	0,134
		Kadın	223	2,98	1,074		
	D3	Erkek	146	2,88	1,307	Desteklenmedi 1,139	0,256
		Kadın	223	2,72	1,317		
	D4	Erkek	145	3,39	1,132	Desteklenmedi 0,411	0,681
		Kadın	223	3,35	1,062		
	D5	Erkek	146	3,36	1,131	Desteklenmedi 0,761	0,447
		Kadın	223	3,26	1,130		
YANIT VEREBİLİRLİK	E1	Erkek	146	3,58	1,167	Desteklenmedi 0,481	0,630
		Kadın	223	3,52	1,237		
	E2	Erkek	146	3,76	1,052	Desteklendi 2,400	0,017
		Kadın	223	3,48	1,126		
	E3	Erkek	146	3,79	1,030	Desteklenmedi 0,287	0,775
		Kadın	223	3,76	1,070		
	E4	Erkek	146	3,69	1,093	Desteklenmedi -0,508	0,612
		Kadın	223	3,75	1,031		
	E5	Erkek	146	3,69	1,201	Desteklenmedi 1,174	0,241
		Kadın	223	3,54	1,247		

p<0.05

1: En kötü

5: En iyi

Tablo 26’da görüleceği üzere “B1: Doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülmesi” ve “E2: Teşhis birimlerindeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri” şeklindeki ifadelerde erkek hastalar kadın hastalar ile karşılaştırıldığında tam tersi bir durum söz konusu olmaktadır. Erkek hastalar kadın hastalara göre B1 ve E2 değişkenli hizmetlerin daha iyi olduğunu düşünmektedir.

4.7.3.2. Poliklinik Hastalarının İkametgâhlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin T Testi ve Sonuçları

Poliklinik hastalarının sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları normal dağılım gösterdiğinden, ikametgâh değişkeninin sunulan hizmetlerin kalitesini algılama düzeylerini tespit etmek için t testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H₀: İkametgâha göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H₁: İkametgâha göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 27: Poliklinik Hastalarının İkametgâhlarına Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin t Testi Sonuçları

	Notasyonlar	Grup	N	Ort.	St.Sapma	t testi	p
FİZİKSEL ÖZELLİKLER	A1	Sivas Merkez	267	3,82	0,979	Desteklenmedi	,110
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	4,03	0,861	-1,601	
	A2	Sivas Merkez	267	3,57	1,204	Desteklenmedi	,105
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,83	1,121	-,1,628	
	A3	Sivas Merkez	267	3,81	1,245	Desteklenmedi	,098
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	4,08	1,143	-1,662	
	A4	Sivas Merkez	267	2,98	1,238	Desteklenmedi	,316
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,14	1,138	-1,004	
	A5	Sivas Merkez	267	2,97	0,971	Desteklenmedi	,257
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	4,11	0,949	-1,134	
	A6	Sivas Merkez	267	3,88	1,039	Desteklenmedi	,059
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	4,14	0,915	-1,896	
	A7	Sivas Merkez	267	3,77	1,078	Desteklenmedi	,670
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,83	0,910	-0,426	
EMPATİ	B1	Sivas Merkez	267	3,72	1,113	Desteklenmedi	,191
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,92	1,052	-1,311	
	B2	Sivas Merkez	267	3,43	1,146	Desteklenmedi	,053
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,73	1,230	-1,941	
	B3	Sivas Merkez	267	3,56	1,160	Desteklenmedi	,866
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,54	1,252	0,169	
	B4	Sivas Merkez	267	3,76	1,132	Desteklenmedi	,189
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,96	1,088	-1,317	
	B5	Sivas Merkez	267	3,36	1,160	Desteklenmedi	,063
		Sivas’a Bağlı İlçeler	71	3,65	1,084	-1,863	

algılarının ortalamaları arasında bir farklılığın olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile araştırılmış ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H₀: Gelir düzeyine göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık yoktur.

H₁: Gelir düzeyine göre poliklinik hastalarının algılamalarında farklılık vardır.

Aşağıda yer alan Tablo 28 gelir gruplarından hareketle hizmet algısı ortalamaları arasındaki farklılık için düzenlenmiş ANOVA çıktısıdır.

Tablo 28: Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) Sonuçları (Gelir Düzeyi)

	Notasyon	Grup	N	Ort.	St. Sapma	F testi	p
FİZİKSEL ÖZELLİKLER	A1	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,87	0,952	Desteklenmedi 1,219	,297
		1001 TL – 2000 TL	94	3,83	0,946		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,54	1,318		
	A2	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,68	1,144	Desteklenmedi 1,005	,367
		1001 TL – 2000 TL	94	3,48	1,225		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,67	1,239		
	A3	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,91	1,243	Desteklenmedi 1,428	,241
		1001 TL – 2000 TL	94	3,69	1,253		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	4,08	1,018		
	A4	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,17	1,174	Desteklendi 6,138	,002
		1001 TL – 2000 TL	94	2,74	1,235		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	2,54	1,414		
	A5	500 TL'den az - 1000 TL	223	4,04	0,922	Desteklenmedi 1,104	,333
		1001 TL – 2000 TL	94	3,96	1,015		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,75	1,073		
	A6	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,99	0,998	Desteklenmedi 0,685	,505
		1001 TL – 2000 TL	94	3,87	1,008		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,79	1,318		
	A7	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,82	0,997	Desteklenmedi 2,860	,059
		1001 TL – 2000 TL	94	3,79	1,056		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,29	1,233		
EMPATİ	B1	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,73	1,174	Desteklenmedi 0,177	,838
		1001 TL – 2000 TL	94	3,74	0,994		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,88	1,154		
	B2	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,53	1,134	Desteklenmedi 0,757	,470
		1001 TL – 2000 TL	94	3,40	1,264		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,71	1,122		
	B3	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,57	1,172	Desteklenmedi 0,565	,569
		1001 TL – 2000 TL	94	3,55	1,188		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,29	1,517		
	B4	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,75	1,142	Desteklenmedi 0,513	,599
		1001 TL – 2000 TL	94	3,89	1,072		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,79	1,179		
	B5	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,44	1,105	Desteklenmedi 0,100	,905
		1001 TL – 2000 TL	94	3,41	1,149		

		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,33	1,373		
GÜVEN	C1	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,73	1,124	Desteklenmedi 0,408	,665
		1001 TL – 2000 TL	94	3,84	1,158		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,67	1,167		
	C2	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,85	1,049	Desteklenmedi 0,339	,712
		1001 TL – 2000 TL	94	3,90	0,974		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,71	1,301		
	C3	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,86	0,946	Desteklenmedi 1,098	,335
		1001 TL – 2000 TL	94	4,00	1,005		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,71	1,197		
GÜVENİLİRLİK	D1	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,51	1,138	Desteklenmedi 0,554	,575
		1001 TL – 2000 TL	94	3,60	1,030		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,33	1,404		
	D2	500 TL'den az - 1000 TL	223	2,96	1,181	Desteklenmedi 2,077	,127
		1001 TL – 2000 TL	94	3,21	1,004		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,25	1,327		
	D3	500 TL'den az - 1000 TL	223	2,72	1,324	Desteklenmedi 1,779	,170
		1001 TL – 2000 TL	94	2,78	1,280		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,25	1,359		
	D4	500 TL'den az - 1000 TL	222	3,35	1,098	Desteklenmedi 0,327	,721
		1001 TL – 2000 TL	94	3,30	1,046		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,50	1,319		
	D5	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,23	1,158	Desteklenmedi 0,758	,469
		1001 TL – 2000 TL	94	3,40	1,051		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,25	1,260		
YANIT VEREBİLİRLİK	E1	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,49	1,244	Desteklenmedi 0,333	,717
		1001 TL – 2000 TL	94	3,61	1,100		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,58	1,442		
	E2	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,54	1,106	Desteklenmedi 0,463	,630
		1001 TL – 2000 TL	94	3,65	1,143		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,71	1,083		
	E3	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,72	1,038	Desteklenmedi 0,334	,716
		1001 TL – 2000 TL	94	3,79	1,056		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,88	1,154		
	E4	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,70	1,058	Desteklenmedi 0,562	,571
		1001 TL – 2000 TL	94	3,66	1,083		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,92	1,018		
	E5	500 TL'den az - 1000 TL	223	3,55	1,261	Desteklenmedi 0,556	,574
		1001 TL – 2000 TL	94	3,56	1,196		
		2001 TL – 2500 TL'den fazla	24	3,83	1,341		

p<0,05 1: En kötü 5: En iyi

Yukarıda yer alan Tablo 28'de özetlenen varyans analizi sonuçlarından hareketle gelir düzeyi değişkeni itibariyle sadece fiziksel özellikler kalite boyutuna ilişkin A4 (Otopark Hizmetleri) kalite algı ortalamasının istatistiksel olarak farklılık gösterdiğine karar verilir. Empati, güven, güvenilirlik ve yanıt verebilirlik boyutları itibariyle gelir düzeyi değişkeni hizmet kalitesi algısı üzerinde etkili değildir. Hizmet kalite algısı üzerine farklılık bulunan SERVQUAL kalite boyutu A4 için bireylerin gelir düzeyleri arttıkça, otopark hizmetinin kalitesinden beklentilerinin arttığı

yönünde bir çıkarsamada bulunulabilir. Sadece A4 değişkeni için H_1 hipotezi kabul edilir.

4.7.3.4. Poliklinik Hastalarının Eğitim Düzeylerine Göre Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamalarındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ve Sonuçları

Poliklinik hizmeti alan hastaların eğitim düzeylerine göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) testi uygulanmıştır ve aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H_0 : Eğitime göre poliklinik hizmeti alan hastaların algılamalarında farklılık yoktur.

H_1 : Eğitime göre poliklinik hizmeti alan hastaların algılamalarında farklılık vardır.

Tablo 29: Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) Sonuçları (Eğitim Düzeyi)

Notasyonlar	Grup	N	Ort.	St.Sapma	F testi	p		
FİZİKSEL ÖZELLİKLER	A1	İlköğretim	136	4,05	0,872	Desteklendi 6,021	,003	
		Orta Öğretim	104	3,86	0,929			
		Yüksek Öğretim	129	3,64	1,059			
	A2	İlköğretim	136	3,78	1,059	Desteklenmedi 2,654	,072	
		Orta Öğretim	104	3,65	1,229			
		Yüksek Öğretim	129	3,45	1,237			
	A3	İlköğretim	136	3,95	1,111	Desteklenmedi 0,897	,409	
		Orta Öğretim	104	3,94	1,261			
		Yüksek Öğretim	129	3,77	1,296			
	A4	İlköğretim	136	3,16	1,117	Desteklenmedi 1,341	,263	
		Orta Öğretim	104	2,90	1,250			
		Yüksek Öğretim	129	3,05	1,268			
	A5	İlköğretim	136	4,07	0,968	Desteklenmedi 1,337	,264	
		Orta Öğretim	104	4,06	0,964			
		Yüksek Öğretim	129	3,89	0,946			
	A6	İlköğretim	136	4,10	0,953	Desteklendi 6,620	,001	
		Orta Öğretim	104	4,08	0,910			
		Yüksek Öğretim	129	3,70	1,094			
	A7	İlköğretim	136	3,90	0,937	Desteklenmedi 2,263	,105	
		Orta Öğretim	104	3,84	1,080			
		Yüksek Öğretim	129	3,64	1,096			
	EMPATİ	B1	İlköğretim	136	3,97	1,135	Desteklendi 10,671	,000
			Orta Öğretim	104	3,91	0,996		
			Yüksek Öğretim	129	3,40	1,086		
B2		İlköğretim	136	3,82	1,101	Desteklendi 12,968	,000	
		Orta Öğretim	104	3,52	1,115			
		Yüksek Öğretim	129	3,12	1,177			

GÜVEN	B3	İlköğretim	136	3,76	1,145	Desteklendi 5,528	,004
		Orta Öğretim	104	3,62	1,160		
		Yüksek Öğretim	129	3,29	1,213		
	B4	İlköğretim	136	3,93	1,066	Desteklendi 5,821	,003
		Orta Öğretim	104	4,01	1,029		
		Yüksek Öğretim	129	3,56	1,192		
	B5	İlköğretim	136	3,71	1,102	Desteklendi 8,844	,000
		Orta Öğretim	104	3,44	1,041		
		Yüksek Öğretim	129	3,14	1,171		
GÜVENİLİRLİK	C1	İlköğretim	136	3,90	1,108	Desteklenmedi 2,458	,087
		Orta Öğretim	104	3,82	1,180		
		Yüksek Öğretim	129	3,60	1,093		
	C2	İlköğretim	136	3,97	0,973	Desteklendi 6,305	,002
		Orta Öğretim	104	4,06	1,060		
		Yüksek Öğretim	129	3,62	1,032		
	C3	İlköğretim	136	3,95	0,984	Desteklendi 4,274	,015
		Orta Öğretim	104	4,09	0,936		
		Yüksek Öğretim	129	3,72	0,984		
YANIT VEREBİLİRLİK	D1	İlköğretim	136	3,67	1,123	Desteklendi 3,492	,031
		Orta Öğretim	104	3,52	1,097		
		Yüksek Öğretim	129	3,31	1,103		
	D2	İlköğretim	136	3,11	1,127	Desteklenmedi 1,715	,181
		Orta Öğretim	104	3,16	1,124		
		Yüksek Öğretim	129	2,91	1,169		
	D3	İlköğretim	136	2,63	1,293	Desteklenmedi 1,684	,187
		Orta Öğretim	104	2,94	1,357		
		Yüksek Öğretim	129	2,81	1,293		
D4	İlköğretim	135	3,59	1,054	Desteklendi 6,086	,003	
	Orta Öğretim	104	3,38	1,054			
	Yüksek Öğretim	129	3,12	1,111			
D5	İlköğretim	136	3,55	1,087	Desteklendi 5,882	,003	
	Orta Öğretim	104	3,23	1,099			
	Yüksek Öğretim	129	3,09	1,155			
YANIT VEREBİLİRLİK	E1	İlköğretim	136	3,72	1,127	Desteklendi 7,928	,000
		Orta Öğretim	104	3,73	1,201		
		Yüksek Öğretim	129	3,21	1,235		
	E2	İlköğretim	136	3,84	1,056	Desteklendi 6,731	,001
		Orta Öğretim	104	3,57	1,086		
		Yüksek Öğretim	129	3,35	1,123		
	E3	İlköğretim	136	3,92	0,997	Desteklendi 4,392	,013
		Orta Öğretim	104	3,86	1,047		
		Yüksek Öğretim	129	3,56	1,089		
E4	İlköğretim	136	3,90	1,017	Desteklendi 6,815	,001	
	Orta Öğretim	104	3,83	1,028			
	Yüksek Öğretim	129	3,46	1,068			
E5	İlköğretim	136	3,71	1,193	Desteklendi 4,857	,008	
	Orta Öğretim	104	3,79	1,327			
	Yüksek Öğretim	129	3,33	1,148			

p<0,05 1: En kötü 5: En iyi

Yukarıda yer alan Tablo 29’da özetlenen varyans analizi sonuçlarından hareketle eğitim düzeyi değişkeni itibarıyla “yanıt verebilirlik” ve “empati” kalite boyutlarına ilişkin kalite algı ortalamalarının hepsinin istatistiksel olarak farklılık

gösterdiğine karar verilir. Empati kalite boyutunda (B4: Doktorların sizi dinleme ve anlama olma düzeyi” değişkeni hariç) tüm değişkenlerde eğitim düzeyi arttıkça, C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde sunulmuş olan “Doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülü olması”, “Hemşirelerin hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülü olması”, “Doktorun muayene için ayırdığı sürenin yeterliliği” ve “Hemşirelerin sizi dinleme ve anlama düzeyi” gibi hizmet değişkenlerine yönelik kalite algılamalarında azalma görülmektedir. B4 değişkeni gruplar arasında farklılık göstermektedir.

Yanıt verebilirlik kalite boyutunda ise “E1: Kayıt İşlemlerinde görevli personelin hastaya yardımcı olmaya istekli olması” ve “E5: Kayıt işlemlerinin hızlılığı” değişkenleri hariç diğer değişkenlerin tümünde eğitim düzeyi arttıkça C.Ü. Hastanesi’nin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik hasta algılamaları azalmaktadır. E1 ve E2 değişkenleri gruplar arasında farklılık göstermektedir.

Fiziksel özellikler kalite boyutundan “A1: Temizlik personelinin temiz ve düzgün görünüşlü olması” ve “A6: Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni” Güvenirlilik kalite boyutundan ise “D1: Tetkik ve Tedavinin belirtilen zamanda yapılması”, D4: Sunulan hizmet ile talep edilen hizmet bedelinin tutarlılığı” ve “D5: Hasta istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanması” değişkenlerinde de aynı durum söz konusudur yani eğitim düzeyi arttıkça C.Ü. Hastanesi’nin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik hasta algılamalarının azaldığı görülmektedir. Güven kalite boyutunun “C2: Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorun beceri düzeyi” ve “C3: Tahlil sonuçlarının doğruluk düzeyi” değişkenleri itibariyle eğitim düzeyi bakımından sağlık hizmet kalitesi algısı üzerinde belirgin bir etkiye sahip değildir. Bu açıklamalar ışığında hizmet kalite algısı üzerine farklılık bulunan SERVQUAL kalite boyutları için bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça, hizmet kalitesinden beklentilerinin arttığı yönünde bir çıkarsamada bulunabilir.

Ayrıca yapılan Scheffe testi sonuçlarında “A1: Temizlik personelinin temiz ve düzgün görünüşlü olması” hizmet bileşeninin ilköğretim ve yüksek öğretim eğitim düzeyleri arasında 0,003 oranında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. “B1: Doktorların hastalara karşı güler yüzlü ve sabırlı olması” ilköğretim ve yüksek öğretim eğitim

düzeyleri arasında 0,000 oranında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Tablo 29’da desteklenen A6 ve D4 hizmet bileşenleri hariç tüm hizmet bileşenlerinde ” ilköğretim ve yüksek öğretim eğitim düzeyleri arasında Scheffe testine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

SONUÇ, DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

Hastaneler, gerek kişisel, gerekse toplumsal açıdan önemli kuruluşlardır. Çünkü halkın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hasta olduğunda iyileştirilmesi, hastanelerin görevidir. Hastanelerde uygulanan tıbbi ve teknik işlemlerin amacı, hastalara uygun bakım ve tedavi sağlamaktır. Tüm faaliyetler sonucunda elde edilen fayda, kişinin sağlığının geri kazandırılması çabalarıdır.

Bu araştırmada, hastaların, hastanenin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden beklentileri ve bu hizmetlere yönelik algıları belirlenmeye çalışılmıştır. Hastaların beklentileri ve algılamaları arasındaki farkları SERVQUAL ve SERVPERF kalite ölçüm modellerine göre tespit etmek amacıyla hastaların rahat algılayabileceği, hizmeti sunan personelin tutumu, davranışı, hastaların sağlık personellerine güveni ve hastanenin fiziksel ortamı gibi konular değerlendirmeye alınmış ve hastaların hastanede sunulan hizmetleri algılama dereceleri üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmeye yönelik ifadeler “fiziksel özellikler, empati, güven, güvenilirlik ve yanıt verebilirlik” olarak beş gruba ayrılmıştır. SERVQUAL kalite ölçüm modeline göre bu 5 grup beklenti ve algılama soruları değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; A4: “Otopark hizmetleri”, D2: “Hastane ile ilgili şikâyetlerin zamanında çözümlenmesi”, D3: “Poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi”, D5: “Hasta istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanması” notasyonları (Algılama Ortalamaları < Beklenti Ortalamaları) hariç her sorunun algılama ortalamaları beklenti ortalamalarının üzerinde gerçekleşmiştir. Buradan, araştırma kapsamındaki hastaların C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nin hizmet kalitesinden memnun olduğu söylenebilir. SERVPERF kalite ölçüm modelinde ise C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde sunulan “A5: Poliklinik servisinin genel görünüşünün temiz olması” hizmet bileşeninin en iyi performansa sahip olduğu söylenebilir. Daha sonra “A6: Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni” hizmet bileşeni gelmektedir. “D3: Poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi” ve “D2: Hastane ile ilgili şikâyetlerin zamanında çözümlenmesi” hizmet bileşenleri ise en kötü performansa sahip bileşenler olarak söylenebilir. 5 grup SERVQUAL ve SERVPERF ortalamaları karşılaştırıldığında en iyi performansa sahip hizmet grubunun güvenilirlik olduğu

görülmektedir. Hastaların demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile hastanede sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi arasında ilişkinin olup olmadığı tespit edilmiştir.

Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastaların hizmet algılamalarının beklentilerini karşılayıp karşılamamasına bağlıdır. Araştırma kapsamındaki hastaların, algılamalarının beklentilerinin üzerinde olduğu hizmetler şunlardır:

- Temizlik personelinin temiz ve düzgün görünüşlü olması
- Bekleme yerlerinin ihtiyacı karşılama düzeyi
- Hastane içindeki ve dışındaki bölümlere konulan levhalarla yolunuzu bulma kolaylığı
- Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni
- Poliklinik servisinin genel görünüşünün temiz olması
- Kan vb. tetkiklerde kullanılan araç-gereç ve cihazların hijyenliği
- Doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülmesi
- Hemşirelerin hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülmesi
- Doktorun muayene için ayırdığı sürenin yeterliliği
- Doktorların sizi dinleme ve anlama düzeyi
- Hemşirelerin sizi dinleme ve anlama düzeyi
- Doktorların sizi, ilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirme düzeyleri
- Hastalığınızın teşhis ve tedavisi konusunda doktorun beceri düzeyi
- Tahlil sonuçlarının doğruluk düzeyi
- Tetkik ve tedavinin belirtilen zamanda yapılması
- Sunulan hizmet ile talep edilen hizmet bedelinin tutarlılığı
- Kayıt İşlemlerinde görevli personelin hastaya yardımcı olmaya istekli olması
- Teşhis birimlerindeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri
- Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri
- Laboratuvarda çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri

- Kayıt işlemlerinin hızlılığı

Doktorların tutum ve davranışları hastaların tatmin düzeyini etkileyen en önemli faktördür. “Poliklinik servisinin genel görünüşünün temiz olması” ve “Temizlik personelinin temiz ve düzgün görünüşlü olması” gibi hastanenin fiziki ortamına ilişkin ifadelerde algılamalar beklentilerin üzerinde gerçekleşmiştir. Polikliniklerde tedavi gören hastaların algılamalarının beklentilerinde düşük olduğu hizmetler ise şunlardır:

- Otopark hizmetleri
- Hastane ile ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi
- Poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi
- Hasta istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanması

Polikliniklerde tedavi gören hastaların algılama düzeylerine göre hastanede sunulan hizmetlerden en kalitesiz olarak algılanan hizmet, “poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi” hizmetidir. Bu hizmeti, “hastane ile ilgili şikâyetlerin zamanında çözümlenmesi”, “otopark hizmetleri” ve “hasta istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanması” gibi hizmetler takip etmektedir. Bu durum, hastanede ortaya çıkan problemlerin zamanında çözüme ulaşmadığını göstermektedir.

Gülmez ve Kitapçı'nın 2008 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi polikliniklerinde yaptığı benzer bir çalışmada hastaların %88'i bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederken 2011 yılında yapılan bu tez çalışmasında ise hastaların yaklaşık %57'si Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'ni başkalarına tavsiye etmektedir.

Polikliniklerde tedavi gören hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamalarında yaş, cinsiyet, ikametgâh, eğitim, gelir düzeyi, sosyal güvence, meslek gibi demografik ve sosyo-ekonomik özelliklere göre farklılıklar bulunmuştur.

Hastaların sağlık hizmeti aldıkları hastaneyi tercih etmeleri nedenleri arasında “tüm branşlarda uzman doktor bulunması” ve “sosyal güvence kapsamında olması” faktörleri ilk sırada yer almaktadır.

Hastaların büyük bir çoğunluğu, muayene sırasında fazla beklemenin memnuniyetsizliğe yol açan önemli bir unsur olduğunu belirtmektedir. Bu durumu daha iyi açıklayacak yaşanmış mizahi bir örnek vermek gerekirse ankete katılan hastalardan biri uzun bekleme süresinden memnuniyetsizliğini anlatmak için “beklerken bir hırka bitirdim” ifadesini kullanmıştır. Memnuniyetsizliğin bir diğer nedeni de, doktorun muayeneye geç gelmesi ve muayene için yeteri kadar zaman ayırmamasıdır.

Hasta tatminini etkileyen en önemli faktör, süreç ile ilgili değişkenlerden oluşmaktadır. Bunlar; polikliniklerin temiz olması, otopark hizmetleri, modern araç ve gerecin olması, kayıt işlemlerinin hızlı ve basit olması, tahlil sonuçlarının güvenilir olmasıdır. Sürece ilişkin bu faktörlere uygulanan tek yönlü varyans analizleri sonucunda, gelir ve eğitim düzeyi artıkça sürece ilişkin bu değişkenlere daha fazla önem verdiği görülmektedir.

Hastaların hizmeti alırken, sağlık personellerine ilişkin beklentileri ile algılamaları arasındaki fark ne kadar azalır, tatmin düzeyi ve memnuniyet de o kadar yükselir. Hastalar, tedavi sürecinde hemşirelerle daha fazla etkileşimde olduğu için hemşirelerin kendilerine karşı daha duyarlı davranması gerektiğini düşünmektedir.

Hastanenin fiziksel ortamına ilişkin özellikleri, hasta tatmininde önemli rol oynamaktadır. Hastalar, hastanenin fiziksel ortamına bakarak olumlu ya da olumsuz tutum geliştirirler. Çalışma verileri ışığında otopark hizmetleri dışında hastanenin fiziki ortamına yönelik diğer tüm hizmetler hastaların beklentilerini karşılamaktadır. Otopark hizmeti konusunda da hastaların kişisel araçlarının hastane girişine daha yakın bir yere park edilebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Araştırma sonucunda, hastane yöneticilerine, daha etkin ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmaları için şu önerilerde bulunulabilir:

- Doktorlar, hastalara sağlık durumları hakkında anlayabilecekleri sade bir dille bilgi vermelidir.
- Hastalara sunulan hizmetlerin söz verilen zamanında gerçekleştirilmesine dikkat edilmelidir.

- Etkin bir Őikayet ve öneriler sistemi geliştirilerek, bunların hastane yönetimine ulaştırılması sağlanmalı ve hastane yönetimine ulaŐtırılan problemlerin kısa sürede çözümlenmesi konusunda hassas davranılmalıdır.
- Hastane yönetimleri, bekleme süresinin kısaltılabilmesi için, aksaklıkların nereden kaynaklandığını araŐtırmalıdır. İŞ akışı yeniden gözden geçirilerek, aksayan yönler ortadan kaldırılmalıdır.
- Doktorların, muayene için daha fazla zaman ayırmalarını sağlamak amacıyla hastane yönetimleri, doktorlarla işbirliği yaparak, sistemde gerekli iyileŐtirmeleri yapmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akkılıç, M. E. (1996). “Hizmet Pazarlaması ve Elazığ Hastanelerindeki Uygulaması”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Malatya.
- Akkılıç, M. E. (2002). “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Ve Elazığ’daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama (Tüketicilere Yönelik Anket Uygulaması)”. *Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*. 12(1): 202-218. Elazığ.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2004). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 9(2): 114-122. İzmir.
- Albayrak, F. (2010). “Trakya Bölgesindeki Hastaların Sağlık Kuruluşları Tercihinde Etkili Olan Unsurlar Ve Sağlık Kuruluşlarında Marka İmajının Önemi”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). İstanbul.
- Alkoç, H. (2004). “Havayolu İşletmelerinin Hizmet Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi Üzerine Bir Pilot Araştırma: Türk Hava Yolları Uygulaması”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). İstanbul.

- Atan, M., Baş, M. ve Tolon, M. (2005). “Servqual Analizi İle Süpermarketlerde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Çalışması”. Gazi Üniversitesi. İ.İ.B.F. Ekonometri Bölümü.
- Avcı, U. ve Sayılır, A. (2006). “Hizmet Kalitesi Çerçevesinde Çalışanların Rolüne ve Yeterliliklerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir İnceleme”. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1.
- Bakır, Y. (2006). “Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Hatay.
- Bayuk, N. (2006). “Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma”. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, Issn:1694 – 528x. Sayı: Eylül, 10.
- Biçer, D. (2007). “Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hizmet Pazarlaması ve Bir Araştırma”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Sivas.
- Binbay, M. (2007). “Otel İşletmelerinde Pazarlama Stratejileri”. (Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Kahramanmaraş.
- Broderick, A. J. ve Vachirapornpuk, S. (2002). “Service Quality in Internet Banking: The Importance of Customer Role”. *Marketing Intelligence & Planning*. 20(6): 327-335.

- Brogowicz, Andrew A., Delene, L. M. ve Lyth, D. M. (1990). "A Synthesised Service Quality Model with Managerial Implications". *International Journal of Service Industry Management*. 1(1): 27 – 45.
- Bülbül, H. ve Demirer Ö. (2008). "Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri Servqual Ve Servperf'in Karşılaştırmalı Analizi". *Niğde Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 1(2): 113-128.
- Carrillat, F. A., Jaramillo, F. ve Mulki, J. P. (2007). "The Validity of the SERVQUAL and SERVPERF Scales: Meta-Analytic View of 17 Years of research Across Five Continents". *International Journal of Quality & Reliability Management*. 18(5): 472-490.
- Cronin, J.J. ve Taylor, S.A. (1992). "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension". *Journal of Marketing*. 6(Temmuz): 55-68.
- Çatı, K. (2002). "Hizmet Pazarlamasında Kalite ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama". (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Sivas.
- Çıraklı, Z. ve Sayım, F. (2009), "Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi". *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi*, Antalya.

- Çiçek, R. ve Doğan, İ. C. (2009). “Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, (C.X I,S I).
- Dursun, M. E. (2008). “Havayolu İşletmelerinde Uçuş Öncesi, Uçuş Esnası ve Uçuş Sonrasında Sunulan Hizmetlerin Kalitesinin Ölçülmesi: İç Hatlarda Bir Uygulama”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Eskişehir.
- Eleren, A., Bektaş, Ç. ve Görmüş, A. Ş. (2007). “Hizmet sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Hazır Yemek İşletmesinde Bir Uygulama”. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*. 44(514): 75-88.
- Erbaşlar, G. (2009). “İşletmelerde İlişki Pazarlaması”. *Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi. (e-dergi)*. <http://www.paradoks.org>, Issn:1305-7979, Yıl:5 Sayı: 2.
- Erdem, Ş. (2007). “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Edirne.
- Ersöz, S., Pınarbaşı, M., Türker, A. K. ve Yüzükırmızı, M. (2009). “Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması”. *Int.J.Eng.Research & Development January*, 1(1).

- Gençer, T., Demir, C. ve Aycan, A. (2008). “Kayak Merkezlerindeki Spor Turistlerinin Hizmet Kalitesi Algısını Etkileyen Değişkenler”. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege Akademik Bakış*, 8 (2): 437-450.
- Grönroos, C. (1984). “A Service Quality Model and Its Marketing Implications”. *European Journal of Marketing*. 18(4): 36-44.
- Gülmez, M. ve Kitapçı O. (2008). “Hastanelerde Hasta Tatmin Düzeylerinin Ölçümü: Karşılaştırmalı İki Hastane Örneği”. *Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları*. No: 109. Sivas.
- Gülmez, M. ve Dörtyol, İ.T. (2009). *Açıklamalı Pazarlama Sözlüğü*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gümüoğlu, Ş., Erdem, S., Kavrukkoca, G. ve Özdağoğlu, A. (2003). "Belediyelerde Beklenen-Algılanan Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Modeli ile Ölçülmesi ve Muğla İlinde Bir Uygulama", 3. *Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu*. İstanbul Kültür Üniversitesi. İstanbul.
- Gümüoğlu, Ş. ve Pınar, İ. (2007). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gürbüz, E., Büyükkeklik, A., Avcılar, M. Y. ve Toksarı, M. (2008). “Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin ve Davranışsal Niyet Üzerine Etkisi: Niğde İlindeki Süpermarketler Üzerine Ampirik Bir Çalışma”. *Ege Akademik Bakış Dergisi*. 8(2): 785- 812.

- Haywood-Farmer, John (1988). “A Conceptual Model of Service Quality”.
International Journal of Operations & Production Management. 8(6): 19 – 29.
- İbik Aktan, Ö. (2006). “Rekabet Ortamında Hizmet Kalitesinin Önemi Ve Bir Havayolu İşletmesinde Hizmet Kalitesinin Gerçekleştirilmesine Yönelik Bir Uygulama”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü). Kocaeli.
- İçöz, O. (2005). *Hizmet Pazarlaması*. Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları.
- Karahan, K. (2000). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2009). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Web-Ofset Yayıncılık. 3. Baskı.
- Kılıç, B. ve Eleren, A. (2009). “Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Literatür Araştırması”. *Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*. 1(1): 91-118.
- Kitapçı, O. (2006). “Küresel Rekabet İçin E-Hizmet Kalitesi: Santos’un E-Hizmet Kalite Modeli Kapsamında Sivas ve Tokat İllerinde Bir Uygulama”. *Gazi Osman Paşa Üniversitesi, 5. Orta Anadolu İşletmecilik Kongresi*. 123-132.
- Kurt, M. E. (2008). “Hastanelerde Kullanılan Otomasyon Sistemlerinin Çalışan Memnuniyetine Etkileri”. (Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü). Kahramanmaraş.

- Kutluoğlu, Z. (2007). “Üniversite Kütüphanelerinde Pazarlama: Başkent Üniversitesi Kütüphanesi Örneği”. (*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*). Ankara.
- Mattsson, J. (1992). “A Service Quality Model Based on an Ideal Value Standard”. *International Journal of Service Industry Management*. 3(3): 18 – 33.
- Mucuk, İ. (2000). *Pazarlama İlkeleri*, İstanbul: Türkmen Kitabevi. 12. Basım.
- Murat, G. ve Çelik, N. (2007). “Analitik Hiyerarşı Süreci Yöntemi İle Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Değerlendirme: Bartın Örneği”. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*. 3(6): 1–20.
- Odabaşı, Y. (2009). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Web-Ofset Yayıncılık. 2.basım.
- Okumuş, A. ve Asil, H. (2007). “Havayolu Taşımacılığında Yerli ve Yabancı Yolcuların Memnuniyet Düzeylerine Göre Beklentilerinin İncelenmesi”. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 13(1): 152-175.
- Özbaşar, Ş. (1996). “Sağlık hizmetleri Pazarlamasında Ürün ve Ürün Hattı Yönetimine Kavramsal ve Uygulamalı Bir Yaklaşım”. (*Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*). İstanbul.
- Özen, A. (2000). “ Hizmet Sektörünün Büyüme Nedenleri: Teorik Bir İnceleme”. *Erciyes Üniversitesi, İ.İ.B.F Dergisi*. Sayı.16: 177-198.

- Özgüven, N. (2008). “Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti Ve Ulaştırma Sektörü Üzerinde Bir Uygulama”. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege Akademik Bakış*, 8(2): 651-682.
- Öztürk, A. (2003). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Ekin Kitabevi, Hünkâr-Ofset. 4. Baskı.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L. (1985). “A Conceptual Model of Service Quality And its Implications for Future Research”. *Journal of Marketing*. 49(3): 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L. (1988). “SERVQUAL: A Multiple-Item Sacale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”. *Journal of Retailing*. 64(1): 12-40.
- Saat, M. (2000). “Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi”. *Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*. 3(99): 107-118.
- Santos, J. (2003). “E-Service Quality: A Model of Virtual Service Quality Dimensions”. *Managing Service Quality*. 13(3): 233 – 246.
- Sarıyer, N. (1996), “Belediyelerde Hizmet Pazarlaması”. (Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Erciyes Üniversitesi). Kayseri.
- Savaş, V. (2000). *İktisadın Tarihi*. Ankara: Siyasal Kitabevi. Pano Ofset. 4. Baskı.
- Seth, N., Deshmukh, S.G. ve Vrat, P. (2005). “Service Quality Models: A Review”. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 22(9): 913–949.

- Tatarlı, N. (2007). “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama”. (*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*). Bolu.
- Taşkın, E. ve Büyük, K. (2002). “Hizmet Pazarlaması Açısından Eğitim Hizmetlerinde Kalite: Kütahya’daki Özel Dershane Öğrencileri İle İlgili Bir Saha Araştırması”. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Aralık(7): 203-224.
- Teas, R. K. (1993). “Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality”. *The Journal of Marketing*. 57(4): 18-34.
- TÜİK Haber Bülteni. (Ağustos, Eylül, Ekim 2008). *Hanehalkı İşgücü Araştırması 2008 Eylül Dönemi Sonuçları*, Sayı: 193, ss.2.
- Türk, Z. (2009). “Denetim Firmalarının Sunduğu Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmini ve Sadakati: Servperf Ölçeği”. *Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18(1): 399–416.
- Varinli, İ. ve Çatı, K. (2008). *Güncel Pazarlama Yaklaşımlarından Seçmeler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yıldız, Y. (2008). “Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama”. (*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*). Edirne.

Yılmaz, V., Çelik, H. E. ve Depren, B. (2007). “Devlet ve Özel Sektör Bankalardaki Hizmet Kalitesinin Karşılaştırılması: Eskişehir Örneği”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 8(2): 234-248.

Yılmaz, V. Filiz, Z. ve Yaprak, B. (2007). “Servqual Yöntemiyle Yükseköğretimde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi”. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(1): 299-316.

Zehir, C. (2004). “Kalitenin Tarihçesi ve Temel Tanımları”. *Maxihaber.net Köşe Yazısı*. 20.04.11.

Zerenler, M. ve Öğüt, A. (2007). “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”. *Selçuk Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*. 14(2): 234-245.

Zhu, F. X., Wymer, W. ve Chen, I. (2002). “IT-Based Services and Service Quality in Consumer Banking”. *International Journal of Service Industry Management*, 13(1): 69-90.

<http://www.die.gov.tr/istatistikler/> (22.04.2011)

<http://www.sey.ydicagri.org/> (15.04.2011)

<http://yunus.hacettepe.edu.tr> (04.05.2011)

<http://www.maxihaber.net/> (20.05.2011)

<http://www.merih.net/> (29.05.2011)

<http://www.saglikpazarlamasi.com.tr> (03.06.2011)

<http://www.saglik.gov.tr/> (06.06.2011)

<http://www.ozguremre.com> (20.06.2011)

EK 1: Anket Formu**HASTA ANKETİ**

Bu anket formu, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde yüksek lisans yapmakta olan Ceylan Akdoğan tarafından Cumhuriyet Üniversitesi hastanesinde sunulan hizmetlerin kalitesini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Anketin ilk bölümünde poliklinik hizmeti alan hastaların demografik özellikleri ile ilgili ifadeler, ikinci bölümünde ise poliklinik hizmetleri ile ilgili beklentileri ölçmeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Anketimize katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Anket No: Tarih: / /

Anketin Uygulandığı Servis.....

Sizin için uygun olan kutucukları çarpı (X) ile işaretleyiniz

1) **Yaş:** 25'den az () 25-39 () 40-54 () 55 ve yukarı ()

2) **Cinsiyet:** Erkek () Kadın ()

3) **İkamet:** Sivas Merkez () Sivas'a bağlı ilçeler ()

Diğer İller.....

4) **Eğitim:** Okur-Yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Ön Lisans () Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora ()

5) **Gelir:** 500 TL den az () 501-1000 TL () 1001-1500 TL ()
1501-2000 TL () 2001-2500 TL () 2501 TLden fazla ()

6) **Meslek:** İşçi () Memur () Emekli () Serbest ()
Ev Hanımı () Öğrenci () Esnaf () Diğer.....

7) Hangi sağlık güvencesinden yararlanıyorsunuz ?

SSK () Bağ-kur () Emekli Sandığı () Yeşil Kart ()

Ücretli () Diğer.....

8) Polikliniklerdeki tahmini bekleme süreniz nedir ?

5-15 dk. () 16-25 dk. () 26-35 dk. ()
36-50 dk. () 51-60 dk. () 1 saatten fazla ()

9) Doktorunuzun muayene için ayırdığı zaman yeterli mi ?

Çok yeterli () Yeterli () İdare eder () Yetersiz () Çok yetersiz ()

10) Daha önce tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla C.Ü. Araştırma hastanesine geldiniz mi ?

Evet () Hayır () (Eğer cevabınız “hayır” ise 12. Soruya geçiniz)

11) 10. Soruya cevabınız evet ise aldığınız hizmet düzeyi önceki gelişiniz/gelişlerinize göre nasıldır ?

Daha iyi () İyi () Aynı () Kötü () Daha kötü ()

12) Genel olarak C.Ü Araştırma Hastanesinde verilen sağlık hizmetlerini nasıl buluyorsunuz?

Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü ()

13) Gerektiği durumlarda C.Ü. Araştırma Hastanesini eş, dost ve akrabaya tavsiye eder misiniz?

Kesinlikle ederim () Ederim () Fikrim yok ()
Etmem () Kesinlikle Etmem ()

14) Tekrar hastanede tedavi olmanız gerekirse C.Ü Araştırma Hastanesini tercih eder misiniz ?

Kesinlikle tercih ederim () Tercih Ederim () Fikrim yok ()
Tercih etmem () Kesinlikle tercih etmem ()

15) Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesini tercih etme nedenlerinizden ilk üçünü önem sırasına göre numaralandırınız. (1 en önemli, 3 en önemsiz)

Sağlık hizmeti kalitesinin iyi olması () Sevk edilmiş olmam ()
Tavsiye üzerine () Hastanede bir tanıdığımın çalışması ()
Sosyal güvencemin kapsamında bulunması () Hastanenin yakın olması ()
Tüm branşlarda uzman doktor bulunması ()

16) Poliklinik hizmetlerinden memnun değilseniz, bunun nedenlerinden ilk üçünü önem sırasına göre numaralandırınız. (1 en önemli, 3 en önemsiz)

Muayene sırasında fazla bekleme () Doktorun geç gelmesi ()
Hemşire, sağlık personeli ve sekreterin yeterince yardımcı olmaması ()
Kayıt sırasına uyulmaması () Doktorun yeterince ilgilenmemesi ()
Randevu alma güçlüğü ()

17) Önem verdiğiniz hastane hizmetlerinden ilk üçünü önem sırasına göre numaralandırınız (1 en önemli, 3 en önemsiz)

Her an hizmet vermeye hazır sağlık personeli () Hizmet çeşitliliği ()
Hizmet kalitesi () Sosyal güvenlik kurumlarının hastane ile anlaşmalı olması ()
Kredi kartıyla ödeme yapılabilmesi ()
Hafta sonları da deneyimli ve uzman personelin bulunması ()

18) Tatmin düzeyinizi etkileyen en önemli faktör nedir? (1 tane işaretleyiniz)

Doktorun tutum ve davranışı () Yardımcı personelin tutum ve davranışı ()
Fiziksel ortam () Çevrenin temizliği ()
Hastanede kullanılan cihazların modern oluşu () Diğer

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi kutucuklara işaretleyiniz.

Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü
5	4	3	2	1

Aşağıdaki ifadelerin önem derecelerini belirtiniz.

	GELMEDEN ÖNCE NE düşünüyordunuz?					ŞİMDİ NE düşünüyorsunuz?				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1- Doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülü olması										
2- Hemşirelerin hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülü olması										
3- Temizlik personelinin temiz ve düzenli görünüşlü olması										
4- Kayıt işlemlerinde görevli personelin hastaya yardımcı olmaya istekli olması										
5- Hastalığının teşhis ve tedavisi konusunda doktorun beceri düzeyi										
6- Doktorların ağız, ilaç ve hastalığınız hakkında bilgilendirme düzeyleri										
7- Doktorların ağız dinleme ve anlama olma düzeyi										
8- Hemşirelerin ağız dinleme ve anlama düzeyi										
9- Teşhis birimlerindeki (EKG, Röntgen vb.) personelin size karşı davranışları ve yardımı olma düzeyleri										
10- Hastane temizlik personelinin size karşı davranışları ve yardımı olma düzeyleri										
11- Laboratuvar çalışan personelin size karşı davranışları ve yardımı olma düzeyleri										
12- Hasta istek ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanması										
13- Teşhis ve Tedavinin belirlenen zamanda yapılması										
14- Hastane ile ilgili şikayetlerin zamanında çözümlenmesi										
15- Kayıt işlemlerinin hızlığı										
16- Tahsil sonuçlarının doğruluk düzeyi										
17- Poliklinik servisinde tedavi için bekleme süresi										
18- Bekleme yerlerinin ihtiyacı karşılama düzeyi										
19- Hastane içindeki ve dışındaki belirlenen konulara ulaşma kolaylığı										
20- Otomatik hizmetleri										
21- Kan vb. tetkiklerde kullanılan araç-gereç ve cihazların hijyenliği										
22- Poliklinik servisinin genel görünüşünün temiz olması										
23- Poliklinik muayene odalarının temizliği ve düzeni										
24- Doktorun muayene için ayırdığı sürenin yeterliliği										
25- Sunulan hizmet ile talep edilen hizmet bedelinin tutarlılığı										