

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞETME ANABİLİM DALI
PAZARLAMA BİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA HİZMET
KARŞILAŞMALARININ HASTA TATMİNİ VE
DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİ**

**Mahmut Selami AKIN
2502150196**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ABDULLAH OKUMUŞ**

İSTANBUL – 2022

ÖZ

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA HİZMET KARŞILAŞMALARININ HASTA TATMİNİ VE DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİ

MAHMUT SELAMİ AKIN

Özel sağlık sektöründe yapılan harcamaların ve faaliyet gösteren kuruluşların sayısının yıllara göre artış göstermesi rekabeti yoğunlaştırmıştır. Bu durum, işletmelerin rekabet avantajı elde etme amacıyla müşteri tatmini ve sadakatini gerçekleştirmeye yöneltmiştir. Çalışma, özel sağlık kuruluşlarında hasta tatmini ve davranışsal niyeti incelemek için hizmet karşılaşmaları bağlamından yararlanmaktadır.

Çalışmanın amacı, özel sağlık kuruluşlarında hizmet karşılaşmalarının hasta tatmini ve davranışsal niyete etkisini ortaya koymaktır. Söz konusu etki büyüklüğünü farklı itibar düzeyine sahip özel hastanelerle karşılaştırmak ise çalışmanın alt amacını oluşturmaktadır.

Çalışma amaçları doğrultusunda bir yüksek itibarlı, bir düşük itibarlı özel hastanenin, son 6 ay içerisinde en az bir kez sağlık hizmetinden yararlanmış hastalarından veri toplanmıştır. Yüksek itibarlı özel hastaneden 471, düşük itibarlı özel hastaneden 552 olmak üzere toplamda 1023 geçerli veri elde edilmiştir. Elde edilen veriler üzerinde frekans analizi, kayıp veri analizi, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ve yapısal eşitlik modellemesi ile çoklu grup analizi yürütülmüştür.

Çalışma sonucunda hizmet karşılaşmaları öncesinde hastaların internet ortamında yaşadıkları deneyimin hasta tatminini etkilediği saptanmıştır. Hastaların hizmet karşılaşmaları esnasında yaşadıkları deneyimlerden sırasıyla güven, bekleme süreleri algısı, doktor etkileşimi, ulaşılabilirlik

ve erişebilirlik, hemşire etkileşimi hasta tatminini etkilemiştir. Hizmet karşılaşmaları sonrası deneyimlerden ise hasta tatmini, hastaneyi yeniden ziyaret etme ve başkalarına tavsiye etme eğilimini ifade eden davranışsal niyeti güçlü bir biçimde etkilemiştir. Çoklu grup analizi sonucunda ise hasta tatminine etki büyüklüğünün, yüksek ve düşük itibarlı özel hastanelere göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Hizmet Karşılaşmaları, Hasta Deneyimi, Hasta Tatmini, Kurumsal İtibar.

ABSTRACT

THE EFFECT OF SERVICE ENCOUNTERS ON PATIENT SATISFACTION AND BEHAVIORAL INTENTION IN PRIVATE HEALTHCARE ORGANIZATIONS

MAHMUT SELAMİ AKIN

The competition in private healthcare industry has intensified based on increasing expenditures and the number of organizations recently. Private healthcare institutions have focused on customer satisfaction and loyalty to achieve a competitive advantage. The study utilizes service encounters to investigate patient satisfaction and behavioral intention.

The study aims to reveal the role of service encounters in private healthcare organizations in patient satisfaction and behavioral intention. Research also aims to uncover whether the magnitude of structural paths differs from reputation levels of private hospitals.

According to the purpose of the study, data were obtained from patients, including two private hospitals (high vs. low reputation), who purchased healthcare services at least once in the last six months. Finally, the sample constitutes 1023 valid data (high reputation=471, low reputation=552). Frequency analysis, missing value analysis, validity and reliability analysis, structural equation analysis, multigroup analysis were conducted.

The study explored call center experience among pre-core service encounters indirectly affected patient satisfaction and behavioral intention. However, online and social experiences did not. As core service encounters, physician and nursing interaction, trust, accessibility, and perceived sufficient waiting influenced patient satisfaction and behavioral

intention, though physical evidence and supportive staff interaction did not. In the post-core stage, patient satisfaction impacts behavioral intention. Additionally, in terms of the result of multigroup analysis, those effects were equivalent for high and low reputations..

Keywords: Healthcare Services, Service Encounters, Patient Experience, Patient Satisfaction, Corporate Reputation.



ÖNSÖZ

Son yıllarda dünya çapında salgın hastalıklarla yürütülen mücadele sağlık kuruluşlarının rolünün önemini bir kez daha hatırlatmaktadır. Özel sağlık kuruluşları ise sağlık sisteminin işleyişi bakımından kritik rol oynamaktadır. Sayıları yıllar geçtikçe artış gösteren özel sağlık kuruluşları günümüzde yoğun rekabet ile karşı karşıya kalmaktadır. Artan rekabette öne çıkmak için işletme odaklılıktan pazar odaklılığa geçiş kaçınılmaz olmaktadır. Bu doğrultuda hastaları tatmin etmek, kuruluşu tekrar tercih etmelerini ve başkalarına tavsiye etmelerini sağlamak özel sağlık kuruluşları için stratejik önem arz etmektedir. Çalışmada hizmet karşılaşmaları yaklaşımıyla hasta tatmini ve davranışsal niyetin nasıl gerçekleştirilebileceğini ortaya koymak amaçlanmış, böylelikle özel sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlara yol haritası sunarak pazarlama stratejilerini desteklemek hedeflenmiştir.

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık hizmetleri ele alınmış, sağlık hizmetlerinde tüketicilerin nasıl bir karar sürecinden geçtikleri aşamalar halinde incelenmiştir. İkinci bölümde, sağlık hizmetlerinde tüketici davranışının belirleyicilerine yer verilmiştir. Bu doğrultuda hasta tatminini etkileyen kişisel, etkileşim kaynaklı ve işletme kaynaklı faktörler detaylı olarak açıklanmıştır. Üçüncü bölümde, araştırma amaçlarıyla paralel olarak sağlık alanında yürütülen geçmiş çalışmalara yer verilmiştir. Dördüncü ve son bölümde ise araştırmanın kavramsal modeli, değişkenler, hipotezler, örneklem belirleme ve veri toplama süreci ile elde edilen verilerin ne tür analizlere tabi tutulduğu anlatılmıştır. Ayrıca yürütülen analizler sonucunda hangi bulgulara ulaşıldığına, bulgulardan yola çıkılarak teorik ve pratik açıdan yapılan çıkarımlara yer verilmiş, gelecekte yürütülecek çalışmalar ve uygulayıcılara öneriler getirilmiştir.

Doktora tez süresince desteğini esirgemeyen, katkılarıyla tezin olgunlaşmasını sağlayan ve beni sabırla yönlendiren değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Abdullah OKUMUŞ'a teşekkürlerimi arz ederim.

Tez sürecinde değerli görüşleri ile ilerlememe katkıda bulunan tez izleme komitemde yer alan Sayın Prof. Dr. Ahmet K. ŞEKERKAYA ve Sayın Prof. Dr. İbrahim KIRCOVA'ya teşekkürlerimi borç bilirim. Tez süresince yardıma ihtiyaç duyduğum anlarda yardımlarını esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Selen ÖZTÜRK ve Sayın Dr.

Öğr. Üyesi Erdem Özkan’a ayrıca teşekkürlerimi sunarım. Doktora eğitim hayatım boyunca emeklerini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Pazarlama Anabilim Dalının tüm öğretim üyelerine ayrı ayrı teşekkür ederim. Doktora eğitim hayatım boyunca psikolojik desteği esirgemeyen sınıf arkadaşım Sevi BALOĞLU’na, çalışma arkadaşlarıma ve tüm dostlarıma teşekkür ederim.

Doktora tezimle ilgili gelişmeleri takip eden ve akademik kariyerimde ilerlemeyi her daim teşvik eden merhum dedem Sayın Hakkı Çeliktaş’ı minnetle ve saygıyla anmaktayım. Doktora süresince maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen anneme, babama, ablama ve kız kardeşime ayrıca teşekkür ederim. Biricik eşime ve müstesna oğluma da özel olarak teşekkürlerimi sunarım.

Mahmut Selami AKIN

İstanbul, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜKETİCİ KARAR SÜRECİ

1.1. HİZMETLER ve ÖZELLİKLERİ.....	4
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ve SINIFLANDIRILMASI.....	8
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ KARAR SÜRECİ.....	12
1.3.1. Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacının Ortaya Çıkması.....	13
1.3.2. Bilgi Toplama.....	13
1.3.3. Alternatiflerin Değerlendirilmesi.....	14
1.3.4. Sağlık Hizmeti Alma Kararının Verilmesi.....	15
1.3.5. Muayene, Teşhis ve Tedavi Süreci.....	16
1.3.6. Tedavi Sonrası Davranışlar.....	16

İKİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ DAVRANIŞININ BELİRLEYİCİLERİ

2.1 SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ, MÜŞTERİ VE HASTA KAVRAMLARI	19
2.2 MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ	21
2.2.1 Hasta Tatminini Etkileyen Kişisel Faktörler	23
2.2.1.1 Demografik Özellikler	23
2.2.1.2 Hastalık Türü	24
2.2.2 Hasta Tatminini Etkileyen Etkileşim Kaynaklı Faktörler	25
2.2.2.1 Hizmet Kalitesi	25
2.2.2.1.1 Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli	27
2.2.2.1.2 Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Hizmet Kalitesi Modeli.....	30
2.2.2.1.3 Haywood-Farmer'ın Hizmet Kalitesi Modeli.....	38
2.2.2.1.4 Mattson'ın İdeal Değer Modeli.....	40
2.2.2.1.5 Philip ve Hazlett'in MÇÇ Nitelik Modeli	41
2.2.2.1.6 Donabedian'ın Yapı-Süreç-Çıktı Modeli	42
2.2.2.2 Hizmet Karşılaşmaları	43
2.2.3 Hasta Tatminini Etkileyen İşletme Kaynaklı Faktörler	50

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK KURULUŞLARINDA HİZMET KALİTESİ, KURUMSAL İTİBAR
VE SATIN ALMA SONRASI DAVRANIŞI ÜZERİNE GEÇMİŞ
ÇALIŞMALAR

3.1. SAĞLIK KURULUŞLARININ HİZMET KALİTESİ, HASTA TATMİNİ VE DAVRANIŞSAL NİYET ARASINDAKİ İLİŞKİLERİ İNCELEYEN ÇALIŞMALAR.....	57
3.2. MÜŞTERİ GÜVENİ VE KURUMSAL İTİBARIN MÜŞTERİ TATMİNİ İLE DAVRANIŞSAL NİYET ARASINDAKİ İLİŞKİLERİ İNCELEYEN ÇALIŞMALAR.....	61
3.3. LİTERATÜR ÖZETİ.....	66

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ÖZEL HASTANELERDE HİZMET KARŞILAŞMALARININ HASTA
TATMİNİ VE DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

4.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	75
4.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	76
4.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	77
4.3.1. Hasta Tatmini Tatmini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	77
4.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	82
4.4.1. Hizmet Karşılaşmaları Öncesinde Hasta Deneyimi.....	83
4.4.2. Hizmet Karşılaşmaları Esnasında Hasta Deneyimi.....	86
4.4.3. Hizmet Karşılaşmaları Sonrasında Hasta Deneyimi.....	92
4.4.4. Araştırmada Kullanılan Kriter Değişkenleri.....	94
4.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	98
4.6. ARAŞTIRMANIN İÇERİĞİ VE KISITLARI.....	101
4.7. ÖRNEKLEM SEÇİMİ VE VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	101
4.7.1. Araştırmaya Dahil Edilecek Özel Hastanelerin Belirlenmesi.....	103
4.7.1.1. Yüksek İtibarlı Özel Hastanenin Belirlenmesi.....	103
4.7.1.2. Düşük İtibarlı Özel Hastanenin Belirlenmesi.....	112
4.7.2. Araştırma Örnekleminin Belirlenmesi ve Veri Toplama Süreci.....	115
4.8. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER.....	119
4.8.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Veriler.....	119
4.8.2. Kayıp Veri Analizi.....	126
4.8.2.1. Kayıp Verilere Dair Frekans Analizi.....	126
4.8.2.2. Eksiksiz Değişkenlerin Koşullu Değişkenlere Göre Farklılığının İncelenmesi.....	130
4.8.2.3. Kayıp Veriler İçeren Koşullu Değişkenlerin Analiz Sürecine Dahil Edilmesi.....	134
4.9. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNİN GEÇERLİLİK ANALİZLERİ.....	136
4.9.1. Hizmet Karşılaşmaları Öncesi Bilgi Arama Deneyimi Ölçeğine İlişkin Keşfedici Faktör Analizi.....	139
4.9.2. Hizmet Karşılaşmaları Esnasında Yaşanan Deneyim Ölçeklerine İlişkin Keşfedici Faktör Analizi.....	141
4.9.2.1. Kişiler Arası Etkileşim Kaynaklı Faktörler.....	141

4.9.2.2.	İşletme Kaynaklı Faktörler.....	143
4.9.3.	Hizmet Karşılaşmaları Sonrasında Yaşanan Deneyim Ölçeklerine İlişkin Keşfedici Faktör Analizi.....	144
4.10.	Araştırma Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Test Edilmesi.....	145
4.10.1.	Ölçüm Modelinin Testi.....	146
4.10.2.	Ayrışma ve Yakınsama Geçerliliğinin İncelenmesi.....	157
4.10.3.	Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirliğinin İncelenmesi....	160
4.10.4.	Yapısal Modelin Testi.....	163
4.10.5.	Aracılık Analizi.....	168
4.10.6.	Çoklu Grup Analizi.....	171

BEŞİNCİ BÖLÜM SONUÇ

5.1.	Literatüre katkılar.....	184
5.2.	Öneriler.....	186
5.2.1.	Gelecekteki Çalışmalara Dair Teorik Öneriler.....	186
5.2.2.	Pazarlama Yöneticileri ve Uygulayıcılara Dair Pratik Öneriler.....	187
KAYNAKÇA.....		192
EKLER.....		214

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Literatür Özeti.....	67
Tablo 4.1: Kriterlerin Değerlendirilmesinde Kullanılan 9’lu Ölçek.....	107
Tablo 4.2: İkili Karşılaştırmalar Tablosu.....	107
Tablo 4.3: Görüşme Yapılan Yöneticilerin Listesi.....	108
Tablo 4.4: Yüksek İtibarlı Özel Hastaneyi Belirleyen Kriterler.....	109
Tablo 4.5: Rastgele Değer İndeksleri.....	110
Tablo 4.6: Özel Hastanelerin İtibar Puanları.....	112
Tablo 4.7: Düşük İtibarlı Özel Hastanenin Belirlenmesi İçin Kontrol Listesi.....	114
Tablo 4.8: Araştırmaya Dahil Edilecek Düşük İtibarlı Özel Hastaneler.....	114
Tablo 4.9: Örneklem gruplarına göre katılımcıların cinsiyetleri.....	120
Tablo 4.10: Örneklem gruplarına göre katılımcıların medeni durumları.....	120
Tablo 4.11: Örneklem gruplarına göre katılımcıların yaş seviyeleri.....	121
Tablo 4.12: Örneklem gruplarına göre katılımcıların eğitim düzeyleri.....	122
Tablo 4.13: Örneklem gruplarına göre katılımcıların gelir seviyeleri.....	122
Tablo 4.14: Örneklem gruplarına göre hastaneden hizmet alma sıklığı.....	124
Tablo 4.15: Örneklem gruplarına göre hastaların faydalandıkları sigorta türü.....	125
Tablo 4.16: Örneklem gruplarına göre hastaneyi tercih etmede en etkili olan sebep.....	125
Tablo 4.17: Kayıp veri analiz bulguları.....	127
Tablo 4.18: Hastane-1 örnekleminde vaka başına düşen kayıp veri oranı.....	128
Tablo 4.19: Hastane-2 örnekleminde vaka başına düşen kayıp veri oranı.....	129
Tablo 4.20: Hastane-1 örnekleminde çağrı merkezi deneyimine göre farklılığın incelenmesi.....	130
Tablo 4.21: Hastane-1 örnekleminde internet kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi.....	131
Tablo 4.22: Hastane-1 örnekleminde sosyal kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi.....	131
Tablo 4.23: Hastane-2 örnekleminde çağrı merkezi deneyimine göre farklılığın incelenmesi.....	132

Tablo 4.24: Hastane-2 örnekleminde internet kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi.....	133
Tablo 4.25: Hastane-2 örnekleminde sosyal kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi.....	134
Tablo 4.26: Hizmet karşılaşmaları öncesi bilgi arama deneyimi keşfedici faktör analizi bulguları.....	140
Tablo 4.27: Kişiler arası etkileşim ölçeği keşfedici faktör analizi bulguları.....	142
Tablo 4.28: İşletme kaynaklı bileşenler ölçeklerinin keşfedici faktör analizi bulguları.....	143
Tablo 4.29: Hizmet karşılaşmaları sonrası deneyim ölçeklerinin keşfedici faktör analizi bulguları.....	144
Tablo 4.30: Model uyum iyiliği indeksleri.....	151
Tablo 4.31: Ölçüm modeli test sonuçları.....	155
Tablo 4.32: Ölçüm modeline ait uyum iyiliği değerleri.....	156
Tablo 4.33: Değişkenler arası korelasyon matrisi.....	158
Tablo 4.34: Değişkenlere ait ortalama açıklanan varyans ve yapı güvenirliği değerleri.....	160
Tablo 4.35: Değişkenlere ait güvenirlik analizi bulguları.....	162
Tablo 4.36: Yapısal ilişkiler ve yol katsayıları.....	165
Tablo 4.37: Revize edilmiş yapısal ilişkiler ve yol katsayıları.....	166
Tablo 4.38: Revize edilmiş yapısal modelin uyum iyiliği değerleri.....	167
Tablo 4.39: Bağımsız Değişkenlere Ait Standardize Dolaylı Etki Katsayıları	170
Tablo 4.40: Alternatif modellere ait ki-kare fark testleri	173
Tablo 4.41: Alternatif modellere ait uyum iyiliği indeksleri	174
Tablo 4.42: Yapısal modeldeki yol katsayılarının örneklem grupları itibariyle hesaplanan z-değerleri.....	176
Tablo 4.43: Hipotez testleri sonucunda oluşan özet tablo	177

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	6
Şekil 1.2: Satın alma sonrası değerlendirme.....	17
Şekil 2.1: Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli.....	29
Şekil 2.2: Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Hizmet Kalitesinde Boşluk Modeli.....	32
Şekil 2.3: Haywood-Farmer'ın Hizmet Kalitesi Modeli.....	39
Şekil 2.4: Mattson'un İdeal Değer Modeli.....	41
Şekil 2.5: Philip ve Hazlett'in MÇÇ Nitelik Modeli.....	41
Şekil 2.6: Donabedian'ın Yapı-Süreç-Çıktı Modeli.....	43
Şekil 2.7: Hizmet İşletmesi ve Alıcı Karşılaşmalarının Biçimleri.....	46
Şekil 2.8: Hizmet Karşılaşmaları ve Olası Etkileri.....	49
Şekil 4.1: Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Karşılaşmaları.....	79
Şekil 4.2: Araştırmanın Modeli.....	81
Şekil 4.3: AHS Kapsamında Oluşturulan Hiyerarşik Yapı.....	106
Şekil 4.4: Ölçüm modeli.....	148
Şekil 4.5: Revize Edilmiş Ölçüm Modeli.....	154
Şekil 4.6: Yapısal model test sonucu.....	164
Şekil 4.7: Revize edilmiş yapısal model.....	166
Şekil 4.8: YEM uygulaması sonucu elde edilen araştırma modeli.....	184

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index
AHS	: Analitik Hiyerarşi Süreci
ANOVA	: Analysis of Variance
AVE	: Average Variance Extracted
B2B	: Business to Business
Bkz.	: Bakınız
CFI	: Comparative Fit Index
CI	: Tutarlılık İndeksi
CR	: Construct Reliability
CR	: Uyum Oranı
Diğer İşgören E.	: Diğer işgören etkileşimi
Doktor E.	: Doktor etkileşimi
EKB	: Engel-Kollat-Blackwell
GFI	: Goodness-of-Fit Index
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
Hemşire E.	: Hemşire etkileşimi
IFI	: Incremental Fit Index
ISO	: International Organization for Standardization
ITC	: International Trade Centre
İnternet K.	: İnternet kaynaklı
JCI	: Joint Commission International
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
MANOVA	: Multivariate Analysis of Variance

MCAR	: Missing Completely At Random
MÇÇ	: Merkezi, Çekirdek, Çevresel
NFI	: Normed Fit Index
NNFI	: Non-Normed Fit Index
PGFI	: Parsimony Goodness-of-Fit Index
PNFI	: Parsimony Normed Fit Index
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
RMSR	: Root Mean Square Residuals
RNI	: Relative Non-centrality Index
Serb. Der.	: Serbestlik Derecesi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
Sosyal K.	: Sosyal kaynaklı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SRMR	: Standardized Root Mean Residual
Std.	: Standart
TLI	: Tucker Lewis Index
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNCTAD	: United Nations Conference on Trade and Development
USHAŞ	: Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.
WTO	: World Trade Organization
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi

GİRİŞ

Tüketiciler satın alma kararı verirken belirli aşamalardan geçmekte, farklı seçim kriterleri içerisinde ihtiyaçlarını en uygun bir şekilde karşılayabilecek seçenekleri tercih etmektedirler (Solomon, 2018). Bu durum tüketicilerin en az çaba ve riskle en çok faydayı sağlama arasında bir mukayese yapmalarını ve amaçları doğrultusunda kendi lehine olan durumları seçme eğilimi göstermelerini beraberinde getirmektedir. Tüketicilerin ürünü, markayı veya işletmeyi tekrar tercih etmeleri psikolojik, kurum kaynaklı, dış çevre veya kişiler arası etkileşim kaynaklı olabilmektedir.

Tüketicilerin mal ve hizmetlere yönelik davranışları farklılık göstermektedir. Hizmetlerin mallardan farklı olan heterojenlik, soyutluk, eşzamanlılık gibi karakteristik özellikleri, tüketicilerin almış oldukları hizmetleri farklı kriterlere göre değerlendirmesine sebep olmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2018). Tüketiciler almış oldukları hizmetleri organizasyonel faktörler, kişiler arası faktörler ve fiziksel çevre faktörlere bağlı olarak farklı şekillerde algılamaktadır. Söz konusu faktörler hizmetin tekrar satın alınması durumunda tüketici karar sürecinde yeniden değerlendirmeye tabi tutulmaktadır.

Tüketiciler diğer hizmetlerden farklı olarak, sağlık hizmetlerini tercih etmeleri durumunda bazı olguları değerlendirmek mecburiyetinde kalmaktadırlar (Tengilimoğlu, 2016). Sağlık hizmetlerinin tüketim sürecinde edindiği izlenimler tüketicilerin zihninde belirli bir filtreden geçerek genel değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Değerlendirme sonucunda olumlu deneyim yaşayan tüketiciler sağlık kuruluşunu tavsiye etme eğilimine girebilmekte, tatmin gibi belirli duygusal tetiklemelerle yeniden tercih etme ve başkalarına tavsiye etme kararı verebilmektedir.

Son yıllarda kişi başına düşen sağlık harcaması, sağlık harcamaları içerisinde özel sektörün payı, sağlık turizmi kapsamında hizmet alan medikal turist sayısı ve özel sağlık kuruluşlarının sayısı düzenli olarak artış göstermektedir (TÜİK, 2020a). Bu durum özel sağlık sektörde rekabeti yoğunlaştırmış, artan rekabet yeni müşteri kazanma ve müşterileri elde tutma amacıyla müşteri tatmini, müşteri sadakati gibi kavramlara odaklanmayı gerektirmiştir. Özel sağlık kuruluşları, mevcut rekabet ortamında olumlu müşteri deneyimi sunarak rekabet avantajı elde etmeyi stratejik bir

hedef olarak belirlemiştir. Ancak bunun nasıl gerçekleştirilebileceği özel sağlık sektörü açısından önemli bir problem teşkil etmektedir.

Literatürde sağlık kuruluşlarında müşteri tatminini ve sadakatini ortaya çıkarmaya yönelik çalışmalar genellikle yaygın kullanılan ölçüm araçları ile sınırlı kalmıştır. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklı yönleriyle ele alan ve satın alma öncesi, esnası ve sonrasında yaşanan deneyimi bir bütün olarak inceleyen çalışmalar kısıtlıdır.

Çalışmanın odak noktasını özel sağlık kuruluşlarından özel hastaneler oluşturmaktadır. Tüketicilerin, özel hastanelerden almış oldukları hizmet sonrasında hangi motivasyonlarla yeniden satın alma kararı verdikleri çalışmanın konusu kapsamında incelenecektir. Tüketicilerin yeniden satın alma kararlarında yalnızca kişiler arası etkileşimler değil, aynı zamanda sağlık kuruluşu hakkındaki izlenimler de rol oynadığından, kurum kaynaklı faktörler de çalışma kapsamında incelenmiştir.

Çalışmanın konusunu, özel sağlık kuruluşlarında hizmet karşılaşmaları oluşturmaktadır. Çalışmanın amacını ise, özel hastanelerden hizmet almış tüketicilerin (hastaların) hizmet karşılaşmaları sonucunda edindikleri deneyimin yeniden satın alma ve başkalarına tavsiye etme niyeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. Söz konusu etkinin özel hastanelerin kurumsal itibar düzeyine göre farklılık gösterip göstermediği ayrıca incelenerek kurum kaynaklı faktörlerin rolü değerlendirilmiştir.

Çalışmanın literatüre muhtemel katkısı, tüketicilerin ilgilenimlerinin ve risk algısının yüksek olduğu sağlık gibi hizmet türlerinde müşteri tatminin belirleyicilerinin hangi perspektifle değerlendirilebileceğine açıklık getirmesi olarak öngörülmektedir. Bu doğrultuda hizmet karşılaşmaları bakış açısıyla ele alınacak hizmet deneyiminin müşteri tatmin ve davranışsal niyet oluşumundaki rolüne dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır. Pratik alanda ise, sayıları artış gösteren ve rekabet baskısı ile karşı karşıya kalan özel sağlık kuruluşlarına, hasta tatmini ve hasta sadakati oluşturmak için sağlık hizmeti sunum sürecinin hangi aşamalarına yatırım yapılması gerektiğine dair yol haritası sunmak amaçlanmaktadır. Böylelikle uzun vadeli rekabet avantajı elde ederek pazarda varlıklarını sürdürülebilir kılmak çalışmanın önemli katkısını oluşturmaktadır.

Çalışma genel olarak dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde genel olarak hizmetler ele alınacak, hizmetlerin karakteristik özellikleri anlatılacaktır. Ardından sağlık hizmetlerinin diğer hizmet türlerinden farklı olan özellikleri belirtilecek ve sağlık hizmetleri gruplandırılacaktır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde tüketici karar süreci ve aşamalarına yer verilmiştir. Her bir aşamada tüketicilerin sergilediği davranışlar belirtilmiştir.

İkinci bölümde, sağlık hizmetlerinde tüketici davranışının belirleyicileri ele alınacaktır. Bu kapsamda müşteri tatmini açıklanacak, müşteri tatminini etkileyen kişisel, etkileşim ve işletme kaynaklı faktörler detaylı olarak açıklanmıştır. Üçüncü bölümde sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesini, kurumsal itibar ve satın alma sonrası davranışları incelemek üzere gerçekleştirilmiş çalışmalara yer verilmiştir. Bu kapsamda ilgili değişkenlerin müşteri tatmini ve davranışsal niyetle nasıl bir ilişki içerisinde olduğu tablo halinde özetlenmiştir.

Dördüncü ve son bölümde özel hastanelerde hizmet karşılaşmalarının davranışsal niyete etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülecek çalışmaya dair araştırma modeli ve değişkenleri açıklanmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçekler ve hangi hipotezlerin test edileceği belirtilmiştir. Ardından örneklem seçimi ve veri toplama süreci aşamalar halinde ele alınmıştır. Elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, yapısal eşitlik modellemesi ile yürütülen analizler ve çoklu grup analizi bulguları sunulmuştur. Araştırma sonucunda ulaşılan bulgular sonuç bölümünde özetlenmiş, literatüre katkılar, gelecekte yürütülebilecek çalışmalara dair öneriler ve uygulayıcılara dair pratik önerilere yer verilmiştir.

Çalışmanın ekler bölümünde, uygulanan anket formu, bazı frekans tabloları ve çıktılar yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜKETİCİ KARAR SÜRECİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetlerinin yapısı ele alınacak, sağlık hizmetlerinde tüketici karar süreci aşamalar itibarıyla incelenecektir. Öncelikle hizmetlerin genel karakteristik özellikleri açıklanacak, hizmet sektörünün artan önemine dikkat çekilecektir. Ardından sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı olan yönlerine vurgu yapılacaktır. Sağlık hizmetleri kendi içerisinde farklı türlere ayrıldığından her bir türü ayrıca açıklanacaktır. Son olarak sağlık hizmetlerinde tüketicilerin karar verme süreçlerinin hangi aşamalardan geçtiği incelenecektir.

1.1. HİZMETLER VE ÖZELLİKLERİ

Bir ülkenin ekonomisinin temelde tarım, sanayi ve hizmet sektörüne dayanmaktadır. Dünya ekonomisinde hizmet sektörü, 1950’li yıllardan beri gelişmekte ve tarım ile sanayi sektörünü gelişmiş ülkelerde geride bırakmaktadır. Hizmet sektörünün sektörler içerisindeki payı aynı zamanda gelişmişlik ve refah göstergesine de dönüşmüştür. Türkiye’de de hizmet sektörünün payı yıllar geçtikçe artış göstermektedir (Özsağır ve Akın 2012).

Dünya Ticaret Örgütüne (WTO, 2021) göre hizmet sektörü, toplam dünya ticaretinin yaklaşık %50’sini oluşturmaktadır. Hizmetlerin uluslararası ticaret hacmi dünya genelinde 5,74 milyar dolar olarak tahmin edilmekte (ITC, 2019), Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın ise yaklaşık %7’sine denk gelmektedir (UNCTAD, 2020). Türkiye’de 2019 yılında işletmelerin en çok faaliyet gösterdiği alanların %43,9’unu, istihdamın toplamının ise %38,9’unu oluşturmaktadır (TÜİK, 2020b). Hizmet sektörünün dünyada ve Türkiye’deki ticaret hacminde stratejik öneme sahip olması nedeniyle söz konusu alanda gerçekleştirilecek çalışmalar da sektörün büyümesine katkı sağlayabilecektir. Bunun için öncelikle hizmetlerin tanımlanmasında ve genel karakteristiklerinin belirtilmesinde fayda görülmektedir.

Hizmetleri tanımlamak somut mallara göre nispeten güç olmaktadır. Çünkü hizmetlerin nasıl oluşturulduğu ve müşterilere nasıl sunulduğunu kavramak için çok sayıda soyut girdi ve çıktıların bir arada değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle

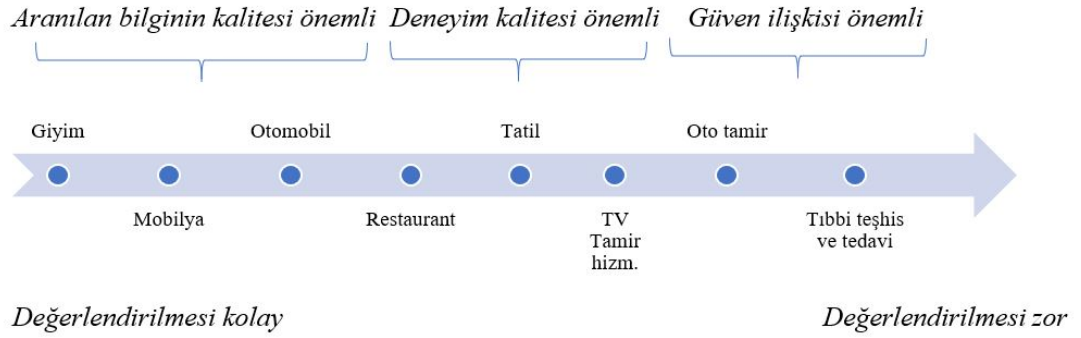
hizmetleri tanımlamak için iki yaklaşım önerilebilmektedir. (Lovelock, 1999) Söz konusu yaklaşımlar süreç yaklaşımı ve çıktı yaklaşımı olarak adlandırılmıştır.

- Süreç yaklaşımı: Hizmet, taraflardan birinin diğerine karşı bir performans sergilemesidir. Söz konusu süreç fiziksel mallara bağlı olsa da, performansın temelinde soyut ve herhangi bir sahiplik bulunmayan bileşenler yatmaktadır.
- Çıktı yaklaşımı: Hizmetler, arzulanan bir değişikliği meydana getirmek için, belirli yer ve zamanlarda müşterilere fayda sağlayan ve değer oluşturan faaliyetlerdir.

Diğer bir görüşe göre hizmetler ürünlerin farklı bir biçiminden oluşmakta olup, satışıyla birlikte sunulan aktiviteler, faydalar ve tatminlerden oluşan soyut ve sahiplenemeyen soyut mallardır (Kotler ve Armstrong, 2015).

Shostack (1982), hizmetleri tanımlarken, ne kadar somut ve soyut bileşen içerdiğini belirten mal-hizmet dengesi kavramını kullanmaktadır. Örneğin fast-food hem mal hem de hizmet açısından dengede yer alırken, eğitim ve sağlık hizmetin baskın olduğu bileşenlerden oluşmaktadır.

Mallar ve hizmetler arasındaki ayrım konusunda diğer bir yaklaşım bilgi arama, deneyim ve güven ilişkisini kriter olarak almıştır. Aranılan bilginin kalitesi, tüketicilerin satın alma öncesinde dikkat ettiği ölçütleri ifade derken, deneyimin kalitesi ise, satın alma sonrası veya esnasındaki deneyim algısını belirtmektedir. Üçüncü kriter ise tüketicilerin satın alma sonrasında bile değerlendirilmesi zor veya imkansız buldukları hizmetlerde güven ilişkisine göre karar verdiklerini ileri sürmektedir (Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2013). Şekil 1.1, mallar ve hizmetlerin değerlendirilmesinde tüketicilerin hangi kriterleri baz aldıklarını göstermektedir.



Şekil 1.1: Hizmetlerin Sınıflandırılması

Kaynak: ZEITHAML, V. A., M. J. BITNER, D. D. GREMLER., 2017, *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 7th edition, New-York, McGraw-Hill Education.

Yukarıdaki açıklamalar hizmet ve mal arasındaki ayrımın yapılabilmesi için bazı kriterlere ihtiyaç duyulduğuna işaret etmektedir. Zira hizmetlerin mallardan farklı özellikleri olduğu açıktır. Söz konusu özellikler literatürde şu şekilde belirtilmiştir (Mudie ve Pirrie, 2006):

1. Soyutluk
2. Dayanıksızlık
3. Heterojenlik
4. Eşzamanlılık
5. Sahipsizlik

Soyutluk

Hizmetler duyu organları aracılığıyla algılanamadığından kısmen gözle görülememekte, tadılamamakta veya koklanamamaktadır. Bu durum tüketicilerde belirsizliğe sebep olmakta ve risk algılamalarını artırmaktadır. Belirsizliği azaltmak içinse tüketiciler kalite yargısı için çeşitli sinyaller, değerlendirmektedir. Örnek olarak hizmetin sunulduğu ortam, çalışan, fiyat, araç-gereç gibi bileşenlere göre karar vermektedir (Kotler ve Armstrong, 2018).

Dayanıksızlık

Hizmetleri belirli bir envanterde saklamak mümkün olmadığından (McDonald ve Payne, 2006) üretildiği anda tüketilmedikleri takdirde sonrasında tüketilmeleri mümkün olmamaktadır. Örneğin bir doktorun randevusu boş kaldığı takdirde telafi imkanı bulunmamaktadır. Hizmetler depolanamadığından arz ve talep dengesinin planlanması önem teşkil etmektedir (İslamoğlu ve Aydın, 2016).

Heterojenlik

Hizmetlerin sunumunda personel ve müşteriler gibi insan faktörünün rol oynaması, girdi ve çıktıların kontrol altında tutmayı ve standardize etmeyi zorlaştırmaktadır. Fiziksel mallarda üretim, tasarım, verimlilik ve kalite gibi hususlar kontrollü bir şekilde sağlanabilirken hizmetlerde bu mümkün olmamaktadır. Bunun sonucunda hizmetlerin sunumunda hata ve ihmaller meydana gelebilmektedir (Lovelock, 1999).

Hizmetlerin her sunumda standart bir kaliteyi yakalaması mümkün olmadığından, heterojen yapıda oldukları ifade edilebilmektedir. Bu durumda müşterilere standart hale getirilmiş hizmet kalitesi sunmak önem arz etmektedir.

Eşzamanlılık

Hizmetlerin eşzamanlı olmaları, üretildiği anda tüketilmelerini beraberinde getirmektedir. Fiziksel mallar satın alındıkları yerden farklı bir konumda tüketilebilmektedir. Hizmetler ise satın alındığı anda tüketilmiş olmaktadır (Bruhn ve Georgi, 2006).

Hizmetlerin sunulması ve tüketilmesi aynı anda gerçekleştiğinden, alıcı ve satıcı arasında yüz yüze bir etkileşim ve ilişki söz konusu olmaktadır. Dolayısıyla hizmetlerde genellikle aracısız gerçekleşen doğrudan dağıtım kanalı tercih edilmektedir (Yüksel, 2017).

Sahipsizlik

Somut ürünlerde satın alma sonrası müşteriler mala sahip olabilmektedir. Fakat hizmetler sahiplik ancak sınırlı bir süre için mümkündür. Örneğin müşteriler belirli bir süre içerisinde otel imkanlarından veya uçak seyahatinden faydalanabilmektedirler.

Sahiplik süresi sona erdiğinde kullanılan araç-gereç ve fiziki imkanların aidiyeti yine hizmet sağlayıcılara rücu etmektedir (Ruskin-Brown, 2005).

Hizmetlerde sahiplik süresi kiralama veya üyelik adı altında belirlenmektedir. Bu sayede belirlenen süre içerisinde müşteriler hizmet sunulan imkanlardan ve donanımdan faydalanabilmektedir.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ve SINIFLANDIRILMASI

Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında yayınladığı "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge"nin 4. maddesine göre sağlık, "kişinin yalnızca hasta ya da sakat olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olmasıdır". Sağlık hizmetleri ise, "insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bunlardan korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir" (TTB, 2005).

TÜİK'in (2020a) verilerine göre Türkiye'de sağlık harcamaları, 2009 yılından bu yana yılda %10'luk bir oranla büyümekte olup 2015 yılında 105 milyar TL'ye, 2018'de ise 165 milyar TL'ye, 2019 yılında ise %21,7 artışla 201 milyar TL'ye ulaşmıştır. Sağlık harcamaları içerisinde özel sektörün payı %22 ile 37 milyar TL'dir. Türkiye'de 2018 yılında sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıladaki (GSYİH) payı %4,4, 2019'da ise %4,7 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başı sağlık harcaması 2017'de 1.751 TL iken 2018'de 2.030 TL'ye, 2019'da ise 2.434 TL'ye yükselmiştir.

Özel sağlık kuruluşları, toplam sağlık kuruluşlarının %29'unu temsil ederek sağlık sektörünün önemli bir parçasını teşkil etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Türkiye'de sağlık turizmi sektörü potansiyeli büyüme eğiliminde olup, 2019'da 662 bin ziyaretçiye sağlık hizmeti sunmuştur. Aynı yılda sağlık turizminden elde edilen gelir 1 milyar dolara ulaşmıştır (USHAŞ, 2021).

Yukarıdaki bilgilere dayanarak sağlık sektörünün toplam GSYİH'deki payının ve genel sağlık harcamalarının artmasının sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörüne nazaran önemine işaret ettiği ifade edilebilmektedir. Diğer yandan, sağlık

hizmetlerinin diğer hizmet alanlarından farklı olduğu aşıkardır. Bu nedenle sağlık sektörünün karakteristiklerini açıklamakta fayda bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı yönlerini Thomas (2010) şu şekilde sıralamıştır:

- Sağlık hizmetlerine olan talep seyrek ve öngörülememektedir.
- Pazarlama aktivitelerinin hedefinde yalnızca son kullanıcılar değil, toplumda olabilmektedir.
- Sağlık sektöründe pazara sunulan ürünler son derece karmaşıktır ve kolaylıkla sınıflandırılmamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin çıktılarını ölçümlemek diğer sektörlerle kıyasla zor olmaktadır.
- Sağlık kuruluşları ve bunların sundukları hizmetler arasındaki farklılıkları ayırt etmek güçtür.

Tengilimoğlu (2016) ile Altuğ ve Özhan (2017), yukarıdaki hususlara ilaveten şu farkları da vurgulamışlardır:

- Sağlık sektörü, diğer sektörlerle nazaran çok daha hızlı değişen ve gelişen hizmetlerden oluşmaktadır.
- Sağlık hizmetlerini gerçekleştirebilmek için geniş kapsamlı işbirliği gerekmektedir. Kamu, özel sektör, laboratuvar hizmetleri, poliklinik, vb. gibi farklı alanların bir arada hareket etmelerine ihtiyaç bulunmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde arz-talep dengesizliği bulunmaktadır. Sağlık arzı kısa sürede artırılmayabilir. Nüfus artışı, toplumun gelir ve refahının artması, yaşlı nüfusun artması gibi gelişmeler sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.
- Sağlık sektörünün pazara giriş engelleri diğer sektörlerle nazaran daha yüksektir. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu gibi kamu kurumlarının yasal düzenlemeleri ve diplomalı personellerin istihdam edilme zorunluluğu mevcuttur.
- Bilgi asimetrisi söz konusudur. Sağlık hizmeti sunucusu ve alıcısı arasındaki bilgi düzeyi farkı geniştir. Sağlık hizmetleri tüketicisi hangi hizmetleri alacağına karar vermede gerekli bilgiye sahip değildir.

Sağlık hizmetlerinin tüketici tarafından değerlendirilmesi zor olduğundan (Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2017) güvenin ön plana çıktığı, dolayısıyla tüketicilerin sağlık hizmetleri satın alma kararlarında hizmet sunucusu ve alıcısı arasındaki güven ilişkisinin önem rol oynadığı ifade edilebilmektedir.

Yukarıda sıralanan sağlık hizmetlerinin belirgin özellikleri, sağlık sektörünün önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Dolayısıyla söz konusu alanda gerçekleştirilecek çalışmalarda dikkat edilmesi gereken hususları da belirtmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden ayrılan karakteristiklerine yer verildikten sonra, nasıl sınıflandırıldığına da açıklanmasında fayda görülmüştür. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri, hastanın sağlık kurumu ile temas noktasına ve kurumun sunduğu hizmetlere göre sınıflandırılmaktadır. Her bir sınıf, ayrı bir basamağı temsil etmektedir. Aşağıda her bir sınıf ayrı ayrı ele alınacaktır.

Sağlık hizmetlerinde ilk başvuru noktasını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Ardından yeterli olmadığı durumlarda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurulmaktadır. Söz konusu basamaklarda yoğunluk yaşandığı durumlarda sağlık hizmeti sunumu aksayabilmektedir. Bu durumda etkin bir dağıtım sistemiyle birinci basamak sağlık hizmetleriyle diğer seviyelerin yükü hafifletilebilmektedir (Gümüş, 2017).

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık sisteminde birinci sınıfta yer almaktadır. Çevredeki sağlık koşullarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının iyileştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları kapsamaktadır (Altuğ ve Özhan, 2017).

Koruyucu sağlık hizmetleri, 1987 yılında ilan edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. maddesinde belirtildiği üzere Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmakta, uygulanmakta ve denetlenmektedir. Kanun kapsamında özel ve kamuya ait tüm sağlık kuruluşları koruyucu sağlık hizmetleri görevi vermekle yükümlüdür (Sağlık Bakanlığı, 1987).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal bozukluklarını iyileştirmeye yönelik gerçekleştirilen muayene, ameliyat gibi sağlık hizmetlerine yönelik faaliyetleri ifade etmektedir.

Tedavi edici hizmetleri ikiye ayrılmaktadır. Günü birlik anlamına gelen ayakta tedavi ve yatarak tedaviden oluşmaktadır (Arısoy, 2017):

- Ayakta tedavi: Hastaların yatarak tedavi gerektirmeyen hastalıklarda tanı ve tedavi edilmelerini içermektedir. Poliklinik, acil servisler, revir, muayenehane gibi kuruluşlar ayakta tedavi sunmaktadır.
- Yatarak tedavi: Hastaların hastane gibi sağlık kuruluşlarında yatış yapmalarını gerektiren hastalıkların mevcut olduğu durumlarda yatarak tedavi hizmeti sunulmaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri, hastaların ağır bir hastalık sonucunda eski yaşamına dönebilmeleri ve sağlığına tekrar kavuşabilmeleri için gerçekleştirilen sağlık hizmetleri türüdür. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır (Aycan, 2016).

- Tıbbi Rehabilitasyon: Hastaların fiziksel engelleri belirli tıbbi müdahalelerle iyileştirilme çabalarına tıbbi rehabilitasyon hizmetleri adı verilmektedir.
- Sosyal Rehabilitasyon: Doğuştan yahut bir kaza sonucunda fiziksel veya ruhsal yönden engelli olan bireylerin topluma kazandırılması ve eski yaşamlarına kavuşmalarını sağlamaya yönelik hizmetlere sosyal rehabilitasyon adı verilmektedir.

Sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler, sağlık sorunlarının önlenmesi, sağlıklı yaşamın teşvik edilmesi ve sağlığa erişimin hızlandırılması gibi konulara vurgu yapmaktadır. Bireylerin fiziksel, ruhsal, iş ve günlük yaşamlarını iyileştirmeyi, genel sağlık harcamalarının azaltılmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Daha sağlıklı bireyler, aileler, toplumlar ve kuruluşlar oluşturulması için önemli bir rol oynamaktadır (Fertman 2011).

Bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolleri arttıkça buna yönelik iyileştirici çabaları da artabilecektir. Bu nedenle sağlığı koruyucu çalışmalarla gerekli eğitim ve bilgilendirmenin yapılması gerekmektedir. Bu tür çabalar sonucunda nihai sorumluluğun bireye ait olacağı unutulmamalıdır (Akbaş, 2014).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ KARAR SÜRECİ

İkinci bölümde sağlık hizmetlerinde tüketici davranışını etkileyen temel faktörler ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ise sağlık hizmetlerinde tüketicilerin nasıl karar verdikleri aşamalar halinde ele alınacaktır. Bu nedenle öncelikle genel tüketici karar sürecini açıklama ihtiyacı duyulmuştur.

Tüketici davranışlarında en yaygın kabul gören model Engel-Kollat-Blackwell (EKB) modelidir. EKB Modeli, 1968’de oluşturulmuş, ardından 1973 ve 1978 yıllarında değişikliğe uğramıştır. Söz konusu model tüketici davranışını bir problem çözme eylemi olarak ele almış, tüketicinin problem çözmeye yönelik nasıl karar aldığına yönelik süreç oluşturmuştur (Koç, 2016).

Tüketicilerin satın alma karar süreci bir ürüne ihtiyaçları olduğunu fark etmekle başlamakta ve bu ihtiyacı gidermek için çeşitli aşamalardan geçerek eylemde bulunmakla sona ermektedir (Peter ve Donnelly 2016, 50). Tüketici karar süreci beş aşamadan oluşmaktadır (Solomon, v.d. 2006):

1. İhtiyacın farkına varılması / Problemin tanımlanması: Tüketici idealindeki veya gerçekte olduğu duruma ulaşmak istemek için ihtiyacını gidermeye yönelmektedir.
2. Bilgi arama: Tüketici ihtiyacını giderecek kaynakları araştırır ve alternatifleri belirler. Bu süreçte içsel ve dışsal kaynaklardan faydalanabilmektedir.
3. Alternatiflerin değerlendirilmesi: Tüketiciler belirledikleri alternatifleri bazı kriterlerden geçirerek karar aşamasına yönlendirir. Söz konusu kriterler fiyat, kalite, kullanılabilirlik vs. gibi subjektif kriterlerden oluşabilir.
4. Satın alma kararı ve tüketim: Tüketici karar verdiği ürünü satın alır ve söz konusu karar tüketim eylemine dönüşür.
5. Satın alma sonrası davranış: Tüketilen ürün sonrasında bireyler memnuniyet, memnuniyetsizlik, şikayet vb. tepkilerde bulunmaktadır.

Thomas (2010), sağlık hizmetlerindeki karar sürecinin birçok yönden diğer tüketici ürünlerindeki satın alma karar sürecine benzediğini belirtmiştir. Tengilimoğlu (2016) ise, tüketici karar sürecini sağlık hizmetlerine uyarlamış ve şu çıkarımlarda bulunmuştur:

1. Sağlık hizmeti alma ihtiyacının ortaya çıkması: Tüketicinin sağlık sorununun ortaya çıkması veya check-up hizmeti almasıyla karar süreci başlamaktadır.
2. Sağlık hizmeti hakkında bilgi aranması: Sağlık sorunlarını giderecek alternatifler belirlenmeye başlamaktadır. Bunun için kişisel ve çevresel bilgi kaynaklarına başvurulmaktadır.
3. Alternatiflerin değerlendirilmesi: Tüketiciler bu aşamada düşük maliyetle en etkin sağlık hizmeti sunabilecek güven duyulan sağlık kuruluşunu belirlemektedir. Söz konusu aşamada referans gruplarından da bilgi almaktadır.
4. Sağlık hizmet alma kararının verilmesi: Sağlık kuruluşuna başvurulmakta ve gerekli işlemler başlatılmaktadır.
5. Muayene, teşhis ve tedavi süreci: Sağlık hizmetlerinin tamamlanması için ihtiyaç duyulan prosedür ve işlemler yürütülmektedir.
6. Tedavi süreci sonrası davranış: Tüketicilerin memnuniyet veya memnuniyetsizliklerini çevrelerine aktarması, hasta güveninin oluşması, yeniden ziyaret etme gibi davranışlarını ifade etmektedir.

Yukarıda anlatılan tüketici karar süreci aşamaları üç başlıkta ele alınacak, sağlık hizmetlerine dair çıkarımlarla birlikte değerlendirilecektir.

1.3.1. Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacının Ortaya Çıkması

Tüketicilerin ihtiyaç duyduğu problemin tanımlanması, içerisinde bulunduğu gerçek durum ile olmak istediği durum şeklinde gerçekleşmektedir. Gerçek durum bazı ürünlerin tüketicilerin beklentilerini karşılamaması sonucunda oluşurken, istenilen durum ise yeni bir şeye duyulan istekten kaynaklanan ihtiyaçla ortaya çıkmaktadır (Okumuş, 2018). Tüketiciler söz konusu ihtiyaçların tetiklenmesiyle satın alma sürecini başlatmaktadırlar.

Tüketicilerin ihtiyaçları bazı uyaranlarla da ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu uyaranlar içsel ve dışsal olarak ikiye ayrılmaktadır. İçsel uyaranlar bireyin fizyolojik veya psikolojik ihtiyaçlarını temsil ederken, dışsal uyaranlar reklamlar, arkadaş tavsiyesi gibi unsurlar olabilmektedir (Kotler ve Armstrong, 2018).

Sağlık hizmetlerinde ihtiyacın ortaya çıkması genellikle fiziksel bir rahatsızlık durumunda kişinin kendi isteği ya da bir uzmanın yönlendirmesi ile gerçekleşmektedir (Kotler v.d., 2008). Tüketici bir sağlık kuruluşu ile temas kurarak satın alma karar sürecini başlatmış olmaktadır

1.3.2. Bilgi Toplama

Tüketicilerin büyük çoğunluğu ürünler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından fiyatı baz alarak ürün özellikleri hakkında bilgi sahibi olmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle tüketiciler ürünleri satın almadan önce ürünler hakkında bilgi toplama çabası içerisine girmektedirler (Sethna ve Blythe, 2016).

Tüketiciler edindikleri bilgileri çeşitli kaynaklardan toplamaktadırlar. Söz konusu kaynaklar ilgilenim düzeyine göre farklılaşmaktadır. Yüksek ilgilenim gerektiren ürünlerde yönlendirici, planlanmış ve rasyonel bilgiler farklı kaynaklardan toplanmaktadır. Ardından toplanılan bilgiler belirli kriterlere göre seçilmekte, organize edilmekte ve yorumlanmaktadır. Düşük ilgilenime sahip ürünlerde ise tüketiciler kısıtlı çaba ve mevcut bilgi düzeyleri doğrultusunda satın alma kararı vermektedirler (Khan, 2006).

Risk algılaması yüksek ürünlerde tüketiciler satın alma kararını alabilmek için ilave çaba harcamaktadırlar. Sağlık kuruluşu seçimi, doktor seçimi gibi kararlar buna örnek verilebilmektedir (Noel, 2009). Bu nedenle tüketiciler sağlık hizmetleri alımında bilgi toplama aşamasında diğer ürünlere kıyasla daha fazla zaman geçirebilmektedirler.

1.3.3. Alternatiflerin Değerlendirilmesi

Tüketiciler ihtiyaçlarını belirledikten ve ürünler hakkında bilgi topladıktan sonra belirli kriterlere göre alternatifler oluşturmaktadırlar. Söz konusu alternatifleri değerlendirerek bir ürün veya marka hakkında satın alma kararı vermektedirler.

Alternatiflerin değerlendirilmesi aşamasında, tüketicinin hakkında fikir sahibi olduğu ürün veya markalara dair bir çağrışım seti oluşmaktadır. Tüketiciler alternatifleri belirlerken zihinlerinde ürünlerin çağrıştırdığı markaları hatırlamaya çalışmaktadır. Hatırlanan markalar sonraki aşamada ilgi setine aktarılmaktadır. İlgi setinde, tüketicinin ürünle olumlu ilgi kurduğu markalar bulunmaktadır (Solomon, 2018).

Özellikle pazarlama iletişimi açısından tüketicilerin ilgi setinde bulunmak, satın alma kararına geçme aşamasında önem teşkil etmektedir.

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda tüketiciler alternatif tedavi yöntemlerini, sağlık kuruluşlarını ve doktorları değerlendirmeye tabi tutmaktadırlar. Bu noktada etkin pazarlama iletişimi stratejileriyle tüketicilerin zihninde güçlü bir konum edinen sağlık hizmeti sunucuları, karar alma sürecinde alternatifler arasından sıyrılarak rekabet avantajı elde edebileceklerdir (Fischer, 2014).

1.3.4. Sağlık Hizmeti Alma Kararının Verilmesi

Alternatifler değerlendirildikten sonra tüketiciler satın alma kararı vermektedir. Satın kararının verilmesi, mağazanın ziyaret edilmesi, işletmeye ulaşımın sağlanması ya da internet mağazasında ürünün sepete eklenmesi anlamına gelebilmektedir.

Satın alma kararı aşamasına gelen tüketicinin aynı zamanda olumlu satın alma niyetinin de biçimlendiği ifade edilebilmektedir. Fakat satın alma niyeti ile satın alma kararı arasındaki ayrıma dikkat edilmesi gerekmektedir. Zira tüketicinin satın alma niyetini davranışa yönlendiren etkenler kendisi, kendisi dışındaki çevresi ve durumsal unsurlardan oluşmaktadır (Okumuş, 2018).

Tüketiciler alternatif olarak belirledikleri ürünlere dair satın alma kararı verirken belirli kriterleri baz almaktadırlar. Söz konusu kriterler ürünlerin teknik özellikleri oldukları gibi, soyut özellikleri de olabilmektedir. Ürün özellikleri dışında karar vermede kestirme yollar, menşei ülke, marka kredibilitesi (Akturan ve Bozbay, 2016), etnosentrizm (Akın ve diğerleri, 2017) gibi faktörler de satın alma kararının verilmesinde etkili olmaktadır (Schiffman, 2012).

Satın alma aşamasında marka ismi, garanti hizmeti, mağaza türü gibi bileşenler birer sinyal işlevi görmektedir. Bazı durumlarda da ürünlerin fiyatları, kaliteleri hakkında bilgi verebilmektedir. Tüketiciler bu tür unsurlardan yararlanarak satın alma kararını verebilmektedir (Sethna ve Blythe, 2016).

Yukarıdaki açıklamalar sağlık hizmetlerinde satın alma kararının verilmesinde çevresel unsurlar, sağlık hizmetinin faydaları, kurumsal itibar ve kültürel özellikler gibi bileşenlerin etkili olabileceğine işaret etmektedir.

1.3.5. Muayene, Teşhis ve Tedavi Süreci

Sağlık hizmetlerinde satın alma kararının verilmesinden sonra muayene ve teşhis süreci başlatılmaktadır. Söz konusu süreçlerin tamamlanmasından sonra gerekli tedaviler uygulanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde muayene, teşhis ve tedavi süreçleri Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği ve ilan ettiği yönetmeliklere göre yürütülmektedir. “Ayakta Teşhis Ve Tedavi Hizmeti Sunan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” ve “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” gibi yönetmelikler buna örnek gösterilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerine özgü olan bu aşamada hastanın sağlık sigortasının kapsayıcılığı değerlendirilmeye alınmaktadır. Sigorta kapsamı dışında kalan hizmetlerde hastanın onayı alınabilmektedir. Aynı sağlık kuruluşunda farklı doktor olması nedeniyle tedavi için doktor seçimi de gerçekleşmektedir (Thomas, 2010).

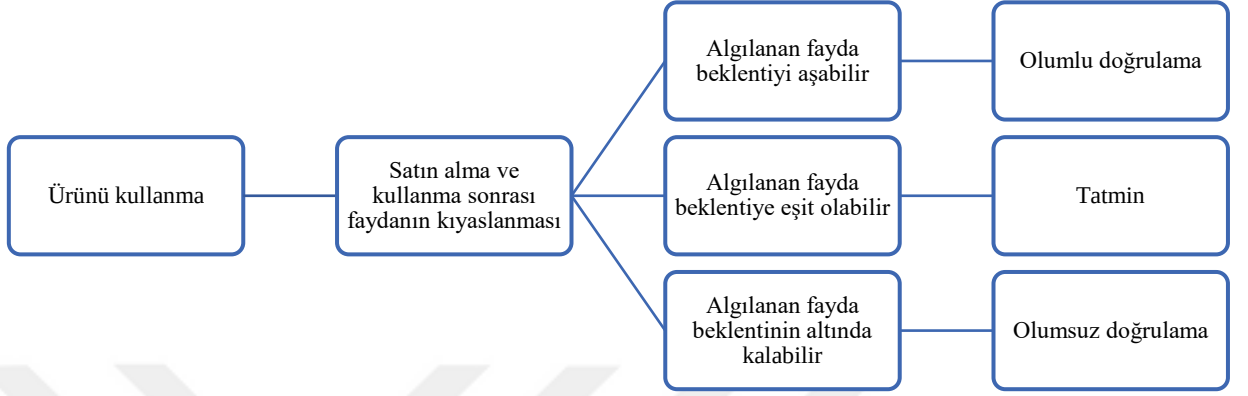
Muayene, teşhis ve tedavi sürecinin tamamlanmasında veya söz konusu aşamadan vazgeçilmesinde algılanan risk ve bununla bağlantılı olarak özgüven etkili olmaktadır. Hayati risk taşıyan operasyonlarda risk algılaması yükseldiğinde, hasta bu riski üstlenebilecek özgüvene sahip olmadığı takdirde satın alma süreci tamamlanmadan son bulabilecektir. Risk algılaması düşük olduğunda ise tedavi süreci devam edecektir (Kotler, Shalowitz ve Stevens, 2008).

1.3.6. Tedavi Sonrası Davranışlar

Satın alma sonrası değerlendirmeler, tüketicilerin tatmin olup olmamaları, ürünle ilgili eksiklikler, kullanılmış ürünlerin elden çıkarılması gibi konuları kapsamaktadır. Tüketiciler her satın alma sürecinden sonra muhtemel yeni satın almalar için yeni bir şeyler öğrenmekte ve mevcut öğrendikleri bilgileri de pekiştirmiş olmaktadır (Koç, 2016).

Tüketiciler ürün kullanımı sonrasında beklentilerini ve algıladıkları faydayı kıyaslamaktadır. Beklentileri algılarını aştığı takdirde ihtiyaçları karşılanmış olmaktadır. Günümüzde pazarlama perspektifinden işletme amaçlarına ulaşmayı sağlayacak en önemli faktörlerden biri tatmin olmuş müşterilerdir. Çünkü tatmin olan müşterilerin yeniden satın alma ihtimali ve işletmeyi tavsiye eğilimleri yüksek

olmaktadır (Sethna ve Blythe, 2016). Satın alma sonrası değerlendirmelerin nasıl gerçekleştiği ise Şekil 1.2’de gösterilmiştir.



Şekil 1.2: Satın alma sonrası değerlendirme

Kaynak: SETHNA, Z., BLYTHE, J. 2016, *Consumer Behavior*, 3rd Edition, Sage Publications Ltd.

Şekil 1.2’den hareketle sağlık hizmetlerinde müşteri tatmininin odak noktasını hasta oluşturduğundan hasta tatmini odak noktayı oluşturmaktadır. Hasta tatmini aynı zamanda sağlık kuruluşlarının temel çıktısını da teşkil etmektedir. Hastalar sağlık kurumlarından bilimsel, yönetsel ve davranışsal beklentilere sahip bulunmaktadır. Söz konusu beklentiler demografik, psikografik ve kültürel özelliklere göre farklılaşabilmektedir. Hastalar sağlık hizmet alımı sonrasında bazı algılamalarda bulunmaktadır. Algılamalar beklentiyi karşıladığında veya aştığında hasta tatmini gerçekleşmektedir (Altuğ ve Özhan, 2017).

Müşteri tatmininin makroekonomik faydaları olduğu kadar mikro bazda işletmelere de bazı kazançlar sağlamaktadır. Müşteri tatmini ve davranışsal niyet arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Müşteri tatmini arttıkça müşterilerin işletmeyi yeniden ziyaret ve satın alma eğilimi artmakta, bu da işletmeye karlılık olarak geri dönmektedir (Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2017).

Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemekte olup, sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetten memnun olan hastalar yeniden ziyaret ve satın alma niyeti göstermektedir (Woodside v.d., 1989; Choi v.d., 2004; Varinli ve Çakır, 2004).

Pazarlamada güncel yaklaşımlardan biri olan ilişkisel pazarlama sağlık alanında da kullanılabilmektedir. Müşteri ile yakın temasa geçilerek uzun dönemli ilişki kurma süreci olarak tanımlanan ilişkisel pazarlamanın temelinde müşterinin güvenini kazanmak yatmaktadır (Thomas, 2010). Hasta güveni sağlık kuruluşu ile hasta arasında gerçekleşebileceği gibi hasta ile doktor arasında da oluşabilmektedir (Dölarslan ve Özer, 2014).



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ DAVRANIŞININ BELİRLEYİCİLERİ

Bir önceki bölümde hizmetlerin genel yapısı, sağlık hizmetlerinin karakteristikleri ve sağlık hizmetlerinde tüketici karar süreci anlatılmıştır. Bu bölümde ise çalışmanın ana konusunu oluşturan sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları ele alınacaktır. Bu kapsamda öncelikle sağlık hizmetlerinde tüketici kavramı açıklanacak, ardından müşteri tatmini sağlık sektörü ekseninde incelenecektir. Ardından sağlık hizmetlerinde tüketici davranışını belirleyen kişisel, etkileşim ve işletme kaynaklı faktörler alt başlıklar halinde izah edilecektir.

2.1 SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ, MÜŞTERİ VE HASTA KAVRAMLARI

Sağlık hizmetlerinin tüketicisinin kim olduğu, müşterinin kim olarak tanımlandığı ve hasta kavramıyla kastedilen bireyin özelliklerinin açıklanmasında fayda görülmektedir. Öncelikle pazarlama perspektifinden tanımlama yapılacaktır, ardından sağlık hizmetleri açısından ele alınacaktır.

Pazarlama literatüründe tüketici kavramı, istek ve ihtiyaçlarını karşılamak için satın alma sürecinde ürünleri satın alan, kullanan ve elden çıkaran kişiler veya kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır. Ürünü satın alan ve kullananların her zaman aynı bireyler olmayabilmektedir (Solomon, 2018). Bu nedenle işletmeler, ürünlerin edinme ve tüketim sürecine dahil olan farklı bireyleri göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Noel, 2009).

Sağlık hizmetlerinde tüketici tanımı yapılırken bireylerin sağlık hizmet alıp almadıkları kriter olarak alındığı gibi, herhangi bir hastalık riski taşımaları nedeniyle her bireyin potansiyel sağlık tüketicisi olarak kabul edilebileceği de belirtilmiştir (Tengilimoğlu, 2016).

Thomas (2010) ise, sağlık hizmetleri tüketicilerinin diğer tüketicilerden farklı olduğu belirten bazı ölçütleri şöyle sıralamıştır:

- Sağlık hizmetleri satın alma davranışları genellikle isteğe bağlı değildir, eyleme geçilmediği takdirde ciddi sonuçlar doğurabilmektedir.
- Sağlık sunucuları, hastalar için neyin iyi olacağına karar vermektedirler. Dolayısıyla diğer tüketici ürünlerinde satıcıya tabi olmak gerekemeyebilir.
- Sağlık hizmetlerinde tüketiciler fiyat hakkında net bilgi sahibi olmayabilmektedir. Bu durum tükettikleri ürünleri finansal olarak karşılamada zorlanabilecekleri anlamına gelmektedir.

Müşteri kavramında bir dönüşüm olgusu ortaya çıkmaktadır. Tüketici belirli bir işletmenin ürünü satın aldığı takdirde o işletmenin müşterisine dönüşmektedir. Diğer bir ifade ile, tüketici ürünlerle ilişki kuran, değerlendiren, edinen, kullanan veya elden çıkaran bireyler iken, müşteriler, ürünleri belirli bir organizasyondan satın alma eylemini gerçekleştiren kişilerdir (Khan, 2006).

Sağlık hizmetlerinde ise müşterileri yalnızca hastalarla sınırlandırmak yetersiz kalmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin üretim sürecinde rol alan tüm bireyler ve kurumlar artık müşteri olarak kabul görmektedir. Sağlık sektöründe müşteriler iki grupta incelenmektedir (Altuğ ve Özhan, 2017):

- Dış müşteriler: Sağlık kuruluşlarının çıktılarından faydalanan kişi ve kuruluşlardır. Hastalar, hasta yakınları, refakatçiler, devlet, anlaşmalı kurumlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, ilaç firmaları buna örnek verilebilmektedir.
- İç müşteriler: Sağlık kuruluşunda çalışmakta olan ve kurumla ilişkisi olan bireyler ve gruplardır. Örneğin: Doktorlar, hemşireler, diğer sağlık personelleri, pay sahipleri, danışmanlar.

2.2. MÜŞTERİ (HASTA) TATMİNİ

“Müşteri memnuniyeti” ve “müşteri tatmini” birbirlerinin yerine kullanılabilen kavramlardır. Bazı yazarlar “memnuniyet” kelimesini tercih ederken, bazıları ise “tatmin” kavramını kullanmışlardır (Erdem v.d., 2008). Söz konusu çalışmada anlam bütünlüğünün sağlanması adına “müşteri tatmini” ve “hasta tatmini” gibi tanımlamalar benimsenecektir.

Müşteri tatmini, işletme gelirlerinin kaynağının büyük oranda müşterilere bağlı olduğu görüşü ile ortaya çıkmış bir kavramdır (Tam, 2004). Bu doğrultuda işletmeye ait müşterilerin nasıl memnun edilebileceği ve bunun sonucunda ne gibi kazançlar elde edileceği önem kazanmaktadır.

Tatmin, ürünlerin algılanan performansının alıcının beklentileri ile uyumlu olmasını ifade etmektedir. Çoğu araştırma, tatmin düzeyi yüksek müşterilerin aynı oranda sadakat gösterdiğini ve bunun da işletme performansına olumlu yönde katkıda bulunduğunu göstermiştir. Fakat işletmelerin müşteri tatminini sağlarken karlılığı ve maliyetlerini hassas bir denge içerisinde yönetmeleri gerekmektedir (Kotler ve Armstrong, 2018).

Luo, Homburg ve Wieseke’nin (2010) yürüttükleri çalışmaya göre müşteri tatmini, yalnızca işletmelerin pazardaki performansı ile değil, aynı zamanda finansman maliyetleriyle de ilişkili olmaktadır. Örneğin müşteri tatmini arttıkça kredi maliyetleri azalmakta ve kredi puanları artmaktadır. Müşteri tatmini, işletmelerin karşılaşabileceği nakit akış ve fonlama maliyetlerinin artma riskini azaltmaktadır. Saeidi ve diğerlerinin (2015) çalışmalarında da müşteri tatmini işletme itibarını ve şirket performansını olumlu yönde etkilemiştir.

Czeplle ve Rosenberg (1977), pazarlamada tüketici tatmini kavramı üzerine şu üç genellenmenin yapılabileceğini öne sürmüştür:

- Tatmin, tutumların karmaşık bir şekilde değerlendirilmesidir.
- Tatmin düzeyi, satın alma ve tüketim sürecinin her yönü dikkate alınarak belirlenmektedir.
- Tatmin ölçülebilen bir olgudur.

Söz konusu genellemelerden sonra tatmini etkileyen tutum, algı, psikografik segmentler gibi diğer değişkenlerle muhtemel ilişkilerin de incelenmesinin katkı sağlayabileceğini belirtmişlerdir.

Oliver (1993), tatmini tüketicilerin belirli bir hedefe ulaşma arzusunu gerçekleştirmeye verdiği tepki olarak tanımlamıştır. Tatmin olmanın anlık bir doyuma ulaşma eylemi olduğu gibi, aynı zamanda bir süreç olarak da tanımlanabileceğini belirtmiştir. Sonrasında ise söz konusu kavramı genişletmiş, tatmin olma yargısının duygulardan ve bilişsel uyumsuzluktan etkilendiğini öne sürmüştür. Nihayetinde ise tatminin işletme lehine tutum değişikliği ve satın alma niyetini etkilediğini ifade etmiştir (Oliver, 1980).

Günümüzde özellikle hizmet işletmeleri için müşteri tatmini, piyasadaki varlığı sürdürebilmek için temel şartlardan biri haline gelmiştir. Müşterilerin hizmet işletmelerinden niçin satın aldıklarını anlamak işletmelerin görevleri arasında yer almaktadır. Çünkü müşteriler alışveriş yaptıkları işletmelerden yüksek düzeyde tatmin olmayı beklemektedirler (Nakip ve Özçifçi, 2015).

Sağlık kuruluşlarının çoğu artık müşteri ilişkileri yönetimi çerçevesinde hasta tatminini bir performans göstergesi olarak kabul etmektedir. Bu doğrultuda hasta hacmini, geliri ve karlılığı artırmak amacıyla hasta tatminini gerçekleştirmek için çalışmalar yürütmektedir (Thomas, 2010).

Hasta tatmini, hastaya ilişkin kişisel özellikler, hizmet sunuculara ilişkin özellikler ve hizmeti sunan sağlık kuruluşuna yönelik özellikler olmak üzere üç temel faktörden etkilenmektedir (Özer ve Çakıl, 2007). Söz konusu faktörler yöneticilere de gerekli hizmet ve kalite politikalarını iyileştirmeleri için yol göstermektedir (Altuğ ve Özhan, 2017).

Hasta tatminini etkileyen faktörler aşağıda sırasıyla ele alınacaktır.

2.2.1. Hasta Tatminini Etkileyen Kişisel Faktörler

Sağlık kuruluşlarının hastalarla gerçekleşen ilişkilerinde tatmin düzeylerini yükseltebilmeleri için hastaların kişisel özelliklerini çıkarmaları gerekmektedir. Söz konusu özelliklerin ortaya çıkarılmasıyla hastaların beklenti, istek ve ihtiyaçları karşılanabilecek, böylelikle hasta tatmini de sağlanmış olacaktır (Tengilimoğlu, 2016).

Hasta tatminini etkileyen kişisel özellikler aşağıda detaylı olarak ele alınacaktır.

2.2.1.2. Demografik Özellikler

Hastaların bazı kişisel özellikleri, aldıkları sağlık hizmetlerinden duydukları genel tatmin düzeyini etkilemektedir. Söz konusu kişisel özelliklere yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, medeni durum, önceki ziyaretleri, hastanede kalma süresi, sağlık durumu, vb. örnek verilebilmektedir. Literatürdeki çalışmaların önemli kısmında hastaya ilişkin özellikler ile hasta tatmini arasında güçlü ve tutarlı ilişkiler saptanmasına rağmen, aksi yönde bulgulara da ulaşılmıştır (Batbaatar v.d., 2017).

Derin ve Demirel'in (2011) çalışmasında sağlık kuruluşunun kurum ününü kadınlar erkeklere göre, yaşlılar gençlere göre, yalnızca SGK'sı olanlar diğerlerine göre, emekliler ise diğer meslek gruplarına göre daha yüksek düzeyde algılamışlardır. Ayrıca hasta güveni ve sadakat eğiliminin yaşa göre farklılık gösterdiğini saptamışlardır. Bu nedenle hastaların kişisel özelliklerinden kaynaklanan farklılıkların hasta tatminini de etkileyebileceği öngörülmektedir.

Tengilimoğlu, Dursun-Kılıç ve Güleç'in (2012) çalışmasında hastaların demografik özellikleri sağlık kuruluşu tercihini ve sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarını etkilemiştir. Özellikle hastaların cinsiyet farklılıklarının sağlık hizmetlerinden duyulan tatmini etkileyebileceğini belirtmişlerdir.

Simonds ve diğerlerinin (2013), ABD'de 50 yaş ve üzeri Amerikan yerlilerine yönelik yürüttükleri çalışmada, kültürel kimliğin sağlık hizmeti sunucusu ve hasta arasındaki güveni etkilediği saptanmıştır. Bu durum hasta deneyimini de etkilemiştir.

Öz ve Uyar (2014), hastaların kişisel özelliklerinin hizmet kalitesi beklenti ve algılamaları üzerindeki etkisini araştırmış ve hasta tatminine muhtemel etkilerini incelemiştir. Çalışma sonucunda kadınların beklentilerinin erkeklere göre daha yüksek

olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum aynı kalitede hizmet sunulmasına rağmen kadınların tatmin düzeyinin erkeklerden düşük olabileceği anlamına gelmektedir.

Karaçor ve Arkan (2014), hastaların sağlık kuruluşlarının pazarlama karmalarına atfettikleri önemi araştırmış, bu durumun kişisel özelliklere göre farklılaştığını ortaya çıkarmıştır. Gençler yaşlılara göre fiziksel ortama daha çok önem verirken, emekli ve çalışmayan kesim fiyata önem vermektedir. Erkekler kadınlara göre hizmet sunum sürecine daha önem vermişlerdir. Pazarlama karmasına yönelik beklentiler sağlık hizmeti alımı sonrası tatmini etkileyebileceğinden, kişisel özelliklerin rolü bu etkiyi farklılaştırabilecektir.

Qin ve diğerlerinin (2017) çalışmasında acil hizmetlerin kalitesinin tatmine etkisi incelenmiş ve hastaların kişisel özelliklerine göre bu etkinin farklılaştığı saptanmıştır. Erkeklerin sağlık hizmetlerinden duydukları tatmini etkileyen faktörler ile kadınlarınki arasında farklılık bulunduğu ortaya çıkarılmıştır.

2.2.1.2. Hastalık Türü

Gökkaya ve Erdem (2017), bireylerin hastalık algıları ile sağlık hizmetlerinde tüketim davranışları arasında yakın bir ilişki olabileceğini belirtmiştir. Sağlık hizmetleri kullanımlarını hastalık algılarına göre değerlendirdiklerini ileri sürmüştür. Bu doğrultuda yürüttükleri çalışma sonucunda bireylerin hastalık şiddeti algıları ile sağlık hizmetleri beklenti ve önem dereceleri arasında ilişki saptamıştır. Örneğin ağır şiddetli hastalıklarda ulaşım faktörünün önem derecesi azalırken, üniversite hastanesi tercih etme eğilimi de artmaktadır.

Bireylerin hastalık türlerinin hafif, orta veya ağır olmaları sağlık kuruluşlarının sundukları hizmetlere dair beklentilerini belirleyebilecek, bu durum da hasta tatminini dolaylı yoldan etkileyebilecektir.

2.2.2. Hasta Tatminini Etkileyen Etkileşim Kaynaklı Faktörler

2.2.2.1. Hizmet Kalitesi

Bir hizmet işletmesi, rakiplerinden daha yüksek kaliteli hizmet sunarak onlardan farklılaşabilmektedir. Günümüzde hizmet sektöründeki çoğu organizasyonun müşteri odaklı kalite faaliyetleri yürütmesinin sebebi hizmet kalitesini yükseltmeyi amaçlamalarıdır. Fakat hizmet kalitesi hakkında bir yargıya varmak ürünlere nazaran daha zor olmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2018). Dolayısıyla hizmet kalitesinin nasıl belirlenebileceğini açıklığa kavuşturmak gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının uygulanmasına Donabedian (1996) öncülük etmiştir. Donabedian (1996), sağlık hizmetlerinde kalitenin nasıl tanımlanabileceği, nasıl ve hangi metotlarla değerlendirilebileceğine dair gelecek çalışmalara dair önerilerde bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmetin değerlendirilmesinde doktor ve hasta arasında gerçekleşen etkileşime dikkat çekmiştir. Kotler ve Armstrong (2018) gibi kalite kavramının tanımının yapılmasının güç olacağını ayrıca belirtmiştir.

Crosby (1984) kaliteyi ihtiyaçlara uygunluk olarak tanımlamıştır. Bir ürünün kaliteli olup olmadığına dair yargıya varılırken, ihtiyaç ve beklentilere ne derece uyum sağladığının temel alınması gerektiğini öne sürmüştür. Deming (1986) ise, kalitenin günümüz ve gelecekteki müşteri beklentilerini hedeflemesine dikkat çekmiştir. Ishikawa (1985), kalite kavramını genişletmiş, ekonomik, kullanışlı, tüketici ihtiyaçlarını karşılayan ürünler geliştirmek, tasarlamak, üretmek, kontrol etmek ve satış sonrasında da destek vermek olarak tanımlamıştır.

Uluslararası Standardizasyon Kuruluşu (ISO, 2021) kalite yönetimini bir organizasyonun, faaliyetleri doğrultusunda müşteri ve paydaşlarının beklentilerini ne ölçüde karşıladığına yönelik kalite yönetim sistemi olarak tanımlamıştır. İşletmelerde kalite yönetimi geçmişten günümüze çeşitli aşamalardan geçerek oluşmuştur. 1900’lü yılların başlarında üretilen ürünlerin gelişigüzel denetlenmesi kalite yönetimi anlamına gelirken, 1930’lu yıllarda önceden belirlenmiş ölçütlere göre üretim yapmaya, 1950’lerde tüm departmanların ortak çabaları ile hatasız üretim yapma hedefini gerçekleştirmeye, 1980’li yıllardan günümüze ise müşteri ihtiyaçlarına uygun ve aynı zamanda hızlı üretim yapmaya işaret etmiştir (Tengilimoğlu, 2016).

Kaliteye ilişkin yukarıdaki tanımlamalarda özellikle “beklenti” ve “ihtiyaç” kavramları üzerinde durulduğu görülmektedir. Pazarlama perspektifinden ele alındığında ise, kalite değerlendirmesi yapılırken müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının ne düzeyde karşılandığı kıstas alınabilmektedir. Bu doğrultuda hizmet kalitesinin de tanımının yapılmasına gerek duyulmaktadır.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) hizmet kalitesine ilişkin çeşitli görüşlerden yararlandıktan sonra şu üç çıkarımda bulunmuşlardır:

- Hizmet kalitesini değerlendirmek, fiziksel malların kalitesini değerlendirmekten daha zordur.
- Hizmet kalitesi, tüketici beklentilerini ile gerçekleşen hizmet performansı mukayese edilerek ortaya çıkmaktadır.
- Kaliteye ilişkin değerlendirmeler yalnızca hizmetin çıktısına dayanmamakta, hizmet alma sürecine ilişkin görüşler de buna dahil edilmektedir.

Müşteriler bir hizmet satın aldıktan sonra bazı algılamalarda bulunmaktadır. Söz konusu algılamaları beklentileriyle kıyaslamakta, beklentileri algılamaları aştığı takdirde hizmeti kaliteli olarak değerlendirmektedirler. Dolayısıyla hizmet kalitesinin algılanan hizmet ve beklenen hizmet olmak üzere iki temel üzerine kurulduğu ifade edilebilmektedir (Grönroos, 1984).

Hizmet kalitesinin müşteri beklentilerini karşılamak olduğu göz önünde bulundurulduğunda, kaliteli hizmet sunulduğunda müşteri tatmininin de sağlanacağı ifade edilebilmektedir. Bu durumda müşteri tatmini ve hizmet kalitesi ilişkisini açıklamada fayda görülmektedir.

Oliver ve Rust (1994), tatmin ve hizmet kalitesi kavramlarının birbirine benzerliğine dikkat çekmiş ve aralarındaki farkları şu şekilde belirtmişlerdir:

- Kaliteye ilişkin yapılan değerlendirmelerde az sayıda faktör belirleyici olmasına rağmen, tatmin, kaliteye bağlı olsun ya da olmasın birçok faktör tarafından etkilenebilmektedir.

- Kaliteye dair beklentilerin temelinde üst düzey ideallere ulaşma algısı bulunmasına rağmen, tatminin oluşmasında ihtiyaç, motivasyon, vb. gibi farklı olgular etkili olabilmektedir.
- Kalite ile ilgili değerlendirme yapılabilmesi için hizmet deneyimi şart değilken, tatmin yargısına varabilmek için deneyim yaşanması gerekmektedir.
- Tatminin öncüllerinin, kalite algılamalarından daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Hizmet kalitesi ve müşteri tatmininin farklı kavramlar olması, aralarında nasıl bir ilişkinin bulunduğu açıklanmasını gerektirmektedir. Cronin ve Taylor (1992), hizmet kalitesinin müşteri tatmininin bir öncülü olduğunu ortaya koymuştur. Kandampully (1998) ise hizmet kalitesinin müşteri sadakatini de beraberinde getireceğini ileri sürmüştür. Boulding ve diğerlerinin (1993) çalışması da bunu desteklemiştir.

Hizmet kalitesinin çıktıları ve ilişkili halinde olduğu değişkenleri açıklamadan önce hizmet kalitesine dair kavramsal çerçeve oluşturan modeller anlatılacaktır. Söz konusu modellerde hizmet kalitesinin nasıl tanımlandığı, nasıl ölçülebileceği ve değerlendirilebileceği gibi hususlara yer verilecektir.

2.2.2.1.1. Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli

Grönroos (1984) hizmet kalitesi modelinde müşterilerin pazarda tam olarak ne aradıklarına, neye ihtiyaç duyduklarına ve hizmet işletmeleri ile olan ilişkilerini nasıl değerlendirdiklerine odaklanılması gerektiğini vurgulamıştır. Bununla birlikte hizmet kalitesinin müşteri nezdinde nasıl algılandığını ve hizmet kalitesi bileşenleri öğrenmenin daha iyi modeller geliştirmede faydalı olacağını belirtmiştir.

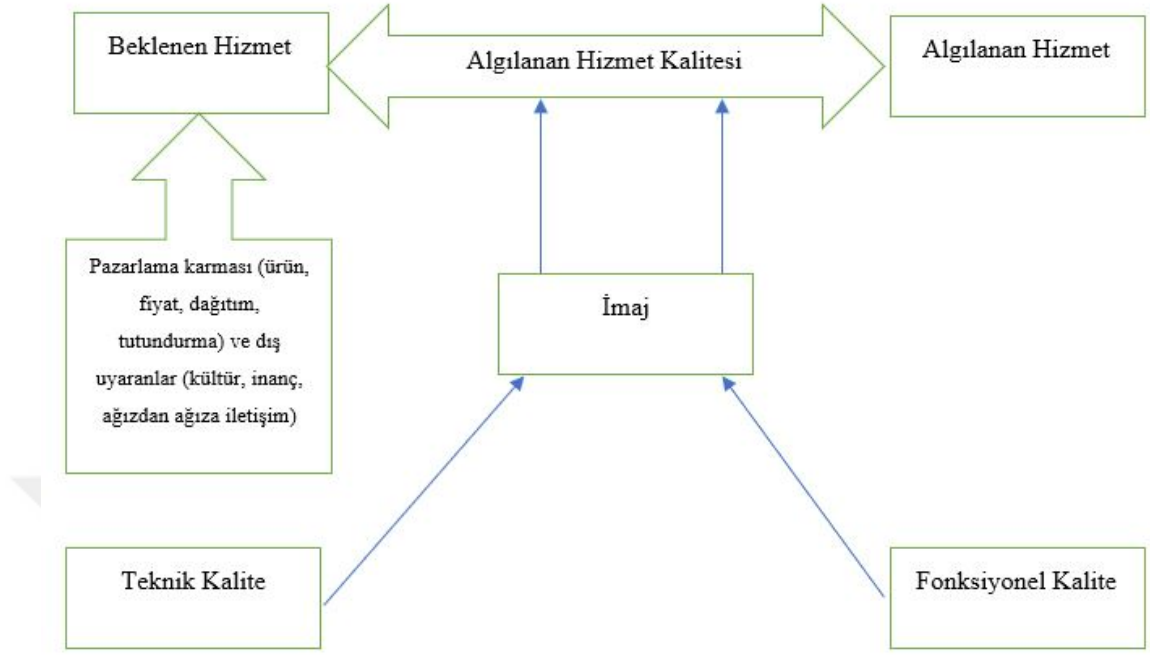
Grönroos'un (1984) hizmet modelinde beklenen hizmet, algılanan hizmet ve imaj kavramları öne çıkmaktadır. İmaj, müşterilerin zihninde işletmenin pazarlama karması çabaları sonucu oluşan soyut izlerdir. İşletmeler müşteri gözünde olumlu imaja sahip olduğunda teknik ve fonksiyonel kaliteleri hakkında ipuçları sunacaktır. Diğer bir ifade ile teknik ve fonksiyonel kalite, imajı etkilemektedir.

Teknik kalite, hizmet sunulma sürecinde müşteri ve hizmet işletmesi etkileşimi sonucunda müşterinin tam olarak ne elde ettiğini ifade etmektedir. Aynı zamanda hizmetin çıktısının ne olduğuna işaret etmektedir. Fonksiyonel kalite, müşterinin hizmet sunulma sürecinde işletme ile nasıl etkileşime girdiği ve hizmeti nasıl değerlendirdiği anlamına gelmektedir (Gürbüz ve Ergülen, 2011).

Teknik kalite hizmetin sonucu ile ilgili olduğundan objektif olarak tanımlanabilmektedir. Kuaför hizmeti alımı sonucunda saçın kesildikten sonraki görünümü, tamir hizmeti sonrası aracın probleminin giderildiğinin gözlemlenmesi buna örnek verilebilmektedir. Hizmetin üretim ve tüketim süreci boyunca müşterinin nasıl bir deneyim yaşadığı, hizmet sunucusu ve alıcısı arasında nasıl bir etkileşim gerçekleştiği ise fonksiyonel kalite kapsamında incelenmektedir. Sübjektif bir değerlendirme olan fonksiyonel kaliteye banka personelinin müşteriye karşı tutumu, restoranttaki garsonların dış görünüşleri ve davranışları örnek verilebilmektedir (Öztürk, 2016).

Söz konusu hizmet kalitesi modelindeki diğer bir bileşen olan imaj, teknik ve fonksiyonel kalite ile yakından ilişkilidir. Hizmetler satın alındıktan sonra algılanan hizmet beklentiyi karşılayamadığı takdirde algılanan hizmet düşecektir. Bu durumda müşteri işletme hakkında olumlu imaja sahip olduğu takdirde tolerans gösterecek ve algılanan hizmet düzeyi düşmek yerine aynı düzeyde kalabilecektir. Aksi durumda ise beklentiyi karşılamasına rağmen olumsuz bir imaj algılanan kaliteyi düşürebilecektir (Kang ve James, 2004).

Grönroos'un (1984) hizmet kalitesi modeli Şekil 2.1'de belirtilmiştir.



Şekil 2.1: Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Grönroos, 1984, "A Service Quality Model and its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44.

Şekil 2.1’de gösterildiği üzere hizmet kalitesi modeli müşteri beklenti ve algılamaları üzerine oluşturulmuştur. Hizmetin teknik ve fonksiyonel kalitesine yönelik algılamalar, imaj aracılığıyla algılanan hizmet kalitesini etkilemektedir. İmaj diğer bir ifade ile kalite değerlendirmesinde filtre işlevi görmektedir. Dikkat edilmesi gereken diğer bir husus da, müşterilerin hizmete dair beklentileri, pazarlama karması gibi iç çevre faktörleri ve kültür, ağızdan ağıza iletişim gibi dış çevre faktörlerinden etkilenmektedir.

Yukarıda açıklanan hizmet kalitesi modeline yönelik literatürde bazı eleştiriler mevcuttur. Asubonteng, McCleary ve Swan (1996), hizmetlerde tam olarak neyin elde edildiğini belirlemenin zorluğuna dikkat çekmiştir. Örneğin sağlık hizmetlerinde hizmet sunucusunun yetkinliğinin, tedavi sonuçlarının ve tahlil bulgularının hasta tarafından değerlendirilmesi güçtür. Müşteriler hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı için güvenilirlik, nezaket gibi başka unsurları değerlendirerek kalite hakkında bir yargıya varmaya çabalayacaklardır.

Mangold ve Babakus (1991) da sağlık hizmetleri 6rneğinden yola çıkararak teknik kalitenin hizmet kalitesini değerlendirmede oynadığı rol6 sorgulamıştır. Teknik kalitenin sağlık alanında teşhis ve tedavinin isabetli bir şekilde gerçekleşmesini ifade ettiği için, hizmet m6şterisi konumundaki hastaların teknik kaliteyi değerlendirmelerinin uygun olmadığı ortaya çıkmaktadır.

Tomes ve Peng-Ng (1995) hastaların hastane ve sağlık personellerinin teknik kabiliyetlerini muhakeme edemeyeceğine dikkat çekmiştir. Dolayısıyla hastaların ancak tıbbi hizmetin kendisine nasıl ve hangi biçimde sunulduğu hakkında bir yargıya varabileceklerini belirtmiştir. Polşa ve diğerleri (2013) de bunu desteklemiştir.

Sağlık hizmetleri perspektifinde hizmet kalitesi modelinin teknik kalite boyutunun hastalar tarafından değerlendirilmesinin zor olduğu yukarıda açıklanmıştır. Teknik kaliteye dair kriterlerin m6şteriler tarafından değil, ancak hastane y6netimi, Sağlık Bakanlığı veya Uluslararası M6şterek Komisyonu (JCI)¹ gibi kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenebileceği, belirlenmiş kriterler g6z 6n6nde bulundurularak teknik kalite hakkında değerlendirmelerde bulunulabileceği ifade edilebilmektedir.

Gr6nroos'un (1984) hizmet kalitesi modelinin sağlık alanında uygulanmasının kavramsal bazı problemlere yol açabileceği 6ng6r6lmekte, alternatif hizmet kalitesi modellerinin de incelenmesinin yararlı olabileceği beklenmektedir. Aşağıda alternatif olarak farklı bir hizmet kalitesi modeli açıklanacaktır.

2.2.2.1.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin Hizmet Kalitesi Modeli

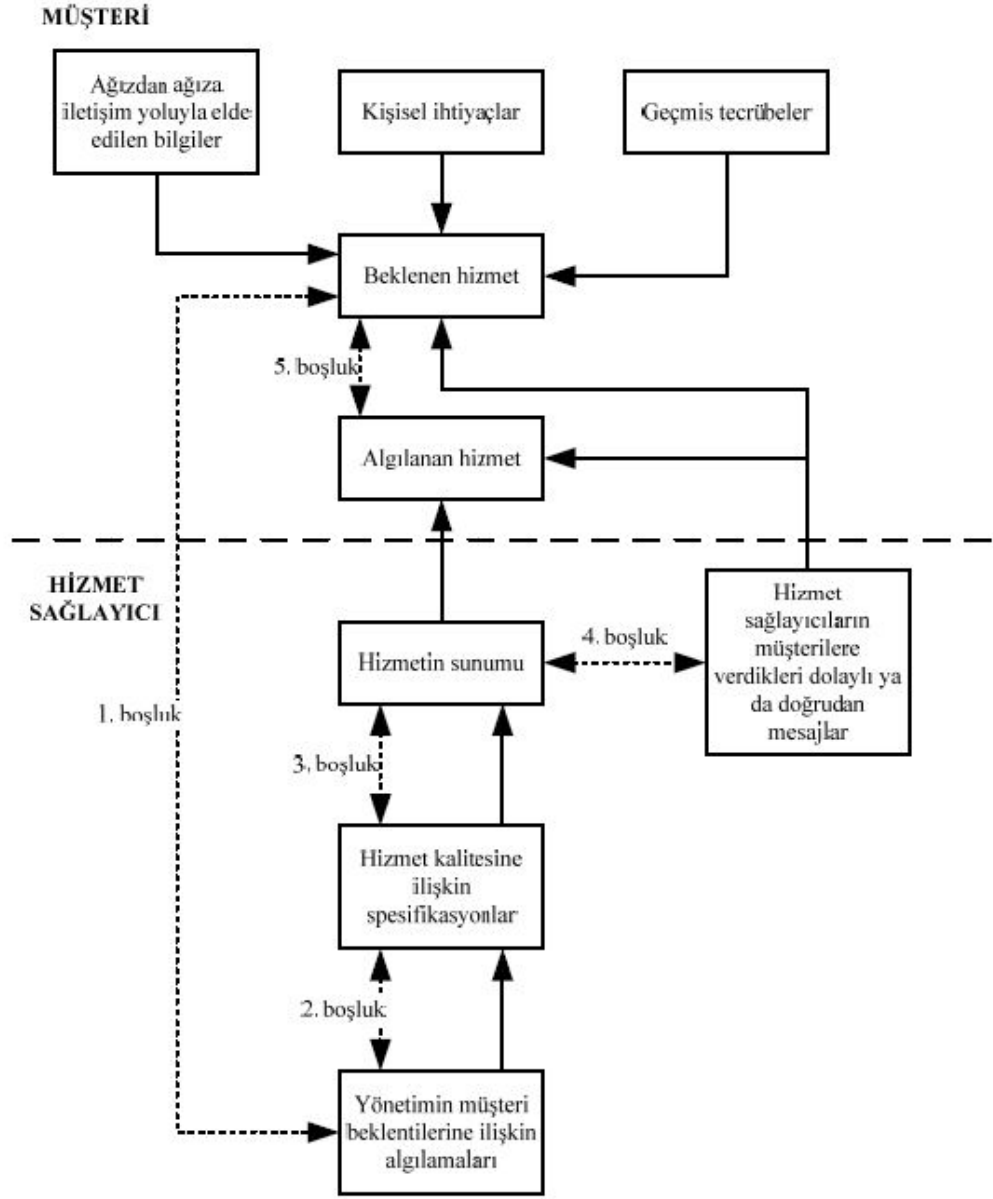
Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985), hizmet kalitesi modeli geliştirme s6recinde m6şterilere ilaveten işletme kaynaklı fakt6rlere de odaklanmışlardır. Aşağıdaki sorulardan yola çıkararak hizmet işletmesi y6neticileri ile odak grup çalışmaları y6r6tm6şlerdir.

- Hizmet işletmesi y6neticileri hizmet kalitesinin temel niteliklerini nasıl algılamaktadır? Y6ksek kaliteli hizmet sunmak hangi problemler ve g6revleri beraberinde gerektirmektedir?
- T6keticiler hizmet kalitesinin temel niteliklerini nasıl algılamaktadır?

¹ <https://www.jointcommissioninternational.org/>

- Hizmet pazarlama yetkilileri ile tüketiciler arasında algılamada farklılıklar var mıdır?
- Tüketici perspektifinden tüketici ve pazarlama yetkilileri algılamalarının bir arada yer aldığı hizmet kalitesini açıklayabilecek bir model oluşturulabilir mi?

Yukarıdaki soruların ışığında bankacılık ve finansal hizmetler gibi yüksek ilgilenim ve ilişki gerektiren ve ürün tamir bakım gibi fiziksel mallarla birlikte sunulan hizmetler alanında faaliyet gösteren işletmelerin yöneticileri ile görüşmeler yapılmıştır. Yazarların yürüttüğü çalışma sonucunda müşterilerin ve hizmet sağlayıcıların beklentileri ve algılamaları arasında bazı boşlukların mevcut olduğu öne sürülmüştür. Hizmet kalitesinde “boşluk modeli” adı verilen kavramsal model Şekil 2.2’de gösterilmiştir.



Şekil 2.2: Parasuraman, Zeithaml ve Berry’nin Hizmet Kalitesinde Boşluk Modeli

Kaynak: PARASURAMAN, A., V. A. ZEITHAML, L. BERRY, 1985, "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.

Şekil 2.2’de görüldüğü üzere, müşteriler ve hizmet sağlayıcıları arasında hizmet kalitesini etkileyen bazı boşluklar bulunmaktadır. Söz konusu boşluklar şu şekilde açıklanmaktadır (Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2017):

- 1. Boşluk: Müşterilerin hizmete yönelik beklentileri ve hizmet sağlayıcıların söz konusu beklentileri dikkate alıp dinlediği arasındaki farkı ifade etmektedir. Hizmet işletmelerinin yöneticileri müşterilerin beklentilerine kulak vermemeleri yahut beklentilere karşı nasıl bir aksiyon alacağını bilmemeleri birinci boşluğun açılmasına sebep olabilmektedir. Özellikle pazarlama miyopluğuna (Levitt, 1960) yakalanan işletmeler birinci boşluk için örnek teşkil etmektedir.
- 2. Boşluk: Yöneticilerin müşteri beklentilerine yönelik algılamaları ile hizmet tasarımı ve standartları arasındaki fark ikinci boşluğu ifade etmektedir. Yönetimin hizmet kalitesine yönelik faaliyetler yapmanın gereksiz olduğunu düşünmesi, sistematik olmayan hizmet standartlarının mevcudiyeti, hizmetin sunulduğu fiziksel ortamın müşteri ihtiyaçları ile örtüşmemesi ikinci boşluğu artırabilecektir.
- 3. Boşluk: Üçüncü boşluk hizmet sunumu ile müşteri odaklı hizmet bileşenleri arasındaki farklı belirtmektedir. Aynı zamanda hizmet performansı anlamına da gelen üçüncü boşluğu büyüten sebepler olarak hizmet sunulma sürecinde ihtiyaç duyulan işgörenlerin istihdam edilmemesi, teknoloji ve ekipman yetersizliği, müşterinin gerekli bilgiye sahip olamaması gibi hizmeti aksatan etkenler sıralanabilmektedir.
- 4. Boşluk: hizmetin sunum süreci ile işletmenin müşterileriyle iletişim kurabilmesi arasındaki farktır. Hizmet pazarlama iletişimindeki eksiklikler, müşterilerle sağlıklı bilgi alışverişi kurulacak altyapının bulunmaması, satış ile operasyon arasında iletişim yetersizliği, reklamlarda vaat edilen mesajlar ile hizmetin uyuşmaması, beklentiyi aşan yüksek fiyatlarla karşılaşılması gibi problemler dördüncü boşluğu büyötmektedir.
- 5. Boşluk: Müşterilerin bekledikleri hizmet ile aldıkları hizmete dair algılamaları arasındaki boşluk beşinci ve nihai boşluğu ifade etmektedir. Müşteri beklentileri hizmet hakkında neyin gerçekleşeceğine olan inancı olarak tanımlanabilmektedir. Bu nedenle hizmet sağlayıcılarının müşteri beklentilerini saptayıp bunları karşılaması hizmet kalitesini beraberinde getirecektir. Müşteri beklentilerinin ağızdan ağıza iletişim, kişisel ihtiyaçlar ve

geçmiş tecrübeler tarafından belirlendiğini unutmamak gerekmektedir. Beklentileri pazarlama karması gibi iç faktörler etkileyebileceği gibi dış faktörlerin de katkısı bulunabilmektedir.

Hizmet kalitesini açıklayan boşluk modelinde müşterilerin beklenti ve algılamaları arasındaki farkı belirten beşinci boşluk, hizmetin tasarlanması, pazarlanması ve sunulma süreci ile ilgili olan diğer dört boşlukla ilişki içerisinde olmaktadır. Söz konusu ilişki şu formülle sayısallaştırılmaktadır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985):

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

Yukarıdaki formüle göre, hizmet sağlayıcılarının müşteri beklentilerini dikkate almayan bakış açısına sahip olmaları, hizmetin müşteriye sunulma sürecindeki aksaklıklar, hizmetin sunulduğu ortamın fiziksel nitelikleri ve hizmet sürecinde rol alan işgörenlerin müşteriye karşı tutum ve davranışları, müşterinin beklentileri ile algılamaları arasındaki farkın kapanmasına veya açılmasına sebep olacaktır. Bu nedenle beşinci boşluk, hizmet kalitesini saptama hakkında ipuçları sunmaktadır.

Hizmet kalitesinin müşteri bakış açısıyla nasıl algılandığı, algılanan hizmet kalitesi kavramı ile tanımlanmaktadır. Müşteriler hizmetin türüne bağlı olmak üzere temel bazı kriterleri dikkate alarak algılanan hizmet kalitesi hakkında yargıya varmaktadırlar. Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985), algılanan hizmet kalitesinin belirleyicilerini şu şekilde sıralamıştır:

- Güvenilirlik (reliability): Hizmetin söz verildiği gibi sunulma performansı.
- Yanıt verilebilirlik (responsiveness): İşgörenlerin hizmet sunmak için gönüllü ve taleplere hızlı yanıt vermeleri.
- Yetkinlik (competence): Hizmet sunmak için gerekli kabiliyet ve donanımına sahip işgörenlerin mevcudiyeti.
- Erişebilirlik (access): Hizmet sağlayıcılarla kolaylıkla iletişim kurulabilmesi.
- Nezaket (courtesy): İşgörenlerin müşterilere karşı kibar, nazik, saygılı ve içten tutum ve davranış sergilemeleri.

- İletişim (communication): Müşterilerin anlayabileceği dilde ve şekilde onlarla iletişim kurularak hizmet hakkında bilgilendirilmesi.
- Dürüstlük (credibility): İşgören ve işletme nezdindeki güvence, itibar, inanılabilirlik.
- Güvenlik (security): Fiziksel ve finansal güvenlik, tehlike ve risklerden uzak olma hali.
- Anlayışlı olmak (understanding the customer): Müşteri ihtiyaç ve beklentilerini öğrenme, tanımlayabilme ve anlayabilme çabaları.
- Fiziksel çevre (tangibles): Hizmet sunulan ortamın fiziksel imkanları, özellikleri, ortamda kullanılan ekipmanlar, araç gereçler.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988), hizmet kalitesine dair kavramsal çerçeveyi oluşturduktan sonra bir ölçek geliştirmiş ve çeşitli hizmet sektörleri üzerinde ölçeği test etmişlerdir. Faktör analizi, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin ardından beş boyuta indirgenen hizmet kalitesi ölçeğine SERVQUAL adını vermişlerdir. SERVQUAL'e göre hizmet kalitesi şu beş boyutla ölçümlenebilmektedir:

- Fiziksel çevre (tangibles): Hizmetin sunulduğu fiziksel ortamın özellikleri, işgörenlerin dış görünüşü, kullanılan araç-gereç ve ekipmanlar.
- Güvenilirlik (reliability): Hizmeti vaad edildiği gibi tutarlı ve hızlı bir şekilde yerine getirmek.
- Yanıt verilebilirlik (responsiveness): İşgörenlerin müşterilere yardımcı olmada istekli olmaları.
- Güvence (assurance): İşgörenlerin dürüst ve bilgili olmaları ve müşterilere güven verebilmeleri.
- Empati (empathy): Müşterilere bireysel olarak özen göstermek, kendilerini özel hissettirmek.

Yazarlar SERVQUAL ile hizmet kalitesine yönelik müşteri algılamalarının ölçülebileceğinin altını çizerek, müşteri tatmini yerine algılanan hizmet kalitesini ortaya koyduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle müşteri tatmini ile algılanan hizmet kalitesinin ayrı ayrı incelenmesini önermişlerdir.

SERVQUAL ölçeği kullanılarak çok sayıda araştırma yürütülmüş, geçerlilik ve güvenilirliği teyid edilmiştir. Birçok araştırma SERVQUAL'in algılanan hizmet kalitesini belirlediğini, ayrıca algılanan hizmet kalitesinin müşteri tatminini olumlu yönde etkilemesini ortaya çıkarmada kullanışlı bir araç olduğunu göstermiştir (Kassim ve Abdullah, 2010; Krishnamurthy v.d., 2010; Mengi, 2009; Oh, 1999; Sureshchandar v.d., 2002).

Cronin ve Taylor (1992), SERVQUAL'in müşteri algılamalarını temel alarak hizmet kalitesini belirlemeyi eleştirmiş, hizmet kalitesini değerlendirmede performansın ve müşteri için atfedilen önemin referans noktası alınması gerektiğini ileri sürmüştür. Bu doğrultuda hem SERVQUAL hem de SERVPERF adını verdikleri performans tabanlı hizmet kalitesi ölçeğini kullanarak araştırma gerçekleşmiş ve bulguları mukayese etmişlerdir. SERVPERF'in SERVQUAL'e göre toplam açıklanan varyansı yüksek olduğu için daha açıklayıcı olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca içerik ve ayırma geçerliliğinin de daha iyi değerlere sahip olduğunu saptamışlardır.

Hizmet kalitesini ölçümlemede yaygın bir şekilde kullanılan SERVQUAL'e yönelik literatürde farklı açılardan eleştiriler de mevcuttur (Erasmus, 2017). Dabholkar ve diğerleri (1996), perakende alanında faaliyet gösteren işletmelerin sunduğu hizmetler için uygun olmadığını belirtmiştir. Grönroos (1988) SERVQUAL'in hizmet kalitesi modelinde yer alan müşterinin hizmet sonucunda ne elde ettiğini tanımlayan teknik kalite boyutunu göz ardı ettiğini ve doğrudan hizmet alım sürecine odaklandığını ifade etmiştir.

Carillat ve diğerleri (2007) SERVQUAL'in oluşturulduğu ve uygulandığı ülkelerin gelişmiş olmalarına dikkat çekmiş, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler ile farklı kültür ve dil çerçevelerinde farklı boyutlar gerektirebileceğini öne sürmüştür. Kouthouris ve Alexandris (2005) Yunanistan'da SERVQUAL ölçeğini kullanarak gerçekleştirdiği hizmet kalitesi çalışmasında beklenen ve algılanan hizmet arasındaki farka göre hizmet kalitesi puanı belirlenmiştir. Fakat hizmet kalitesinin müşteri tatmini ve davranışsal niyete etkisini açıklamada SERVQUAL'in boyutlarının varyansları düşük düzeyde kalmıştır.

Dagger ve diğerkleri (2007), farklı hizmet sektörlerinde kullanılacak SERVQUAL ölçeğinin farklı boyutlar gerektireceğini ileri sürmüş, literatürde yaygın bir şekilde kullanılmasına rağmen beş boyutun değişkenlik gösterebileceğini çeşitli araştırmalardan yola çıkarak ortaya koymuştur. Sağlık hizmetlerinde kalite algılamalarının boyutlarını belirlerken hizmet deneyimine odaklanılması gerektiğini belirtmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri perspektifinden SERVQUAL’de yer almayan teknik, fonksiyonel ve yönetim boyutlarının hizmet kalitesi değerlendirmelerinde dikkate alınabileceğini önermiştir.

Ramsaran-Fowdar (2008), sağlık hizmetlerinde SERVQUAL ölçeğinin kullanımının geniş çapta farklılık gösteren bulguları ortaya çıkardığını belirtip söz konusu alandaki tutarlılığını eleştirmiştir. Ayrıca SEVRQUAL’in sağlık sektöründe hasta beklentilerini ve algılamalarını ölçmede başarılı olmadığını ileri sürmüştür.

Koerner (2000) SERVQUAL’in hizmet sektörlerine göre farklılık göstermesini hizmetin türüne bağlamış, yüksek veya düşük ilgilenim gerektiren hizmetlerde aynı SERVQUAL ölçeğinin uygulanmasının mümkün olmayacağını ifade etmiştir. Ayrıca SERVQUAL boyutlarından hiçbirinin hizmet sunucusu ve müşterisi arasındaki ilişkileri yansıtmadığını öne sürmüştür. Buna gerekçe olarak da, hizmet sağlayıcı türleri ile alıcısı arasındaki ilişkilerin hizmet kalitesi algılamalarında önemli rol oynayabileceğini göstermiştir.

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda hizmet kalitesinin beklenti ve algılama arasındaki farkın dikkate alınarak algılanan hizmet kalitesinin belirlendiği ifade edilebilmektedir. Algılanan hizmet kalitesi ise SERVQUAL kullanılarak saptanabilecektir. Fakat SERVQUAL’in hizmet kalitesini ölçmede kullanılmasına yönelik eleştiriler de yöneltilmiştir. Söz konusu eleştiriler SERVQUAL’in beş boyutlu haliyle her hizmet sektöründe uygulanamayabileceği, çünkü varyansı açıklama gücü nispeten düşük kaldığından tutarlı sonuçlara ulaşılamayabileceği, hizmeti sunan işgörenler ile müşteri arasındaki ilişkilerin türlerini dikkate almadığı, sağlık gibi yüksek ilgilenim gerektiren profesyonel sektörlerde uygulamak için farklı boyutlara ihtiyaç duyulduğu gibi konularda yoğunlaşmaktadır.

Hizmet kalitesini konu edinen çalışmalarda kavramsallaştırma, ölçümleme ve boyutsal yapı meseleleri 80'li yıllarda ortaya atılmış olmasına rağmen günümüzde hala tartışma konusu olmaktan kurtulamamıştır (Oraedu, 2019). Şimdiye kadar yürütülen araştırmalarda, Parasuraman ve diğerlerinin (1985) oluşturduğu SERVQUAL modeli hizmet kalitesini saptamada en yaygın metot olarak öne çıkmaktadır (Taap v.d., 2011). Ancak son yıllarda yaşanan ekonomik, teknolojik ve toplumsal gelişmeler küresel çapta değerlendirildiğinde, tüketicilerin kalite olgusuna dair beklenti, ihtiyaç ve algılamalarında belirgin bir değişiklik olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır (Ndubisi, 2007). Değişen tüketici davranışlarını geleneksel perspektife dayanan ölçüm tekniklerine başvurarak saptamaya çalışmak hatalı sonuçlara yol açabilecektir. Bu nedenle hizmetlerde müşteri tatminini belirlemede farklı yaklaşımlara ihtiyaç doğmaktadır.

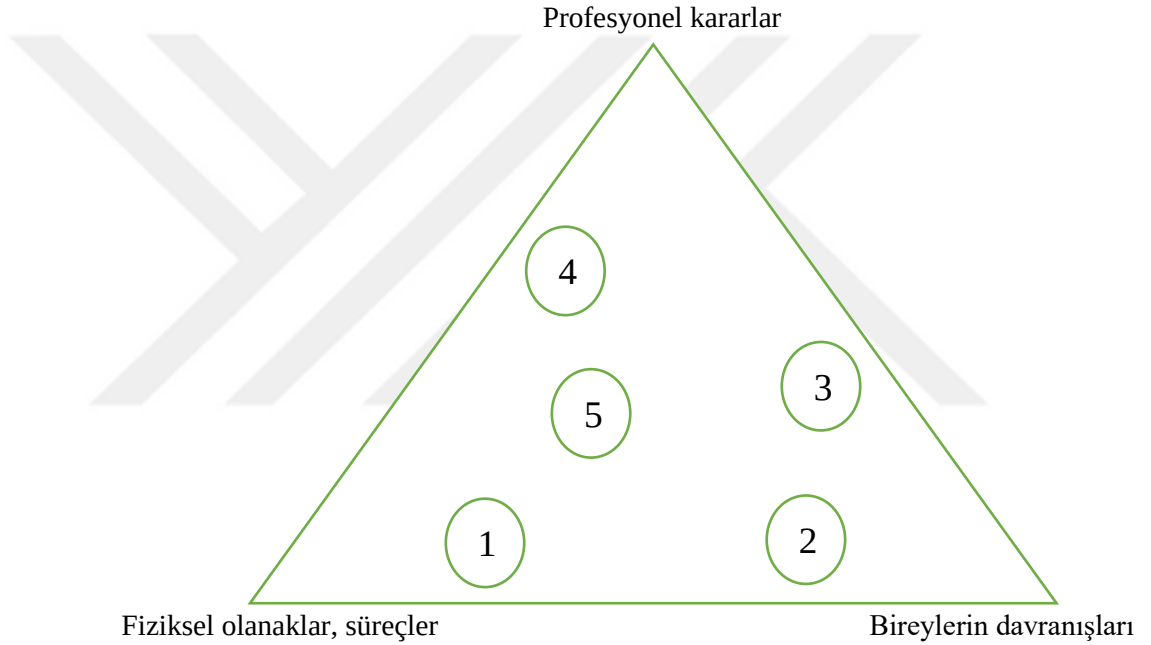
Sağlık alanında hizmet kalitesi algılamalarını daha etkin ölçümleyebilmek için hizmet sunucusu ve alıcı arasındaki ikili ilişkilerden doğan etkileşimleri kapsayan bir ölçme aracının çalışmanın amacına daha uygun olacağı öngörülmektedir. Bu nedenle algılanan hizmet kalitesine dair farklı bir yaklaşım olan hizmet karşılaşmaları aşağıda ele alınacaktır.

2.2.2.1.3. Haywood-Farmer'ın Hizmet Kalitesi Modeli

Haywood-Farmer'a (1988) göre bir hizmet işletmesinin hizmet kalitesini yakalaması için müşteri tercihleri ve beklentilerini istikrarlı bir şekilde örtüşürmesi gerekmektedir. Müşterilerin hizmet gereksinimlerini ve beklentilerini tanımlamanın kaliteyi yakalamak için kritik öneme sahiptir. Hizmet kalitesi modeli geliştirmek için atılacak ilk adım temel niteliklerin ayrıştırılmasıdır. Söz konusu temel nitelikler şunlardır:

- Fiziksel olanaklar, süreçler ve prosedürler: Lokasyon, dekor, büyüklük, mimari, tasarım, süreç, akış, esneklik, zaman yönetimi
- Bireylerin davranışları ve konforu: İletişim (sözlü, sözsüz), hız, sıklık, samimiyet, içtenlik, kibarlık, tutum, canayakınlık
- Profesyonel olarak alınan kararlar: Teşhis, tavsiye, yenilik, dürüstlük, kendine güven, bilgi, yetenek

Bu üç temel nitelik, Şekil...’te yer alan üçgenin köşelerini temsil etmektedir. Yöneticilerin görevi, işletmelerinin üçgenin hangi bölgesinde yer aldıklarına karar vermektir. Bu karar, işletme içinde istikrarlı bir hizmet sunmayı ve hedef pazarın belirli bir bölümünün ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalarını sağlayacaktır. Yöneticiler sundukları hizmetin Şekil 2.3’teki üçgen içerisindeki hangi pozisyona uygun olduğuna karar verirken üç operasyonel bileşeni dikkate almaları gerekmektedir. Bunlar hizmetin kişiselleştirilebilirlik derecesi, çalışan yoğunluğunun derecesi ile iletişim ve etkileşim derecesi.



Şekil 2.3: Haywood-Farmer’ın Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: HAYWOOD-FARMER, J., 1988, "A Conceptual Model of Service Quality", *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 8 No. 6, pp. 19-29.

Şekil 2.3’te yer alan üçgen içerisindeki farklı konumlar Haywood-Farmer (1988) tarafından yukarıda açıklanan üç operasyonel bileşene göre şöyle numaralandırılmıştır:

1. Kısa iletişim/hafif etkileşim – düşük kişiselleştirme, kamu hizmetleri gibi.
2. Orta düzeyde iletişim/ etkileşim – düşük kişiselleştirme, eğlence temalı parklar gibi.

3. Yüksek düzeyde iletişim /yoğun etkileşim – düşük kişiselleştirme, eğitim hizmetleri gibi.
4. Düşük seviye iletişim/etkileşim – yüksek seviye kişiselleştirme, borsacılık hizmetleri gibi.
5. Yoğun iletişim/etkileşim – yüksek seviye kişiselleştirme, sağlık hizmetleri gibi.

Haywood-Farmer'ın (1988) modeli, işletmeleri kişiselleştirme, etkileşim ve iletişim derecesine göre belirli bir konumu tercih etmelerini gerektirmektedir. Bir konumu tercih etmek, diğer konumlardan ödün vermeyi gerekli kılmaktadır. Bu nedenle yöneticiler tarafından hizmetin doğası, içeriği ve yapısının dikkatle incelenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Diğer yandan söz konusu model hizmet kalitesi problemlerinin çözümü ve hizmet kalitesini geliştirmeye yönelik pratik açıdan nasıl bir yol izlenebileceği konusunda yardımcı olmamaktadır. Yalnızca işletmenin sunduğu hizmetin yapısını anlamayı farklı bileşenlere göre hangi konumda yer aldığını saptamayı sağlamaktadır.

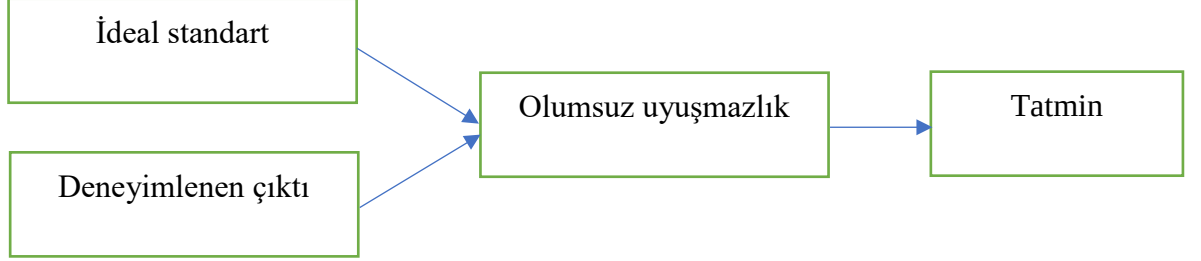
2.2.2.1.4. Mattson'ın İdeal Değer Modeli

Mattson'un (1992) ideal değer modeli, beklenti kavramının, arzu edilen niteliklere sahip olma inancı tarafından işlendiği varsayımından yola çıkarak oluşturulmuştur. Hizmet kalitesi değer yaklaşımıyla ele alınmış, tatmin sürecinin bir çıktısı olarak kavramsallaştırılmıştır.

Hizmet kalitesine ilişkin değeri temel alan bu modelde, ideal standart algısına karşı deneyim mukayese edilmektedir. Şekil 2.4 incelendiğinde, bilinç öncesi değer seviyesinde ortaya çıkan olumsuz uyumsuzluğun, tutum seviyesinde tatmini etkilemesi olarak hipotez haline getirilmiştir. Söz konusu olumsuz uyumsuzluğun müşteri tatmininin temel belirleyicilerinden olduğu, bununla birlikte tüketicilerin hizmetin yapısı ve içeriğine dair anlayışını şekillendiren bilişsel bir süreci temsil ettiğini ileri sürülmektedir.

Değer seviyesi

Tutum seviyesi

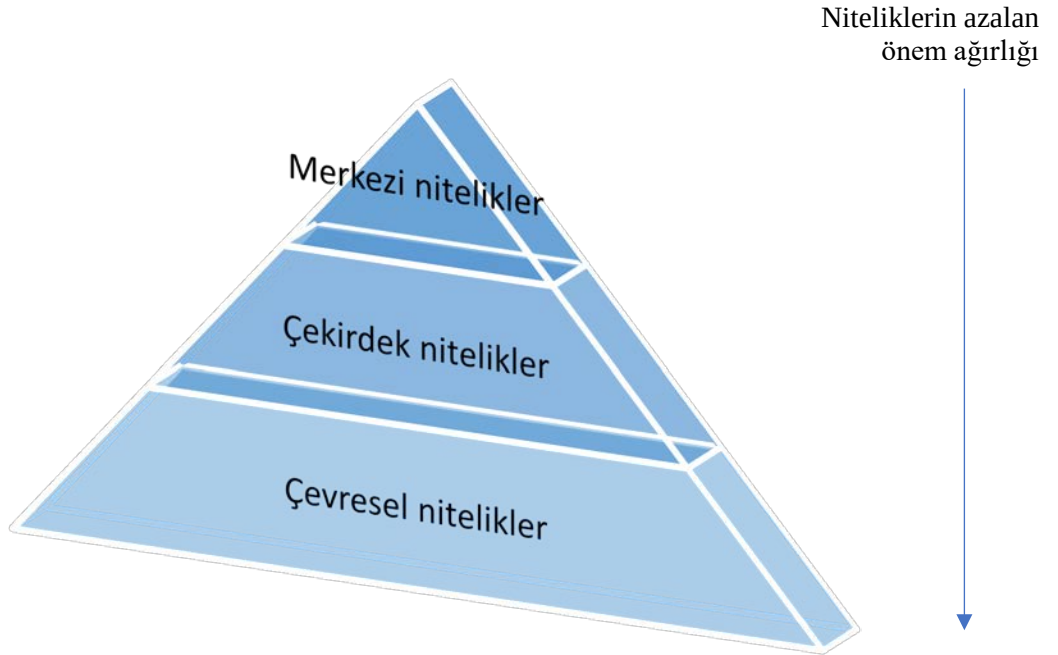


Şekil 2.4: Mattson'un İdeal Değer Modeli

Kaynak: MATTSSON, J., 1992, "A service quality model based on an ideal value standard", International Journal of Service Industry Management, 3(3), 18-33.

2.2.2.1.5. Philip ve Hazlett'in MÇÇ Nitelik Modeli

Philip ve Hazlett (1997), hizmet kalitesini tanımlamak amacıyla diğerlerinden farklı olarak hiyerarşik bir yapı inşa etmiştir. İlgili model, merkezi , çekirdek ve çevresel (MÇÇ) olmak üzere üç temel sınıfa ayrılan, birbirlerini üst üste örten bir yapıya sahiptir. Buna göre her hizmet bu üç katmandan oluşmaktadır. Şekil 2.5 söz konusu modeli göstermektedir.



Şekil 2.5: Philip ve Hazlett'in MÇÇ Nitelik Modeli

Kaynak: PHILIP, G., S. A. HAZLETT, 1997, "The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model", International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 14 No. 3, pp. 260-286.

Şekil 2.5'te yer alan modele göre, hizmet kalitesini tanımlamak amacıyla hizmetlerin üç katmanı ayrı ayrı incelenmelidir. Her bir katman farklı bir düzeyi temsil etmektedir. Merkezi nitelikler, hizmetin en iç katmanında yer almaktadır. Aynı zamanda bir tüketicinin belirli bir işletmeye niçin ilgi gösterdiği ve tatmin üzerinde en büyük etkiye sahip olan yönü ifade etmektedir. Merkezi nitelikler, hizmet sunucuları ile alıcıların bir araya gelmeleri sonucunda neyi elde etmeyi beklediklerini kapsamaktadır.

Çekirdek nitelikler, merkezi nitelikleri içine alan, birey, süreç ve hizmet işletmeleriyle ilgili bileşenlerin karışımından oluşmaktadır. Tüketiciler merkezi nitelikleri elde edebilmek için çekirdek niteliklerle etkileşime girmek mecburiyetindedir. Çevresel nitelikler ise, hizmetin en dış katmanında yer almaktadır. Çevresel nitelikler, tüketicilerin hizmet deneyimini daha olumlu hale getirmek amacıyla hizmet sürecine yapılan eklentileri içermektedir.

Philip ve Hazlett'a (1997) göre, bir tüketicinin almış olduğu hizmeti değerlendirirken merkezi nitelikleri elde etmedeki önem ağırlığına odaklanmaktadır. Bir müşteri ilk kez aldığı bir hizmeti değerlendirirken yalnızca merkezi niteliklerin önemini dikkate alırken, birden fazla hizmet alındığında çekirdek ve çevresel niteliklerin de önem ağırlığı artış göstermektedir. Müşteri tatmin düzeyleri çekirdek ve çevresel niteliklerden ziyade, ağırlıklı olarak merkezi niteliklere bağlı olmaktadır. Hizmetin üç katmanında yer alan niteliklere dair beklentiler karşılandığında müşteri tatmin düzeyinin artış göstereceği ileri sürülmektedir.

2.2.2.1.6. Donabedian'ın Yapı-Süreç-Çıktı Modeli

Donabedian (1966) ilk olarak sağlık hizmetlerinde kalitenin nasıl değerlendirilebileceğini sorgulamıştır. Ancak konuyu yönetsel açıdan değil, sağlık sistemi çerçevesinde tıbbi yaklaşımla ele alarak yalnızca sağlık hizmeti sunum sürecine odaklanmıştır. Ardından sağlık hizmetlerinde kaliteyi Şekil 2.6'da yer aldığı gibi yapı, süreç ve çıktı olmak üzere üç kategoriye ayırarak incelenebileceğini ileri sürmüştür (Donabedian, 1988).



Şekil 2.6: Donabedian'ın Yapı-Süreç-Çıktı Modeli

Kaynak: DONABEDIAN, A., 2002, An introduction to quality assurance in health care, Oxford University Press.

Şekil 2.6'da yer alan modele göre sağlıkta kalitenin iyi veya kötü olarak nitelendirilmesi için üç yaklaşım benimsenebilmektedir. Yapı, sağlık hizmeti sunumunun altında yatan temel şartları ifade etmektedir. Bunlar tesis, ekipman gibi fiziksel kaynaklar, hizmet sunumunda rol alan çalışanlar gibi organizasyonel kaynaklardır. Süreç, sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan teşhis, tedavi, rehabilitasyon, tedaviye yapılan katkılar gibi aktiviteleri ifade etmektedir. Çıktı ise, bireyler veya gruplarda arzu edilen veya beklenmeyen değişikliklerin ortalamasını temsil etmektedir (sağlık durumu, gelecekteki sağlık hizmetini etkileyen tecrübeler, tatmin gibi). Yapının süreci etkilemesi, sürecin de çıktıyı etkileme derecesiyle hizmet kalitesi hakkında yargıya varılabilmektedir (Donabedian, 2002).

Donabedian (2002), yapı-süreç-çıktı modelinin yalnızca tıbbi uygulamalar için geçerli olacak şekilde geliştirildiğini belirtmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin tıbbi olmayan yönleri veya diğer hizmetler için uygulandığında üzerinde değişiklik yapılması gerektiğini, aksi taktirde hatalara sebep olabileceğini ifade etmiştir.

2.2.2.2. Hizmet Karşılaşmaları

Hizmet kalitesi, ağırlıklı olarak hizmet karşılaşmalarındaki alıcı-satıcı etkileşimin kalitesine bağlı bulunduğundan (Kotler ve Armstrong, 2016), hizmet kalitesinin buna göre belirlenip belirlenemeyeceği önem teşkil etmektedir. Bu başlıkta hizmet karşılaşmalarının tanımı, hizmet kalitesi açısından önemi ve hizmet kalitesi ölçümünde nasıl bir rol oynadığı açıklanacaktır.

Hizmet karşılaşmaları literatürde farklı açılardan ele alınmış ve kavramsallaştırılmıştır. Shostack'a (1977) göre hizmet karşılaşmaları, alıcının hizmet

sağlayıcısı ile doğrudan temasa geçtiği süredir. Söz konusu tanım, hizmet işletmesinin kaynaklarıyla müşterilerin karşılaşmalarını temel almaktadır. Fakat tanımda müşteri ve işletme arasındaki etkileşime sınır koyulmamıştır. Bitner, Booms ve Tetreault'a (1990) göre hizmet karşılaşmaları herhangi bir insan etkileşimi bulunmadan da gerçekleşebilmektedir. Bu durum, hizmet karşılaşmalarının, işletmenin fiziksel çevresi ve bekleme süreleri gibi etkileşim bileşenlerini de kapsayabilmektedir (Walker, 1995).

Hizmetlerin karakteristik özelliğinden biri olan eşzamanlılık, hizmetin bir başlangıç ve bitiş süresinin bulunduğunu ifade etmektedir. Hizmetlerin söz konusu özelliği, sunum sürecinde organizasyon ile müşteri arasında gerçekleşen temasların düşük veya yoğun olmalarının önemini beraberinde getirmektedir. Zira hizmet sunucusu ve alıcısı arasındaki karşılaşmalar, hizmetin verimliliğini ve kalitesini etkilemektedir. Diğer yandan sunucu ve alıcı arasındaki etkileşimin artması ya da azalması, ürün bileşenleri, tanıtım, işgörenler, fiziksel çevre gibi hizmet pazarlama karması kararları üzerinde de önemli rol oynamaktadır (Lovelock, 1999).

Hizmet karşılaşmalarının kavramsallaştırılmasında Wirts ve Lovelock (2018) "rol teorisi" ve "senaryolaştırma" teorisinden yararlanmıştır. Yazarlar, tiyatrodan oyuncuların üstendikleri rol ve senaryo hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiğini örnek göstererek, benzer şekilde hizmet karşılaşmaları esnasında hem işgören hem müşteri davranışlarını daha iyi anlamak, tasarlamak ve yönetmek için rol teorisi ve senaryo teorisi hakkında bilgi sahibi olmanın faydalı olacağını ileri sürmüştür.

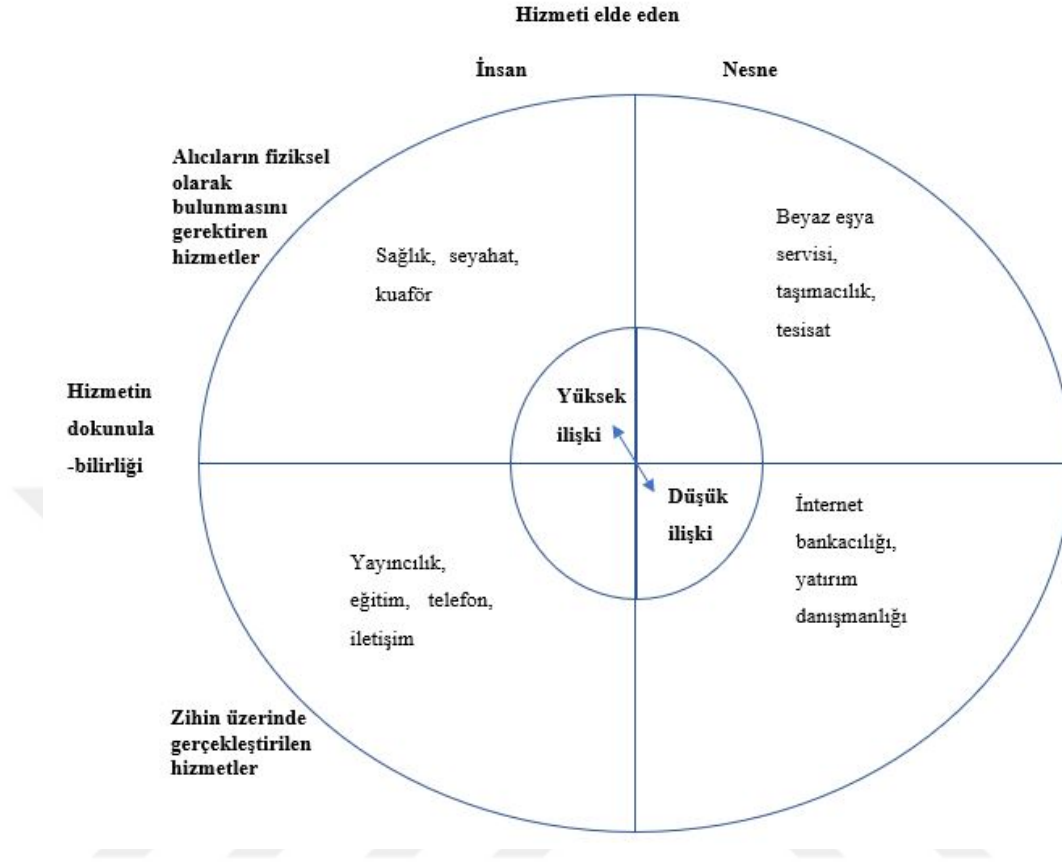
Rol teorisi, hizmet sürecinde rol oynayan işgörenlerin görev tanımları olduğu kadar müşterileri beklentilerini de referans alarak icra etmeleri gerektiğini göstermektedir (Solomon v.d., 1985). Bu sayede her işgörenin müşteri tatmininin oluşumunda önemli payı bulunduğu işaret edilmektedir. Senaryo teorisi ise, hizmeti bir film şeridine benzetmek suretiyle hizmet sürecinde işgörenlerin ve müşterilerin öğrenmeleri ve takip etmeleri beklenen davranışlar silsilesini ifade etmektedir (Harris v.d., 2003). Hizmetin nasıl icra edileceği (senaryosu) işletme tarafından işgörelere öğretilmektedir. Fakat müşteriler, hizmet senaryosunu deneyimler ve kurdukları iletişim vasıtasıyla öğrenmektedir. İşgörenlerin herhangi bir şekilde senaryodan sapmaları durumunda müşteri tatminsizliği ortaya çıkmaktadır.

Hizmet sürecindeki işgören ile müşteri arasında yüz yüze gerçekleşen her bir karşılaşmada işgörenler üstlendikleri belirli rolleri icra etmektedir. İşgörenler üstlendikleri rolleri müşteri beklentileri ile paralel bir şekilde yürüttükleri takdirde, müşteriler de beklentilerine uygun bir hizmet algılamış olacaktır. Böylelikle “doğrulama teorisi”ne (Oliver, 1980) göre müşteri tatmini gerçekleşmiş olacaktır.

Hizmetlerin bireylere “hizmeti veren” ve “hizmeti alan” şeklinde roller tahsis etmesi nedeniyle, fiziksel temas gibi yakın ilişki meydana getiren durumların yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bir dişçinin, hemşirenin, kuaförün dokunma suretiyle hizmet vermesi bu duruma örnek gösterilebilir (Goodwin ve Frame, 1989; Guiry 1992). Benzer durumlar hizmet sunan işgörenlerin ve müşterilerin etkileşim içerisine girmelerini gerektirmektedir. Her etkileşim aynı zamanda farklı işgören rollerini beraberinde getirmektedir.

Hizmet alıcıları, hizmet sunucularına belirli roller atfetmektedir. Atfedilen her bir rol karşısında işgörenlerin sergilediği olumlu performans işletmenin başarısına katkıda bulunmaktadır (Solomon v.d., 1985). Dolayısıyla alınan hizmetten duyulan memnuniyet, müşterinin hizmet personelinden beklentilerini ne ölçüde karşılayabildiğine bağlı olmaktadır (Smith, 1996). Müşterilerin her bir işgören rolünden beklentileri farklılık gösterebileceği için, hizmetler arasında işgören ve müşteri karşılaşmaları arasında belirli bir ayırım yapılmasında fayda görülmektedir.

Hizmet karşılaşmaları, hizmet sağlayıcıları ve müşterilerin etkileşim biçimlerine, hizmetin sunuş biçimine ve hizmetin sunulma sürecinde fiziksel nesnelerin bulunma düzeyine göre farklılık göstermektedir. Aynı zamanda müşterinin hizmet operasyonları süresince temas düzeyi uzadığı takdirde sunucu ve alıcı arasındaki ilişki yoğunluk gösterebilecektir. Hizmet işletmesi ve müşteri arasındaki başlıca etkileşim biçimlerine göre hizmetler Şekil 2.7’de gösterilmiştir (Öztürk, 2016; Doyle ve Stern, 2006).



Şekil 2.7: Hizmet İşletmesi ve Alıcı Karşılaşmalarının Biçimleri

Kaynak: ÖZTÜRK, S. A., 2016, *Hizmet pazarlaması: kuram, uygulama ve örnekler*, 15. Baskı, Bursa, Ekin Basım.

Şekil 2.7'ye göre hizmet karşılaşmaları genel itibariyle iki boyut olmak üzere dört ayrı biçimde gerçekleşmektedir. Hizmeti elde edenin insan ya da nesne olmasına göre ve hizmet alıcısının hizmetin sunulduğu ortamda fiziksel olarak bulunmasını gerektirmesine ve gerektirmemesine göre hizmetler birbirinden ayrılmaktadır. Örneğin beyaz eşya servisi fiziksel mallara yönelik hizmet vermektedir, fakat tamircinin malın bulunduğu ortamda fiilen var olması gereklidir. Hizmet karşılaşmalarının en kritik türünün müşteri ile işletme arasında doğrudan ve uzun süren bir temas sağlandığı durumlar olduğu Şekil 2.7 dikkate alınarak ifade edilebilmektedir.

Hizmetlerde her karşılaşma sağlıklı bir ilişki inşa etmede aynı ağırlıklı öneme sahip değildir. Örneğin müşteri ile temas noktasında bulunan işgörenin müşteriye karşı yaklaşımı, tatmin, ağızdan ağıza iletişim ve yeniden satın alma niyeti gibi müşteri algılamalarını etkilemektedir. Fakat söz konusu etki, hizmetin işgören-müşteri

etkileşiminin doğrudan veya dolaylı olmasına göre farklı düzeylerde gerçekleşmektedir (Fernandes v.d., 2018).

Hizmet karşılaşmalarının müşteri tatmininde önemli rol oynaması, hizmetin nasıl bir süreçten geçerek deneyim oluşturduğunun incelenmesini gerektirmemektedir. Hizmet karşılaşmaları, hizmet deneyimi dikkate alındığında üç bileşene ayrılabilir. Her bileşen, müşteri ile işletmenin veya işgörenlerin hizmetin hangi düzeyi ile etkileşime girdiğini göstermektedir.

Zeithaml, Bitner ve Gremler (2017) hizmet karşılaşmalarını üç ayrı süreçte ele almıştır. Voorhees ve diğerlerinin (2017) çalışması da bu durumu teyit etmektedir. Sonuç olarak hizmet karşılaşmaları üç bileşenden oluşan modelle kavramsallaştırılmaktadır:

1. Hizmet karşılaşmaları öncesi
2. Hizmet karşılaşmaları esnası
3. Hizmet karşılaşmaları sonrası

Yukarıdaki açıklamalar sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alındığında, hemşirelerin sundukları hizmetlere yönelik algılamalar, hasta tatmininde müşterilerin fiziksel çevreye dair algılamalarından daha etkili olabilmektedir (Woodside v.d., 1989). Sağlık hizmetlerinde hizmet sağlayıcısı ve alıcısı arasında yüksek ilişkinin söz konusu olması, hizmet karşılaşmaları olgusunun önem kazandığı ifade edilebilmektedir. Dolayısıyla hizmet karşılaşmaları süreçleri sağlık hizmetleri perspektifinden ele alındığında şu şekilde ifade edilebilecektir:

1. Hizmet karşılaşmaları öncesi: Çağrı merkezi ile etkileşim, hastane web sitesi ile etkileşim, bilgi arama amacıyla diğer web siteleri ve bireylerle etkileşim, vb.
1. Hizmet karşılaşmaları esnası: Danışmadaki işgörenle etkileşim, hasta kayıt ile etkileşim, doktor ile etkileşim, hemşirelerle etkileşim, ödeme birimindeki işgörenle etkileşim, vb.
2. Hizmet karşılaşmaları sonrası: hasta tatmini, yeniden ziyaret etme niyeti, başkalarına tavsiye etme eğilimi, vb.

Wu ve Liang (2009) müşterilerin hizmetle ilgili değerlendirmelerinde ve algılamalarında hizmet karşılaşmalarının niçin önem kazandığını üç maddede ileri sürmüştür. Bunlar çevresel faktörler (tüketicilerin hizmetin sunulduğu fiziksel ortamla olan soyut ve somut etkileşimleri), işgörenle ilgili faktörler (hizmeti sunan işgörenlerin vasıfları, görevleri) ve tüketici ile ilgili faktörlerdir (davranış, algılama, diğer müşteriler). Dolayısıyla hizmet kalitesi hakkında yargıya varmak için hizmeti sunan işgörenlerin hizmet süreci içerisinde ne tür görevleri üstlendiğinin de hesaba katılmasının faydalı olacağı öngörülmektedir.

Sağlık hizmetleri güven esaslı olduğundan, hastalar hizmetin sunulduğu ortam ve mekandaki ipuçları veya sinyalleri algılayarak tedavi ve muayene hizmetlerinin kalitesini değerlendirmektedirler. Hizmetin sunulduğu fiziksel çevrenin nitelikleri, işgörenlerin dış görünüşü, hastalar ve doktorlar arasında yaşanan ilişkiler, randevuların zamanında işleme alınması ve daha birçok husus, sağlık hizmetleri kalitesinin birer göstergesi olabilmektedir (Ramsaran-Fowder, 2008). Bu nedenle sağlık alanında hizmet kalitesi değerlendirilirken işgören-müşteri karşılaşmalarının dikkate alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Haywood-Farmer ve Stuart (1988), profesyonel hizmetlerde kaliteyi ölçümlemek için SERVQUAL'in uygun bir araç olmadığını öne sürmüştür. Buna gerekçe olarak SERVQUAL'de çekirdek hizmetin, hizmetin kişiselleştirilmesinin ve profesyonel bilgi & tecrübenin yer almamasını göstermiştir. Söz konusu gerekçeler, SERVQUAL'in hizmet sunumunda farklı işgören ve müşteri karşılaşmalarını dikkate almadan tek boyutlu perspektiften değerlendirmek yerine çok boyutlu hizmet karşılaşmaların ölçüm aracına dahil edilmesine işaret etmektedir.

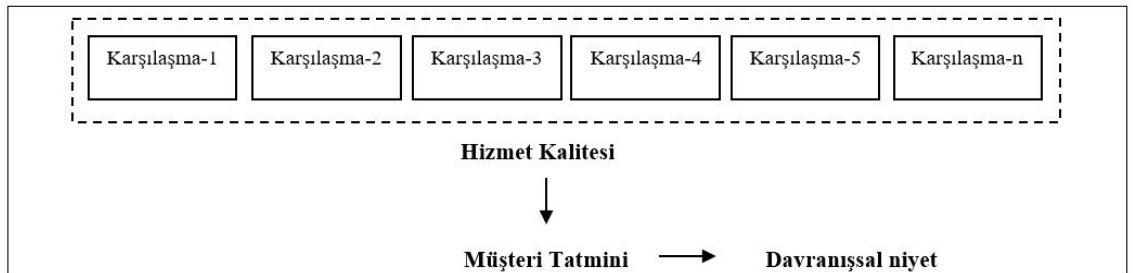
Vandamme ve Leunis (1993) sağlık hizmetleri kalitesinin ölçümünde hizmet karşılaşmaları perspektifinden yararlanılması gerektiğini şu gerekçelerle izah etmiştir:

- Sağlık hizmetlerinde hizmet alım sürecine dair kalite değerlendirmeleri diğer sektörlere nazaran daha işlem bazlı yapılmaktadır. Süreç içerisinde her bir işlem ayrı ayrı değerlendirilerek kalite hakkında yargıya varılmaktadır. Doktorun sunduğu hizmetler, hemşirelerin sunduğu hizmetler, yönetim hizmetleri vb. gibi.

- Sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetin kalitesini belirleyen faktörlerden biri de alıcı ile satıcı arasındaki etkileşim sıklığı olabilmektedir. Hizmet sürecinde alıcıların kaç farklı işgörenle muhatap olduklarının da hizmet kalitesi ölçümünde hesaba katılmaları beklenmektedir.
- Hastalar ve doktorlar arasında asimetrik bilgi söz konusu olduğundan, hizmet alıcıları güven oluşturmada daha çok hizmet deneyimini referans almaktadır. Bu durum hizmet süreci içerisinde yer alan aşamaların hizmet kalitesi algılamalarını etkileyebileceğine işaret etmektedir.

Yukarıdaki açıklamalar birlikte değerlendirildiğinde şu çıkarımlar yapılabilmektedir: Hizmet karşılaşmaları bir bağlam iken, hizmet kalitesi bir sonuçtur. Hizmet karşılaşmaları hizmet sunucusu ile alıcısı arasındaki ağırlıklı olarak yüz yüze temas ettiği spesifik etkileşim anlarını belirtirken, hizmet kalitesi bu anlarda başlayan ve hizmetin tamamlanmasına kadar geçen süreç sonunda ortaya çıkan algılama olarak ifade edilebilmektedir.

Hizmet süreci içerisinde işgörenler üstlendikleri rolleri müşteri beklentileri ile paralel bir şekilde yürüttükleri takdirde (Solomon v.d., 1985), “doğrulama teorisi”ne (r80) göre müşteri tatmini gerçekleşmiş olacaktır. Bu durumda tatmin olmuş müşteriler işletmeleri yeniden ziyaret edebilecek, hizmeti ve işletmeyi başkalarına tavsiye edebilecektir. Şekil 2.8, her bir hizmet karşılaşmasının, müşteri zihninde hizmet kalitesinin oluşmasını sağlayan aşamalardan oluştuğu göstermektedir. İşletme ve işgörenler ile müşterilerin etkileşimleri, nihayetinde müşteri tatminini etkileyebilecektir.



Şekil 2.8: Hizmet Karşılaşmaları ve Olası Etkileri

Hizmet kalitesi, hizmet sürecindeki farklı düzeylere göre farklı biçimlerde değerlendirilebilecektir. Bu nedenle hizmet kalitesinin farklı hizmet karşılaşmaları düzeylerine göre ayrı ayrı ölçülmesi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Hizmetin sunulma sürecinde rol alan hizmet sunucuları ve sunulan hizmetin birbirinden ayrıldığı anlar hizmet karşılaşmaları ölçümünde temel alınmaktadır. Söz konusu ayırım ise işletme ve müşteri perspektifinden yapılmaktadır.

Birinci bölümde detaylı bir şekilde ele alındığı üzere sağlık hizmetleri asimetric bilgi, güven, yüksek ilgilenim gibi diğer hizmetlerden farklı bazı özelliklere sahiptir. Söz konusu farklılıklar, sağlık alanında hizmet kalitesi ölçümlemelerinde belirleyici olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde müşterilerin doktor, hemşire, idari, yönetim gibi farklı kademedeki işgörenlerle etkileşimlerinin ayrı ayrı ele alınarak her birinin sunduğu hizmetlerin kalite algılamalarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmelerinde hizmet karşılaşmaları perspektifinden yararlanabilmek için, öncelikle literatürde yürütülen daha önce çalışmalarda sağlık alanında algılanan hizmet kalitesi ölçümlemelerinde hangi boyutların ortaya çıktığı incelenecektir. Böylelikle SERVQUAL'den farklı olarak sağlıkta hizmet karşılaşmalarının boyutlarının neler olabileceği belirlenebilecektir. Literatür taraması ayrıca algılanan hizmet kalitesinin çıktılarının da neler olabileceği ve bu çıktıları ne yönde etkileyebileceği hakkında çalışmaya yol gösterecektir.

2.2.3. Hasta Tatminini Etkileyen İşletme Kaynaklı Faktörler

Sağlık hizmetlerinde hasta tatminini etkileyen faktörlerden kişisel ve etkileşim kaynaklı faktörler daha önce incelenmişti. Üçüncü etken olan işletme kaynaklı faktörler ise bu başlık altında incelenecektir. Öncelikle işletme düzeyinde kurumsal kavramlar ele alınacak, ardından kurumsal itibarın önemi, tüketici ve müşteri düzeyindeki etkileri ve sağlık sektöründeki muhtemel yansımalarının neler olabileceği açıklanacaktır.

İşletme düzeyinde ele alınan stratejilerde kurumsal kimlik, kurumsal iletişim, kurum imajı, kurumsal itibar ve kurumsal markalama gibi kavramlar 1950'li yıllardan beri akademisyenler ve yöneticiler tarafından sorgulanmış ve nasıl geliştirileceği konusunda çalışmalar yürütülmüştür. Söz konusu kavramları incelemek için

işletmenin bugün ve zaman içerisinde paydaşlar tarafından nasıl algılandığı, kimlerle nasıl iletişim kurulduğu gibi sorulara yanıt aranmıştır. Rekabetin, ekonomik ve sosyal şartların değişim göstermesiyle birlikte kurumsal kavramların ortaya çıkışındaki kronolojik sıralama şu şekilde gösterilebilmektedir (Balmer ve Greyser, 2003):

1. 1950-1970'ler: Kurum imajı
2. 1970-1980'ler: Kurumsal kimlik, kurumsal kişilik ve kurumsal imaj
3. 1980-2000'ler: Organizasyonel kimlik, kurumsal kimlik, kurumsal iletişim ve kurumsal itibar
4. 2000'li yıllar: 3. Maddedeki kavramlarla birlikte kurumsal markalama

İmaj kavramı en genel manada herhangi bir birey, kuruluş, obje, durum, olay hakkında sahip olunan görüş ve izlenimlerin toplamı olarak tanımlanabilmektedir. İmaj kendiliğinden meydana gelebileceği gibi, kasıtlı olarak da oluşturulabilmektedir. Kurum imajı ise, kurumun görünümü, hedef kitle ile kurulan iletişimi ve eylemlerinin toplamı olarak ifade edilebilmektedir. Kurumsal imajın amacı gerçekte iç ve dış çevre üzerinde inandırıcılık ve güven oluşturmaktır (Peltekoğlu, 1997).

Tüketicilerin sınırlı ve yoğun karar vermeleri gereken değerlendirilmesi zor hizmetler için yaptıkları seçimlerde kurum imajının bir etkisi olduğu varsayılmıştır. Çünkü kurum imajı, işletmelerin müşterileri ile kurdukları iletişim ve müşterilerin yaşadıkları deneyim aracılığıyla zihinlerinde oluşmakta ve gelişme göstermektedir. Müşteriler almış oldukları hizmetlerden memnun olduklarında işletmeye karşı olumlu tutum sergilemekte, olumlu kurum imajı da söz konusu tutumun oluşmasına yardımcı olmaktadır (Andreassen ve Lindestad, 1982).

Kurum imajı aynı zamanda algılanan hizmet kalitesini etkileyen bir unsur olarak Grönroos (1984) tarafından belirtilmiştir. Tüketiciler işletme ile deneyim yaşamaları dahi kurum hakkında zihinlerinde belirli bir imaj oluşabilmektedir. İşletme hakkında edindikleri izlenimleri simgeleyen kurum imajı, hizmet satın aldıktan sonra müşterilerin kalite değerlendirmelerinde rol oynamaktadır.

Kurumsal kimlik, işletmeyi tanımlayan, geçmişini, faaliyet alanlarını, organizasyon yapısını, ne tür çalışmalar yürüttüğünü, paydaşlarıyla ne tür ilişki içerisinde bulunduğunu tanımlayan bir dizi tanımlamalardan oluşmaktadır. Organizasyonel

kimlik ve organizasyonel kişilik aynı anlamda kullanılmakta olup, işletmenin çalışma kültürün, alt birimler arası bağlantılarını nasıl bir tutumla yönettiği, profesyonel, endüstriyel ve cinsiyet kimliklerini nasıl tanımladığı gibi hususların karışımından oluşmaktadır (Balmer, 2001).

Tanımlardan yola çıkarak kurum imajının işletmenin hedef kitle tarafından nasıl algılandığına odaklanmakta iken, kurumsal kimlik ve kişiliğin ise hedef kitle tarafından nasıl algılanmak istendiğini dikkate aldığı ifade edilebilmektedir. İşletmeler kurumsal kimliklerini kurum imajları ile senkronize bir şekilde yürüterek hedef kitle üzerinde bırakmak istediği izlenimlerin performansını da takip etme imkanı bulmaktadır.

Kurumsal kimlik ile kurumsal imajın örtüşebilmesi için kurumsal iletişim stratejilerine ihtiyaç duyulmuştur. Zira kurumsal iletişim, bir işletmenin departmanları aracılığıyla her türlü bilginin paylaşılması, paylaşım esnasında kullanılan mesajlar, mesajların biçimleri, mesajın iletilme yöntemleri olarak tanımlanabilmektedir. Söz konusu tanım kurum içerisindeki iletişimi ifade etmektedir. Fakat kurumsal iletişim aynı zamanda rakipler, müşteriler, toplum gibi dış çevre faktörleri ile de iletişimi ifade etmektedir (Vural ve Bat, 2013).

İşletmelerin hissedarlar, tüketiciler, yatırımcılar, çalışanlar ve faaliyette bulundukları toplum tarafından nasıl algılandığına atfedilen önem artmaya başlamıştır. Bu nedenle işletmenin söz konusu paydaşlarla nasıl iletişim kurduğu ve iletişimin stratejik düzeyde ele alınması için ne gibi adımlar atılması gerektiği yeni çalışma alanları ortaya çıkarmıştır. Kurumsal kimlik yönetimi, itibar yönetimi, paydaşlarla iletişim, üst düzey halkla ilişkiler gibi alanlar buna örnek teşkil etmektedir (van Bekkum v.d., 2008).

Kurumsal itibar ve itibar yönetimi gibi kavramlar günümüzde işletmeler tarafından odak noktası haline gelmektedir. Çünkü işletmenin geçmiş faaliyetleri, işletmenin paydaşları nezdinde bugünkü davranışlarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle itibarın stratejik yönetim düzeyinde ele alınması gerekmiş ve kurumsal itibar önemli bir fenomen haline gelmiştir (Petrokaite ve Stravinskiene, 2013).

Akademik çevreler kurumsal itibarı tanımlamada zorlanmışlardır. Bunun sebebi farklı bakış açılarından yola çıkarak farklı tanımlara ulaşılmasıdır. Fakat en genel manada

bir tanım getirildiğinde, kurumsal itibar, kurumun geçmişi, sahip olduğu örgüt kültürü, izlediği yönetim stratejileri, işletmenin dış çevre faktörlerine karşı tutum ve davranışlarının bütünü oluşturmaktadır. Kurumsal itibar olumlu bir şekilde oluştuğunda finansal performansa katkı sağlamakta, insan kaynaklarının kalitesini artırmakta ve satış istatistiklerine de olumlu bir şekilde yansımaktadır (van Riel ve Balmer, 1997).

Kurumsal itibarın işletme paydaşları tarafından farklı biçimlerde algılanması söz konusu olmaktadır. Paydaşların karakteristik özelliklerine göre kurumsal itibar algılamalar ve ilgili çalışma alanları şu şekilde gruplandırılabilir (Helm, 2007):

- Müşterilere özgü algılamalar → Pazarlama
- Yatırımcılara özgü algılamalar → Finans
- Çalışanlara özgü algılamalar → Yönetim ve Organizasyon
- Tedarikçilere özgü algılamalar → Tedarik Zinciri ve Üretim Yönetimi
- Topluma özgü algılamalar → Halkla İlişkiler

Her paydaş grubu kurumsal itibarı farklı açılardan yorumlayabilecektir. Örneğin yatırımcılar nezdinde kurumsal itibar yatırımın ne oranda geri dönüş sağladığı, borçlarını vadesinde ödeme olasılığı gibi kriterlere önemli olabilirken, müşteriler açısından ürün ve hizmetlerin vaad edilen faydalarını ne ölçüde gerçekleştirebildiği, ödenen paraya değer vermeyeceği, işletmeye ulaşımın kolay ve hızlı olup olmadığı gibi parametreleri dikkate alarak itibarı algılayabilmektedir.

Bu çalışma pazarlama alanında yürütüldüğünden, kurumsal itibar kavramı pazarlama perspektifinden incelencektir. Kurumsal itibarın pazarlama açısından önem kazanmasına gerekçe olarak Herbig ve Milewicz (1995) şunları sıralamıştır:

- İtibar, işletmelerin pazarlama iletişimi faaliyetleri sonucunda oluşmaktadır.
- Pazarlama iletişimi aktiviteleri pazarlama karmaşıklıkları stratejileri ile örtüştüğünde olumlu itibar ortaya çıkmakta, bu da hedef kitleye güven telkin etmektedir.
- Tüketiciler olumlu kurumsal itibarı olumlu ürün ve hizmet kalitesi şeklinde yorumlayabilmektedir.

Pazarlama alanında müşteri tatminini etkileyen işletme kaynaklı faktörlerden kurumsal itibar üzerine yürütülen birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan kurumsal itibarın müşterilerin yeniden ziyaret etme eğilimi, müşteri tatmini, hizmet kalitesi gibi değişkenlerle ilişkilerine dair örneklerle aşağıda yer verilecektir.

Caruana (2002), davranışsal niyet üzerinde hizmet kalitesi ve müşteri tatmininin etkisini incelediği çalışmada, farklı değişkenlerin de dahil edilmesine yönelik önerilerde bulunmuştur. Davranışsal niyetin, kurumsal itibar ve kurum imajı gibi işletme kaynaklı diğer bileşenlerle birlikte ele alınmasında fayda görüleceğini önermiştir.

Andreassen ve Lindestad (1998), turizm sektöründe algılanan değer, algılanan kalite, kurum imajı ve tatminin davranışsal niyet üzerine etkisi incelenmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda, kurum imajı algılanan kalite ve tatmini olumlu yönde etkilemiştir. Araştırma sonucunda profesyonel ve müşteri tarafından değerlendirilmesi nispeten daha zor olan hizmet kategorilerinde davranışsal niyetin göstergelerinden işletme kaynaklı bileşenlerin tatminden daha önemli olduğuna işaret edilmiştir.

Leaniz ve Rodriguez (2016) davranışsal niyetin öncülü olarak kurumsal imaj ve itibarın etkilerini incelemiştir. 382 İspanyol turistlerden alınan verileri yapısal eşitlik modellemesi ile araştırmıştır. Fonksiyonel ve duygusal boyutlardan oluşan kurumsal imaj, hem itibarı hem de davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemiştir. Kurumsal itibar da davranışsal niyeti olumlu etkilemiştir.

Nguyen ve Leblanc (2001), kurum imajı, kurumsal itibar ve imaj-itibar etkileşiminin davranışsal niyet üzerine etkisini incelemiştir. Perakende hizmetleri, telekomünikasyon, eğitim sektörlerinde toplam 780 kişiyle örneklem oluşmuştur. Regresyon analizi sonucunda, perakende hizmetlerinde kurum imajı davranışsal niyeti itibardan daha güçlü etkilemiştir. Telekomünikasyon ve eğitim hizmetlerinde ise itibar, imajdan daha güçlü etkiye sahip olmuştur. Bu bulgulardan yola çıkarak sağlık sektörü gibi uzmanlık gerektiren hizmetlerde itibarın müşterilerin yeniden ziyaret etme eğilimini etkileyebileceği öngörülmüştür.

Walsh ve Beatty (2007) kurumsal itibarı belirleyen boyutları saptamak ve çıktılarını incelemek amacıyla bir ölçek geliştirme çalışması gerçekleştirmişlerdir. Çeşitli hizmet

sektörlerinden 48 müşteri ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda ölçek değişkenleri belirlenmiş, ardından perakende, bankacılık ve fast-food sektörlerinin müşterisi olan 504 ve 698 kişiden oluşan iki örneklem grubu üzerinde ölçek uygulanmıştır. Faktör ve regresyon analizi yürütülen araştırma sonucunda, tüketici temelli kurumsal itibar ölçeği 5 boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin tatmin, davranışsal niyet, güven ve ağızdan ağıza iletişime etkisi olumlu yönde gerçekleşmiştir.

Bartikowski, Walsh ve Beatty'nin (2011) gerçekleştirdikleri çalışmada, tüketici temelli kurumsal itibarın duygusal bağlılık ve davranışsal niyete etkisi incelenmiştir. Ayrıca kültür ve ilişki yaşının düzenleyici (moderator) etkisi olup olmadığına bakılmıştır. Amerika, Fransa ve İngiltere'den toplam 1105 kişiyle oluşturulan örneklem perakende ve fast-food sektöründe uygulanmıştır. Yapısal model incelendikten sonra, düzenleyici etki için regresyon analizi yürütülmüştür. Fransa ve İngiltere'de, kurumsal itibar duygusal bağlılığı davranışsal niyetten daha çok etkilemiştir. Amerika'daki kurumsal itibar ve davranışsal niyet arasındaki ilişki, Fransa'dakine göre daha zayıf gerçekleşmiştir. Kültürün araştırmaya dahil edilen boyutları, kurumsal itibar ve sadakat arasındaki ilişkide düzenleyici rol üstlenmiştir.

Yukarıda yer verilen çalışmalar ışığında kurumsal itibarın müşteri tatminini etkileyebileceği, müşteri tatmini aracılığıyla davranışsal niyet oluşmasında rol oynayabileceği tahmin edilmektedir. Sağlık hizmetleri açısından ele alındığında ise, sağlık kuruluşunun kurumsal itibarını olumlu ve güçlü yönde algılayan hastaların tatmin düzeyi de yüksek olabilecektir. Almış oldukları sağlık hizmetlerinden tatmin olan hastalar ise ihtiyaç durumunda yeniden ilgili sağlık kuruluşunu ziyaret etme eğilimi gösterecek ve başkalarına da tavsiye edebilecektir.

Kurumsal itibar literatürde genellikle perakende (Nguyen ve Leblanc, 2001; Saeidi v.d., 2015; Alwi v.d., 2017; Terblanche, 2014), bankacılık (del Brio ve Lizarzaburu, 2017), restaurant (Ali v.d., 2017), telekomünikasyon (Shamma ve Hassan, 2009), turizm (Andreassen ve Lindestad, 1998; Leaniz ve Rodriguez, 2016) alanlarında araştırılmıştır. Fakat sağlık alanında yürütülen çalışmaların sayısı nispeten düşük olduğundan, kurumsal itibarın hizmet kalitesi ile nasıl bir ilişki içerisinde olduğu,

müşteri tatmini ve davranışsal niyeti nasıl etkilediğinin ortaya çıkarılması, literatürde mevcut olan boşluğu kapatmada yardımcı olabilecektir.

Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin topluma ulaştırılması uzun zamandan beri sistematik hale getirilmiş ve tüketici odaklılık ekseninde hasta odaklı hizmet anlayışı benimsenmiş duruma gelmiştir. Fakat gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri pazarlamasında hasta odaklı hizmet anlayışını uygulamada henüz başlangıç düzeyinde bulunmaktadır (Srivoravilai v.d., 2011). Bu nedenle ülkemizde sağlık hizmetleri alanında hasta tatmini ve kurumsal itibar ilişkisi üzerine yürütülecek çalışmaların sektörün geleceğine ışık tutacağı öngörülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA HİZMET KALİTESİ, KURUMSAL İTİBAR VE SATIN ALMA SONRASI DAVRANIŞI ÜZERİNE GEÇMİŞ ÇALIŞMALAR

Bu bölümde sağlık kuruluşlarının sunmuş oldukları hizmetlerin kalite algılamalarının başlıca satın alma sonrası davranış olan hasta (müşteri) tatmini, güveni ve davranışsal niyet üzerinde nasıl etkileri olduğuna yönelik daha önce yürütülen çalışmalara yer verilecektir. Ardından kurumsal itibarın hizmet sektöründe ne gibi etkileri olduğuna dair gerçekleştirilen çalışmalar incelenecektir.

3.1. SAĞLIK KURULUŞLARININ HİZMET KALİTESİ, HASTA TATMİNİ VE DAVRANIŞSAL NİYET ARASINDAKİ İLİŞKİLERİ İNCELEYEN ÇALIŞMALAR

Kim ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, sağlık hizmetlerine yönelik algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler sırasıyla fiziksel çevre, süreç, doktor hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, yönetim hizmetleri şeklinde ortaya çıkmıştır. Kamu hastanelerinden hizmet almış 728 hastadan alınan verilere yapısal eşitlik modeli uygulanmıştır. Algılanan hizmet kalitesi boyutlarından süreç ve hizmet karşılaşmalarından doktor hizmetleri hasta tatminini dolaylı yoldan etkilemiştir. Hasta tatmini de davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemiştir. Kamu hastanelerinde fiziksel çevre boyutunun daha ön plana çıktığı ileri sürülmüştür. Hizmet karşılaşmaları perspektifinden hizmet kalitesini ölçümlemenin daha tutarlı sonuçlar ortaya koyacağı öngörülmüştür.

Acar ve Çetin (2017), hastaların demografik özelliklerine göre algılanan hizmet kalitesi boyutlarının farklılık gösterip göstermediğini incelemiştir. Kamu hastanesinde yatan 156 hastadan alınan verilere faktör analizi, MANOVA ve farklılık analizleri yürütülmüştür. Algılanan hizmet kalitesi boyutları hemşire hizmetleri, fiziksel çevre, doktor hizmetleri, teknik personelin davranışları ve yiyecek-içecekler şeklinde oluşmuştur. Algılanan hizmet kalitesi boyutları yalnızca mesleklere göre farklılık

göstermiş, cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelire göre farklılık bulunmamıştır. Kamu hastanelerinde hemşirelerle hastalar daha yoğun etkileşim içerisinde olduklarından hemşire hizmetleri algılanan hizmet kalitesini daha güçlü etkilemektedir. Söz konusu bulgular hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar arasındaki karşılaşma türüne göre ölçümlemenin daha yararlı olacağına işaret etmektedir.

Itumalla, Acharyulu ve Shekhar (2014), sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirleyen boyutlar ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Kamu hastanesindeki 246 yatan hastadan topladığı verilere faktör analizi ve regresyon analizi yürütmüştür. Sağlık hizmetleri kalitesini etkileyen faktörler sırasıyla doktor hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, destek hizmetleri, yönetim hizmetleri, hasta hizmetleri, hasta iletişimi ve fiziksel çevre olarak ortaya çıkmıştır. Kamu hastanelerinde hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktörler destek ve yönetim hizmetleri olmuştur. Hizmet sunucusu ve hasta arasındaki her karşılaşma türü sağlık hizmetleri kalite algılamalarını etkileyen farklı bir boyut olarak saptanmıştır. Dolayısıyla hizmet karşılaşmalarına göre hizmet kalitesinin incelenmesinde fayda görülmektedir.

Özen, Çam ve Aslay (2011), algılanan hizmet kalitesi ve tavsiye niyeti arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında kamu hastanelerinden hizmet almış 340 hastadan veri toplamıştır. Algılanan hizmet kalitesi boyutları fiziksel çevre, güven, güvenilirlik, idari hizmetler ve süreç şeklinde oluşmuştur. Yapısal eşitlik modeli sonucunda algılanan hizmet kalitesi olumlu ve yüksek olan hastaların sağlık kuruluşunu başkalarına da tavsiye etme eğilimi gösterdiği saptanmıştır. Bu durumda algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyeti dolaylı olarak etkileyebileceği öngörülmüştür.

Dagger, Sweeney ve Johnson (2007), algılanan sağlık hizmeti kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 5 adet özel hastanedeki toplam 1333 hasta üzerine yürütülen araştırma verilerine yapısal eşitlik modeli uygulanmıştır. Algılanan hizmet kalitesi boyutları sırasıyla kişiler arası ilişkiler, teknik kalite, fiziksel çevre ve yönetim hizmetleri şeklinde ortaya çıkmıştır. Algılanan hizmet kalitesi hasta tatminini, hasta tatmini de davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemiştir. Araştırmada

literatürden farklı olarak algılanan hizmet kalitesi, hizmet kalitesi boyutları ile davranışsal niyet arasında aracılık işlevi görmüştür.

Yağcı ve Duman (2006), algılanan hizmet kalitesi ile hasta tatmini arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Devlet, özel ve üniversite hastanelerinden 225 hastadan topladığı verilere faktör analizi, ANOVA ve regresyon analizi uygulamıştır. Çalışmada sağlık hizmetleri kalitesini etkileyen faktörler doktor hizmetleri, süreç, yönetim hizmetleri ve fiziksel çevre olarak gerçekleşmiştir. Özel hastanelerde algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmini diğerlerine nazaran daha yüksek çıkmıştır. Algılanan hizmet kalitesi özel hastanelerde hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir. Çalışma özel hastanelerde hizmet karşılaşmalarına göre hizmet kalitesi algılamasını ölçümlemenin ve hasta tatmini ile ilişkisinin önemine işaret etmektedir.

Boshoff ve Gray (2004), algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada 4 adet özel hastaneden 323 yatan hastadan toplanan veriler üzerine faktör ve regresyon analizi yürütülmüştür. Algılanan hizmet kalitesi boyutları iletişim, fiziksel çevre, hemşirelerin hizmetleri, güven, yanıt verebilirlik, güvenlik ve doktorun hizmetleri şeklinde oluşmuştur. Bu boyutlardan davranışsal niyeti etkileyen en önemli faktörler ise hemşire hizmetleri ve güven olmuştur. Söz konusu araştırma algılanan hizmet kalitesinin hizmet karşılaşmalarına göre belirlendiğini göstermektedir.

Varinli ve Çakır (2004), algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmasında özel hastane polikliniğindeki 185 ayakta hastadan veri toplamıştır. Faktör ve regresyon analizi uygulanan çalışmada algılanan hizmet kalitesi boyutları doktor hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, süreç ve idari hizmetler şeklinde oluşmuştur. Hasta tatminini algılanan hizmet kalitesi boyutlarından doktor hizmetleri, idari hizmetler ve algılanan değer anlamlı etkisi saptanmıştır. Davranışsal niyet üzerinde algılanan değer ve ardından hasta tatmini olumlu yönde etkiye sahip olmuştur.

Choi ve diğerleri (2004), algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini, algılanan değer ve davranışsal niyet arasındaki ilişkileri incelemiştir. Kamu hastanesinde 537 hastadan veri toplanmış ve yapısal eşitlik modeli uygulanmıştır. Algılanan hizmet kalitesi

boyutları süreç, hemşire hizmetleri, doktor hizmetleri, fiziksel çevre şeklinde ortaya çıkmıştır. Algılanan hizmet kalitesi, hasta tatminini davranışsal niyetten daha güçlü etkilemiştir. Hasta tatmini, davranışsal niyet ve algılanan hizmet kalitesi arasında aracılık işlevi görmüştür.

Westaway ve diğerlerinin (2003) hastaların sağlık durumu algılamaları ile hasta tatmini arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada iki kamu hastanesinden alınan 263 ayakta hasta verileri üzerine faktör ve farklılık analizleri yürütülmüştür. Sağlık durumu zayıf olan hastaların tatmin düzeyi de daha düşük olarak saptanmıştır. Zihinsel açıdan sağlık düzeyi düşük olanların da tatmin düzeyi düşük kalmıştır. Bu durum hastaların sağlık durumları ile hasta tatmini arasındaki ilişkiyi incelemeyi gerektirmiştir. Dolayısıyla sağlık durumu, araştırma modelinde kişisel faktörler içerisinde değişken olarak dahil edilmiştir.

Tarım (2002), sağlık hizmetlerinde kalite algısını etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladığı çalışmasında 150 hastadan veri toplamıştır. Faktör analizi sonucunda hemşirelik hizmetleri, süreç, fiziksel çevre, güven ve güvenilirlik boyutları öne çıkmıştır. Çalışmanın hizmet kalitesinin hizmet karşılaşmaları perspektifinden incelenmesi savını destekler nitelikte olduğu öngörülmektedir.

Vandamme ve Leunis (1993), algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler ve hasta tatmini arasındaki ilişkiyi kamu hastanesinde yatan 70 hasta üzerinde incelemiştir. Faktör ve regresyon analizi yürütülen çalışmada hizmet kalitesi boyutları fiziksel çevre, doktor hizmetleri, sağlık personeline olan güven, sunulan hizmetlere karşı güven, hemşire hizmetleri, kişisel değerler ve inanç şeklinde oluşmuştur. Hizmet kalitesi boyutlarının algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmini üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Reidenbach ve Sandifer-Smallwood (1990), algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tavsiye niyeti üzerine gerçekleştirdikleri çalışmada 219 adet ayakta, yatan ve acil servis hastalarından veri toplamışlardır. Faktör ve regresyon analizi sonucunda sağlık hizmetlerinde kalite boyutlarını hasta güveni, kurumsal yetkinlik, tedavi kalitesi, destek hizmetleri, fiziksel çevre, bekleme süresi ve empati oluşturmuştur. Ayakta hastalarda yalnızca hasta güveni boyutu genel kalite algılamasında etkili iken, yatan

hastalarda hasta güveni, tedavi kalitesi ve kurumsal yetkinlik boyutları etkili olmuştur. Hasta güveni, hasta tatmini ve tavsiye niyeti üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Çalışma, hastaların ayakta veya yatarak tedavi görmelerine göre hizmet kalitesini farklı algılayabileceğine işaret etmektedir. Bu nedenle araştırma sürecinde bu durum ayrıca ele değerlendirilecektir.

Mangelsdorff (1979) sağlık hizmetlerinde hasta tatminine yönelik gerçekleştirdiği çalışmasında askeri hastanede ayakta tedavi gören 1610 hastadan veri toplamıştır. Faktör analizi sonucunda doktor hizmetleri, hemşire hizmetleri ve destek hizmetleri boyutları hasta tatmini oluşturan faktörler olarak saptanmıştır. Söz konusu çalışma da diğerlerine benzer şekilde hizmet karşılaşmaları perspektifinden hasta tatmininin ele alındığı ifade edilebilmektedir.

3.2. MÜŞTERİ GÜVENİ VE KURUMSAL İTİBARIN MÜŞTERİ TATMİNİ İLE DAVRANIŞSAL NİYET ARASINDAKİ İLİŞKİLERİ İNCELEYEN ÇALIŞMALAR

Shan ve diğerleri (2016) çeşitli özel ve kamu hastanelerinden 1200 yatan hastadan topladıkları verilerle hasta güveni ve hasta tatmini arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Lojistik regresyon analizi sonucunda, hasta güveni, hasta tatmininin en önemli belirleyicisi olmuştur. Sağlık hizmetini sunan işgören ile hasta arasındaki ilişkinin oluşumunda güven önemli rol oynamıştır. Güven aynı zamanda sağlık hizmeti alım süreci ile işgören-hasta karşılaşmaları sonucu oluşan etkileşimi şekillendirerek doktor ve hasta arasındaki güveni oluşturmuştur. Dolayısıyla hasta güveninin, algılanan hizmet kalitesi boyutları ile davranışsal niyet arasında aracılık işlevi gördüğü öngörülmektedir.

Lien ve diğerleri (2014), algılanan hizmet kalitesi ve hastaneye karşı güven arasındaki ilişkiyi merkez hastane ve şubeleri ekseninde incelemiştir. Aynı zamanda hastaneye olan güvenin tavsiye niyeti üzerine etkisini de araştırmıştır. Çalışma 15 adet hastaneden sağlık hizmeti almış 483 yatan hastadan veri toplamıştır. Yapısal eşitlik modeli uygulanan araştırma sonucunda merkez hastaneye karşı güven algılanan hizmet kalitesini kısmen olumlu yönde etkilemiştir. Merkez hastaneye karşı güven oluştuğunda bu durum şubelerine de yansımıştır. Hastaneye yönelik güven,

başkalarına tavsiye niyetini de olumlu etkilemiştir. Çalışma, algılanan hizmet kalitesinin hasta güveni ve davranışsal niyete muhtemel etkisini inceleme açısından gelecek çalışmalar için öneri teşkil etmektedir.

Chang, Chen ve Lan (2013) hizmet karşılaşmaları perspektifinden algılanan hizmet kalitesi, hasta güveni ve hasta tatmini arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 2 kamu hastanesinde 285 ayakta hastadan topladığı verilere yapısal eşitlik modeli uygulamıştır. Çalışma sonucunda algılanan hizmet kalitesi hasta tatminini ve hasta güvenini olumlu etkilemiştir. Hasta güveni, algılanan hizmet kalitesi ve tatmin arasında aracılık görevi üstlenmiştir. Bu durumda hasta güveninin algılanan hizmet kalitesi ve davranışsal niyet arasında da aracılık görevi görebileceği öngörülmüştür.

Yılmaz ve Akkaya (2009) hasta ile doktor arasındaki güveni ve hasta tatminini incelediği çalışmada kamu hastanesinden 305 hasta ile veri toplamıştır. Korelasyon ve farklılık analizi uygulanan çalışmada demografik özelliklere göre hasta güveni arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır. Fakat hasta güveni ile hasta tatmini arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Hasta tatmini ile doktorun hizmet verdiği sağlık kuruluşuna karşı güven arasında da bir ilişki olabileceği tahmin edilmiştir.

Platonova, Kennedy ve Shewchuk (2008), hasta güveni, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişkileri incelediği çalışmada 2 kamu hastanesinden 524 ayakta hastadan veri toplamıştır. Yapısal eşitlik modeli uygulanan araştırmada hasta güveni, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasında olumlu ilişki saptanmıştır. Hasta güveni, hasta tatmini ve davranışsal niyetin bir öncülü olarak ortaya çıkmıştır. Hasta güveninin araştırma modeline dahil edilmesinin sebeplerinden biri de söz konusu bulgularla desteklenmiştir.

Weng (2008), hasta güveni ve hasta tatmini arasındaki ilişkiyi 983 hasta üzerinde incelemiştir. Yol analizi ile incelenen çalışmada hasta güveni hasta tatminini dolaylı yoldan etkilemiştir. Hasta-doktor arasındaki ilişki söz konusu etkide aracılık görevi görmüştür. Hizmet karşılaşmaları türlerinden biri olan doktorun sunduğu hizmetler, tutum ve davranışlarının hasta güvenini şekillendirebileceği öngörülmüştür.

Leaniz ve Rodriguez (2016) davranışsal niyetin öncülü olarak kurumsal imaj ve kurumsal itibarın etkilerini incelemiştir. 382 İspanyol turistlerden alınan verileri yapısal eşitlik modellemesi ile araştırmıştır. Kurumsal imaj, hem itibarı hem de davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemiştir. Kurumsal itibar da davranışsal niyeti olumlu etkilemiştir.

Bartikowski ve Walsh (2011), kurumsal itibar, bağlılık ve davranışsal niyetin müşteri vatandaşlığı üzerine etkisini incelemiştir. Bankacılık, perakende ve fast-food restaurant hizmetleri alanında yürütülen araştırma 583 kişiyle Fransa'da gerçekleştirilmiştir. Yapısal eşitlik modellemesiyle incelenen çalışmada, kurumsal itibar, bağlılık ve davranışsal niyet, müşteri vatandaşlığı üzerinde doğrudan olumlu etki göstermiştir. Bu noktada kurumsal itibarın davranışsal niyeti etkileyebileceği öngörülmüştür.

Alnıaçık (2011), kurumsal itibarı oluşturan boyutların hangisinin davranışsal niyet üzerinde daha güçlü etkide bulunduğunu saptamak amacıyla deneysel bir çalışma kurgulanmıştır. 960 adet üniversite öğrencisi üzerine yürütülen araştırmada, kurumsal itibarı oluşturan bileşenlerden her biri için olumsuz, diğerleri için olumlu bir hikaye kurgulanmıştır. Deney sonucunda, kurumsal itibarın farklı bileşenleri davranışsal niyet üzerine farklı etkilerde bulunmuş, özellikle ürün ve hizmet kalitesi boyutu yetersiz olarak algılandığında davranışsal niyet daha olumsuz etkilenmiştir.

Keh ve Xie (2009), kurumsal itibarın müşteri güveni, bağlılığı ve davranışsal niyet arasındaki ilişkileri incelemiştir. İşletmeden işletmeye (B2B) sunulan teknoloji, çeviri ve finansal hizmetlerden 351 kurumsal tüketiciden veri toplamıştır. Yapısal eşitlik modeli uygulanan çalışma sonucunda kurumsal itibarın müşteri güveni üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu, müşteri bağlılığının ise müşteri güveni ve davranışsal niyet arasındaki ilişkide aracılık görevi üstlendiği saptanmıştır. Sağlık hizmetleri diğer sektörlere nazaran daha uzmanlık gerektiren bir sektör olduğu için kurumsal itibarın davranışsal niyeti dolaylı yoldan etkilemesi öngörülmektedir.

Nguyen ve Leblanc (2001), kurum imajı, kurumsal itibar ve imaj-itibar etkileşiminin davranışsal niyet üzerine etkisini incelemiştir. Perakende hizmetleri, telekomünikasyon, eğitim sektörlerinde toplam 780 kişiyle örneklem oluşmuştur.

Regresyon analizi sonucunda, perakende hizmetlerinde kurum imajı davranışsal niyeti itibardan daha güçlü etkilemiştir. Telekomünikasyon ve eğitim hizmetlerinde ise itibar, imajdan daha güçlü etkiye sahip olmuştur. Buradan hareketle sağlık hizmetlerinde de kurumsal itibarın hasta tatminini etkileyen faktörlerden biri olabileceği beklenmektedir.

Andreassen ve Lindestad (1998), turizm sektöründe 600 örneklem büyüklüğü ile bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada algılanan değer, algılanan kalite, kurum imajı ve tatminin davranışsal niyet üzerine etkisi incelenmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda, kurum imajı algılanan kalite ve tatmini olumlu yönde etkilemiştir. Tatmin kurum imajını anlamlı etkilemiştir. Araştırma sonucunda karmaşık ve müşteri tarafından değerlendirilmesi nispeten daha zor olan hizmet kategorilerinde davranışsal niyetin göstergelerinden kurum imajının tatminden daha önemli olduğuna işaret edilmiştir. Sağlık hizmetleri de karmaşık ve müşteri tarafından değerlendirilmesi zor olduğu düşünüldüğünden, sağlık sektöründe kurumsal itibarın hasta tatmini ve davranışsal niyeti etkileyebileceği öngörülmüştür.

Yukarıda anlatılan şimdiye kadarki çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde ortaya konacak çalışmanın katkılarının ve farklı yönlerinin vurgulanmasında fayda görülmektedir.

Öncelikle sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesine yönelik yürütülen araştırmalarda hangi boyutların temel alınacağına dair literatürde bir görüş birliği bulunmamaktadır. Yaygın bir şekilde benimsenen SERVQUAL'e yönelik eleştiriler, sağlık sektöründe hizmet kalitesi algılamalarını belirlemek için farklı perspektiflerden yararlanılması gerektiğine işaret etmektedir. Örneğin SERVQUAL ölçeğinde bir alt boyut olarak ele alınan “güven”, sağlık sektöründeki birçok çalışmada “hasta güveni” şeklinde ayrı bir değişken olarak ele alınmış ve incelenmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesini algılamalarını belirlemede hizmet sunucusu ile alıcısı arasındaki karşılaşmalar odaklanılması gerektiği öngörülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde doktor-hasta, hemşire-hasta, idari personel-hasta, fiziksel çevre-hasta gibi, hizmet sağlayıcıların sahip oldukları bilgi düzeyi ve sorumlulukları açısından farklılık gösteren karşılaşmalar bulunmaktadır. Bu nedenle her bir

karşılaşma türünün hastaların kalite algılamalarını farklı değerlendirebilmelerine sebep olacağı tahmin edilmektedir. Sağlık hizmetleri kalitesi belirlenirken hizmet karşılaşmaları perspektifinin benimsenmesi, Türkiye’de bu yönüyle lisansüstü düzeyde henüz çok az araştırmaya rastlanması, çalışmayı özgün kılan en önemli özelliği oluşturmaktadır.

Özellikle sağlık ve bankacılık gibi profesyonel hizmetlerde algılanan hizmet ile müşteri tatmini, kurumsal itibar ile davranışsal niyet, müşteri güveni ile davranışsal niyet değişkenlerin literatürde ayrı ayrı incelendiği görülmüştür. Söz konusu değişkenlerin bir arada incelenmesi farklı sonuçlar doğurabilecektir.

Algılanan hizmet kalitesi ile davranışsal niyet arasında müşteri tatmininin aracılık görevi üstlendiği belirgin hale gelmiştir. Fakat literatür taraması sonucunda müşteri güveni ve kurumsal itibar gibi değişkenler dahil edilerek araştırma modeli genişletilmiştir. Çünkü sağlık hizmetlerinde davranışsal niyet oluşumunda farklı değişkenlerin de rolü olabileceğine dikkat çekmek gerekmektedir. Çalışma, farklı değişkenlerin aynı anda araştırma modeline dahil edilmesiyle diğerlerinden sıyrılmaktadır.

Sağlık sektöründe hizmet kalitesine yönelik gerçekleştirilen araştırmalar incelendiğinde genellikle kamu hastanelerinde uygulandığı görülmüştür. Halbuki kamu hastanelerine başvuran hastaların çoğunluğunun bütçe kısıtı, özel sigortaya sahip olmamak gibi ihtimaller dahilinde mecburiyetten bu tür sağlık kuruluşunu tercih ettiği tahmin edilmektedir. Özel hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların böyle bir mecburiyeti bulunmadığından, işletme ile ilgili faktörlerden veya sağlık hizmetinin sunuş biçimi, fiziksel imkanlar, doktor veya hemşirelerin tutum ve davranışları gibi hususlardan etkilenecek özel hastaneleri tercih edeceği beklenmektedir. Bu nedenle özel hastane yöneticileri açısından hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hasta tatmininin sağlanması, hastaların ihtiyaç halinde kuruluşu yeniden ziyaret etmeleri gibi konuların önem arz ettiği çıkarımında bulunmaktadır. Literatürde özel hastanelere yönelik yürütülen araştırmaların sayısının az olması, daha çok kamuya odaklanması ise çalışmayı özgün kılan başka bir unsuru teşkil etmektedir.

3.3. LİTERATÜR ÖZETİ

Yukarıdaki bölümlerde yer verilen ve açıklamaları yapılan çalışmalardan araştırma amacına ve modeline uygun olanlardan bazılarına Tablo 3.1’de özet bir şekilde gösterilecektir. Tablo 3.1’de yer verilen çalışmalarda hangi ilişkilerin test edildiği, hizmet kalitesi ölçümünde hangi boyutların ortaya çıktığı, sağlık alanında hangi tür hastane üzerinde uygulandığı, örneklem büyüklüğü, örnekleme dahil edilen katılımcıların türü, analiz yöntemi ve ulaşılan bulgular gruplandırılmıştır.



Tablo 3.1: Literatür Özeti

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları	Hastane Türü	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Kim ve diğerleri	2017	Algılanan hizmet kalitesi > Tedavinin tesiri, Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini, Tedavinin tesiri > Tatmin, Hasta Tatmini > Davranışsal Niyet	1. Fiziksel çevre, 2. Süreç, 3. Doktor hizmetleri, 4. Hemşirelik hizmetleri, 5. Yönetim/İdari hizmetler	Kamu	728	Yapısal Eşitlik Modeli	Fiziksel çevre kamu hastanelerinde algılanan hizmeti en önemli etkileyen boyuttur. Süreç ve doktor hizmetleri, hasta tatminini tedavinin tesiri aracılığıyla dolaylı yoldan etkilemiştir.
Acar ve Çetin	2017	Demografi > Hizmet kalitesi boyutları	1. Hemşire hizmetleri, 2. Fiziksel çevre, 3. Doktor hizmetleri, 4. Teknik personelin davranışları, 5. Yiyecek-içecekler	Kamu	156, yatan hastalar	Faktör analizi, MANOVA, Pillais, Hotelling's, Wilks testleri	Hizmet kalitesi boyutları yalnızca mesleklere göre farklılık göstermiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelire göre farklılık yoktur. Kamu hastanelerinde hemşire hizmetleri hizmet kalitesini daha çok etkilemektedir.

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları	Hastane Türü	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Itumalla, Acharyulu ve Shekhar	2014	Hizmet kalitesi boyutları > Algılanan hizmet kalitesi	1. Doktor hizmetleri, 2. Hemşirelik hizmetleri, 3. Destek hizmetleri, 4. Yönetim/İdari hizmetler, 5. Hasta hizmetleri, 6. Hasta iletişimi, 7. Fiziksel çevre	Kamu	246, yatan hastalar	Faktör analizi, Regresyon analizi	Algılanan hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktörler sırasıyla destek hizmetleri, yönetim/ıdari hizmetler, hasta iletişimi, hemşirelik hizmetleri, doktor hizmetleri olmuştur.
Lien ve diğerleri	2014	Algılanan hizmet kalitesi > Merkez hastaneye güven, Merkez hastaneye güven > Şube hastaneye güven, Merkez hastaneye güven > tavsiye niyeti, Şube hastaneye güven > Tavsiye niyeti	1. Etkileşim kalitesi, 2. Fiziksel çevre, 3. Tedavi kalitesi	15 Hastane	483, yatan hastalar	Yapısal Eşitlik Modeli	Ana hastaneye karşı güveni tedavi kalitesi ve etkileşim kalitesi etkilemiştir. Fiziksel çevreninse anlamlı etkisi bulunamamıştır. Merkez hastaneye karşı güven şubelere de yansımaktadır. Bu güven tavsiye niyetini de olumlu etkilemektedir.
Dagger, Sweeney ve Johnson	2007	Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini, Hasta tatmini > Davranışsal niyet, Algılanan hizmet kalitesi > Davranışsal niyet	1. Kişiler arası ilişkiler, 2. Teknik kalite, Fiziksel çevre, 3. Yönetim hizmetleri	5 Özel hastane	1333	Yapısal Eşitlik Modeli	Algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyeti, tatmin de davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemiştir. Algılanan hizmet kalitesi hizmet kalitesi boyutları ile davranışsal niyet arasında aracılık görevi görmüştür.

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları	Hastane Türü	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Yağcı ve Duman	2006	Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini	1. Doktor hizmetleri, 2. Süreç, 3. İdari hizmetler, 4. Fiziksel çevre	Devlet, özel ve üniversite hastaneleri	225	Faktör analizi, ANOVA, Regresyon analizi	Hizmet kalitesi ve tatmin düzeyi özel hastanelerde daha yüksek çıkmıştır. Hizmet kalitesi boyutları, özel hastanelerde hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir.
Boshoff ve Gray	2004	Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini, Algılanan hizmet kalitesi > Davranışsal niyet	1. İletişim, 2. Fiziksel çevre, 3. Hemşire hizmetleri, 4. Güven, 5. Yanıt verebilirlik, 6. Güvenlik, 7. Doktor hizmetleri	4 özel hastane	323, yatan hastalar	Faktör analizi, Regresyon analizi	Hizmet kalitesi boyutlarından sırasıyla hemşirelerin empatisi, güven, fiziksel çevre ve güvenlik davranışsal niyet üzerinde anlamlı etkiye sahip olmuştur.
Varinli ve Çakır	2004	Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini, Fiyatın uygunluğu > Hasta tatmini, Hasta tatmini > Tavsiye etme, Hasta tatmini > Davranışsal niyet	1. Doktor hizmetleri, 2. Hemşirelik hizmetleri, 3. Süreç, 4. İdari hizmetler	Özel poliklinik	185, ayakta hastalar	Faktör analizi, Regresyon analizi	Hasta tatminini doktor hizmetleri, idari hizmetler ve fiyatın uygunluğu anlamlı etkilemiştir. Özel hastane polikliniğini yeniden tercih ve tavsiye etmede öncelikle fiyat ve ardından hasta tatmini olumlu etkilemiştir.

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları	Hastane Türü	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Choi ve diğerleri	2004	Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini, Algılanan hizmet kalitesi > Algılanan değer, Algılanan hizmet kalitesi > Davranışsal niyet, Algılanan değer, > Davranışsal niyet, Hasta tatmini > Davranışsal niyet	1. Süreç, 2. Hemşire hizmetleri, 3. Doktor hizmetleri, 4. Fiziksel çevre	Kamu	537	Keşfedici faktör analizi, Doğrulayıcı faktör analizi	Algılanan hizmet kalitesi, hasta tatminini davranışsal niyetten daha güçlü etkilemiştir. Hasta tatmini davranışsal niyet ile algılanan hizmet kalitesi arasında aracılık görevi görmüştür. Diğer ilişkiler de olumlu yönde etki göstermiştir.
Westaway ve diğerleri	2003	Sağlık durumu > Hasta tatmini	1. Kişiler arası ilişkiler, 2. Organizasyonel ilişkiler	2 Kamu	263, ayakta hastalar	Faktör analizi, Farklılık analizi	Sağlık durumu zayıf olan hastaların tatmin düzeyi iyi olanlara göre düşük kalmıştır. Ayrıca zihinsel sağlık durumu kötü olan hastaların da tatmin düzeyi daha düşük kalmıştır.
Tarım	2002		1. Hemşirelik hizmetleri, 2. Süreç, 3. Fiziksel çevre 4. Güven, 5. Güvenilirlik	Belirtilmemiş	150	Faktör analizi	Bir hastanenin hizmet kalitesini belirleyen boyutlar saptanmıştır.
Vandamme ve Leunis	1993	Hizmet kalitesi boyutları > Algılanan hizmet kalitesi, Hizmet kalitesi boyutları > Hasta tatmini	1. Fiziksel çevre, 2. Doktor hizmetleri, 3. Sağlık personeline olan güven, 4. Sunulan hizmetlere olan güven, 5. Hemşire hizmetleri, 6. Kişisel değerler ve inanç	Kamu	70, yatan hastalar	Faktör analizi, Regresyon analizi	Hizmet kalitesi boyutları, algılanan hizmet kalitesi ve hasta tatmini üzerinde etkili olmuştur. Ayrıca hastanede geçirilen sürenin tatmin ve kalite algılamalarında anlamlı etkisi olmadığı saptanmıştır.

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları	Hastane Türü	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Reidenbach ve Sandifer-Smallwood	1990	Algılanan hizmet kalitesi > Genel kalite algılaması, Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini, Algılanan hizmet kalitesi > Tavsiye niyeti	1. Hasta güveni, 2. Kurumsal yetkinlik, 3. Tedavi kalitesi, 4. Destek hizmetleri, 5. Fiziksel çevre, 6. Bekleme süresi, 7. Empati	Belirtilmemiş	219, ayakta, yatan hasta ve acil servis hastaları	Faktör analizi, Regresyon analizi	Ayakta hastalarda hasta güveni boyutu genel kalite algılaması üzerinde etkili iken, yatan hastalarda hasta güveni, tedavi kalitesi ve kurumsal yetkinlik etkili olmuştur. Hasta güveni tüm hasta türlerinde tatmin ve tavsiye niyetini anlamlı etkilemiştir.
Shan ve diğerleri	2016	Hasta güveni > Hasta tatmini, Tıbbi harcama > Hasta tatmini, Sigorta durumu > Hasta tatmini, Sağlık personelinin tutumu > Hasta tatmini, Fiziksel çevre > Hasta tatmini	Tek boyutta ölçülmüştür.	Kamu ve özel hastaneler	1200, yatan hastalar	Lojistik regresyon analizi	Hasta tatmininin en önemli belirleyicisi hasta güveni olmuştur. Sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasındaki ilişkinini oluşmasında güven önemli bir role sahiptir. Fiziksel çevre ise hasta ve doktor arasındaki güveni oluşturmada rol oynamıştır.
Chang, Chen ve Lan	2013	Algılanan hizmet kalitesi > Hasta güveni, Algılanan hizmet kalitesi > Hasta tatmini, Hasta güveni > Hasta tatmini	1. Tıbbi personelin yaklaşımı, 2. İdari personelin yaklaşımı, 3. Fiziksel çevre, 4. Yanıt verebilirlik, 5. Güvenilirlik, 6. Güven	2 Kamu	285, ayakta hastalar	Yapısal Eşitlik Modeli	Algılanan hizmet kalitesi hasta tatminini ve hasta güvenliğini olumlu etkilemiş, hasta güveni de tatmini olumlu etkilemiştir. Hasta güveni aracılık görevi görmüştür.

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları	Hastane Türü	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Yılmaz ve Akkaya	2009	Demografi > Hasta güveni, Hasta güveni > Hasta tatmini	Tek değişkenle ölçülmüştür.	Kamu	305	Korelasyon analizi	Hasta güveni ile hastaların demografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hasta güveni ile hasta tatmini arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır.
Platonova , Kennedy ve Shewchuk	2008	Hasta güveni > Hasta tatmini, Hasta güveni > Davranışsal niyet, Hasta tatmini > Davranışsal niyet	-	2 Kamu	524, ayakta hastalar	Yapısal Eşitlik Modeli	Hasta güveni, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasında olumlu yönde ilişki bulunmaktadır. Güven, tatmin ve davranışsal niyeti, tatmin de davranışsal niyeti etkilemiştir.
Leaniz ve Rodriguez	2016	Kurum imajı > Kurumsal itibar, Kurum imajı > Davranışsal niyet, Kurumsal itibar > Davranışsal niyet		Turizm	382	Yapısal Eşitlik Modeli	Kurum imajı, hem itibarı hem de davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemiştir. Kurumsal itibar da davranışsal niyeti olumlu etkilemiştir.

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sektör	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Bartikowski ve Walsh	2011	Kurumsal itibar > Bağlılık, Kurumsal itibar > Davranışsal niyet, Bağlılık > Müşteri vatandaşlığı, Davranışsal niyet > Müşteri vatandaşlığı	Bankacılık, perakende ve fast-food	583	Yapısal Eşitlik Modeli	Kurumsal itibar, bağlılık ve davranışsal niyet, müşteri vatandaşlığı üzerinde doğrudan olumlu etki göstermiştir.
Andreassen ve Lindestad	1998	Algılanan kalite > Algılanan değer, Kurum imajı > Algılanan kalite, Kurum imajı > Algılanan değer, Kurum imajı > Müşteri tatmini, Kurum imajı > Davranışsal niyet	Turizm	600	Yapısal Eşitlik Modeli	Kurum imajı algılanan kalite ve tatmini olumlu yönde etkilemiştir. Tatmin kurum imajını anlamlı etkilemiştir. Karmaşık ve müşteri tarafından değerlendirilmesi zor olan hizmetlerde kurum imajı tatminden daha önemli bir göstergedir.
Alınacak	2011	Kurumsal itibarı oluşturan boyutlar > kurumsal itibar	Perakende	960	Örnek olay, ANOVA, Post-hoc testleri	Kurumsal itibarın farklı bileşenleri davranışsal niyet üzerine farklı etkilerde bulunmuş, özellikle ürün ve hizmet kalitesi boyutu yetersiz olarak algılandığında davranışsal niyet daha olumsuz etkilenmiştir.

Yazarlar	Yıl	Test Edilen İlişkiler	Sektör	Örnek Sayısı	Yöntem	Bulgular
Nguyen ve Leblanc	2001	Kurum imajı > Davranışsal niyet, Kurumsal itibar > Davranışsal niyet	Perakende, telekomünikasyon, eğitim	780	Regresyon analizi	Perakende hizmetlerinde kurum imajı davranışsal niyeti itibardan daha güçlü etkilemiştir. Telekomünikasyon ve eğitim hizmetlerinde ise itibar, imajdan daha güçlü etkiye sahip olmuştur.
Keh ve Xie	2009	Kurumsal itibar > Müşteri güveni, Müşteri güveni > Müşteri bağlılığı, Müşteri bağlılığı > Davranışsal niyet	Teknoloji, Profesyonel çeviri ve Finansal danışmanlık hizmetleri	351	Yapısal Eşitlik Modeli	Kurumsal itibar müşteri güveni üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Müşteri bağlılığı ise müşteri güveni ve davranışsal niyet arasındaki ilişkide aracılık görevi üstlenmiştir.

BÖLÜM 4: ÖZEL HASTANELERDE HİZMET KARŞILAŞ- MALARI VE HASTA TATMİNİNİN DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde şimdiye kadar literatür taraması sonucunda ortaya çıkan teorik çerçeve dahilinde yürütülecek araştırmanın konusu, amacı, modeli ve izlenecek metodoloji hakkında bilgilere yer verilecektir.

4.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Sağlık sektöründe yaşanan son yıllardaki gelişmeler özel sağlık alanında rekabeti yoğunlaştırmıştır. Artan rekabet özel sağlık kuruluşlarının bina, tesis ve pazarlama yatırımlarını da artırmasına öncülük etmiştir. İlk zamanlarda toplum ve devlet arasında ele alınan sağlık hizmetlerinin, günümüzde işletmeler ve bireyler perspektifinden incelenme ihtiyacı doğmuştur. Bu aşamada sağlık hizmetleri pazarlaması ve bu alandaki çalışmalar önem kazanmıştır.

Sağlık sektörü, hizmet sunucuları ve alıcılarının yoğun temas halinde bulunduğu bir hizmet türü olduğundan (Öztürk, 2016), personel ve müşteri karşılaşmaları hizmet kalitesi algısının oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Hastalar sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetlerden memnun kaldıklarında işletmeye karşı sadakat oluşturabilmektedirler (Kim v.d., 2017). Böylelikle hasta sadakatini sağlayabilen kuruluşlar yoğun rekabette avantaja sahip olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlamasına dair yazın incelendiğinde, hastaların memnuniyetinin ve bağlılığının üç temel unsurdan etkilendiği saptanmıştır (Özer ve Çakıl, 2007). Birincisi hizmet verenlere ilişkin olup, hizmet sunucusu ve alıcısı arasındaki etkileşimden kaynaklanan hizmet karşılaşmalarıdır. İkincisi işletme kaynaklı faktörler olup, kurumsal imaj ya da itibarı olarak adlandırılmaktadır. Üçüncüsü ise hastaya ilişkin kişisel özellikleri kapsamaktadır.

Hizmet sunucusu ve alıcısı arasındaki etkileşimden kaynaklanan faktörler hastaların tatmin ve güven düzeyini etkileyebilmektedir. Söz konusu etkileşim sonucunda sağlık hizmetinden memnun olan ve sağlık kuruluşuna karşı güven duyan hastalar yeniden aynı kurumu tercih edebilmekte, çevrelerine de tavsiye etmektedirler (Reidenbach ve

Sandifer-Smallwood, 1990, Kessler ve Mylod, 2011; Lien v.d., 2014; Dölarslan ve Özer, 2014; Malik ve Malik, 2014; Andaleeb ve Kara, 2014; Shan v.d., 2016).

Sağlık kuruluşlarının toplum ve tüketici nezdindeki itibar ve imajları, hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini etkileyebilmektedir. Böylelikle olumlu bir bağ geliştiren sağlık işletmeleri, hastaların yeniden tercih sebebi olmalarını kolaylaştırabilecektir (Cham v.d., 2016, Ünaldı, 2015; Şatır ve Sümer, 2008; Atsan, 2017; Çınaroğlu ve Şahin, 2012).

Hizmet verenlere ilişkin faktörler genellikle kişisel özelliklerden oluşmaktadır. Bu kapsamda hastaların cinsiyet, eğitim, yaş, gelir düzeyi, medeni durumları, sigortalılık durumu, hastalık şiddeti gibi demografik özellikleri sağlık hizmetlerine dair beklentilerini belirlemekte, bu durum almış oldukları hizmetlerden duydukları tatmin düzeyini etkileyebilmektedir (Derin ve Demirel, 2011; Tengilimoğlu v.d., 2012; Simonds v.d., 2013; Karaçor ve Arkan, 2014, Qin v.d., 2017)

Günümüzde özel sağlık kuruluşları sayısındaki artışa bağlı olarak rekabetin yoğunlaştığı ve pazarlama karmasının devletin kontrolünde olduğu sağlık sektöründe müşteri kazanmanın öneminin arttığı ifade edilebilmektedir. Bu nedenle, davranışsal niyet oluşumunu inceleyen bu çalışmanın teorik açıdan literatüre, uygulama açısından sağlık kuruluşlarına katkı sağlayacağı beklenmektedir.

4.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Tüketicilerin alternatiflerinin ve beklentilerinin yıllar geçtikçe artması işletmelerin müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılamaya mecbur bırakmıştır. Dolayısıyla işletmeler müşterilerin beklentilerini karşılamak için inşaat, finans, pazarlama gibi çeşitli yatırımlar yapmaktadır. Günümüz rekabet şartları, sadık müşterilerin işletmenin değerli varlıkları arasında yer almasını sağlamıştır (Tüfekçi v.d., 2016).

Sağlık sektörü de diğer hizmet sektörlerine paralel olarak rekabetin yoğun yaşanmaya başladığı bir ortamda gelişmesini sürdürmektedir. Bundan dolayı sağlık hizmeti sunucuları daha iyi hasta deneyimi, hasta tatminini gerçekleştirme, hasta bağlılık oluşturma ve sağlık pazarında kalıcı rekabeti yakalama gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Purcărea, 2016).

Diğer yandan tüketiciler hayatlarını iyileştirmekle ilgili satın alma kararlarında, yapacakları tercihlerde birtakım kriterleri dikkate almaktadır. Söz konusu kriterler hizmet sağlayıcıların yaşattığı deneyimler ve tüketicinin işletme hakkındaki izlenimlerinden etkilenebilmektedir.

Çalışmanın amacı, özel hastanelerde gerçekleşen hizmet karşılaşmalarının davranışsal niyete etkisini incelemektir. Ancak bu amacı gerçekleştirmek üzere farklı kurumsal itibar düzeyine sahip özel hastanelerde söz konusu etkinin değişiklik gösterip göstermediği, eğer varsa bu etkinin nasıl farklılaştığı ayrıca incelenecektir.

Bunun yanı sıra çalışmanın alt amaçları şu şekildedir:

- Farklı kurumsal itibar düzeyine sahip özel hastanelerde hizmet karşılaşmalarına dair algılamaların farkını ortaya koymak
- Farklı kurumsal itibar düzeyine sahip özel hastanelerde hasta tatminine dair algılamaların farkını ortaya koymak
- Hasta tatmininin davranışsal niyet etkisini ortaya koymak ve söz konusu etkinin farklı kurumsal itibar düzeyine sahip özel hastanelerde ayrı ayrı incelemek

4.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmanın modeli oluşturulmadan önce, hasta tatminini oluşturan faktörlerin belirlenmesi için birincil ve ikincil kaynaklardan yararlanılarak bir çalışma yürütülmüştür. Ardından araştırmanın planlanan modeline yer verilmiş, modelde yer alan değişkenler alt başlıklar halinde açıklanmıştır.

4.3.1. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Hasta tatmininin nasıl oluştuğunu ortaya çıkarmak amacıyla ilk olarak literatür taraması yöntemiyle araştırma yürütülmüştür. Literatür taraması, ULAKBİM, EBSCO, SCOPUS, Clarivate Analytics (Web of Science) veritabanlarında “hasta tatmini” ve “patient satisfaction” anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Birbirine benzer bağımsız değişkenler bir üst başlık altında toplanmıştır. Bunların dışında Sağlık Bakanlığı’nın 2019 tarihli yayınladığı Sağlıkta Kalite Raporu detaylı olarak

incelenmiştir. Sonuç olarak literatürde hasta tatminini anlamlı olarak olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörler dört ana başlık altında toplanmıştır:

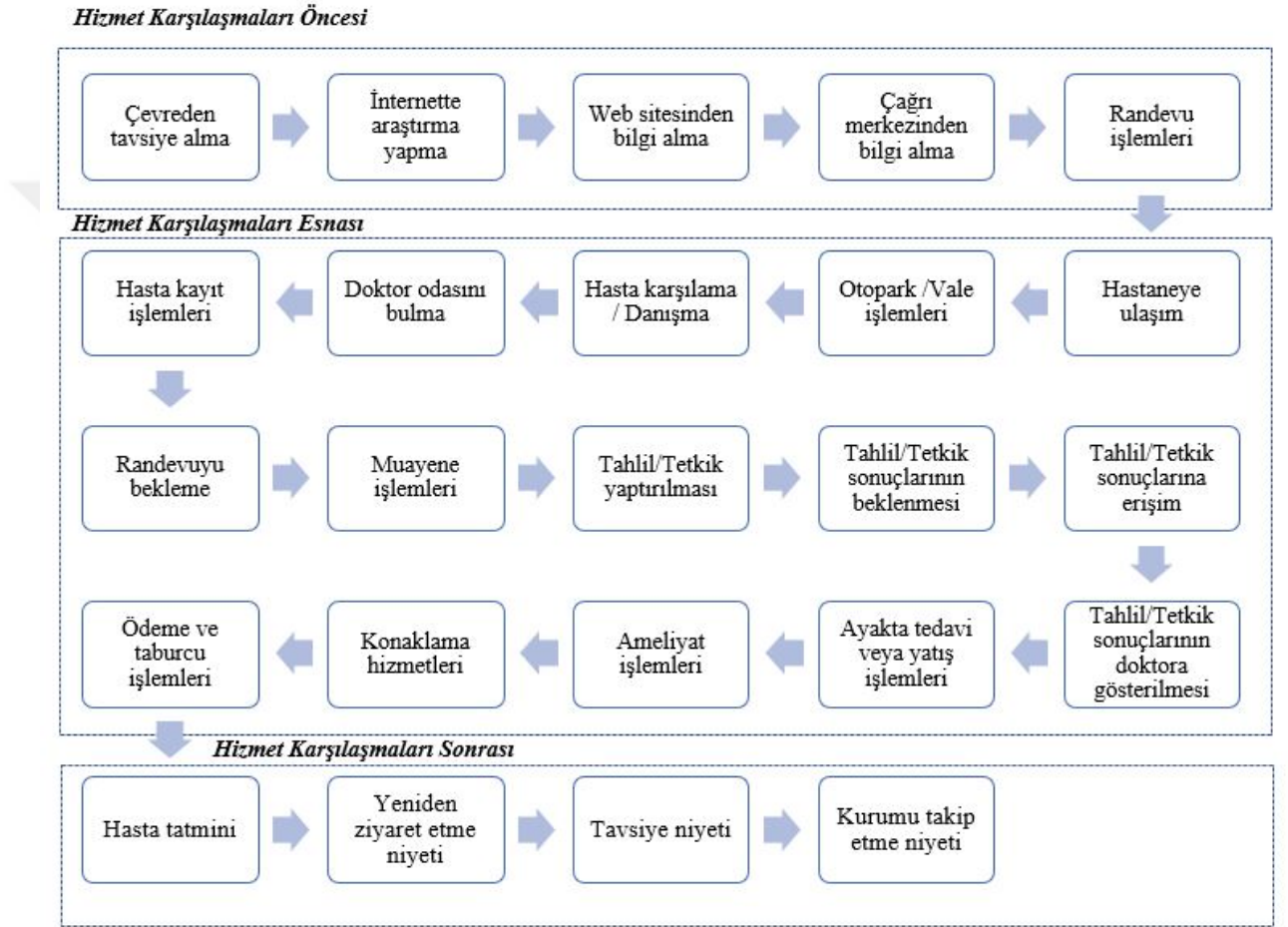
1. İşgören-hasta etkileşimi (Kim v.d., 2017; Acar ve Çetin, 2017; Itumalla, Acharyulu ve Shekhar, 2014; Vandamme ve Leunis, 1993; Chang v.d., 2013)
 - o Doktor-hasta etkileşimi
 - o Hemşire-hasta etkileşimi
 - o Diğer işgören-hasta etkileşimi
2. Hizmet imajı (Boshoff ve Gray, 2004; Tarım, 2002, Platonova v.d., 2008, Peng Ng ve Tones, 1995, Demirel ve Bülbül, 2014)
 - o Güven
 - o Bilgilendirilme
 - o Empati
3. Hastane ortamı (Lien v.d., 2014; Dagger, Sweeney ve Johnson, 2007; Yağcı ve Duman, 2006; Lee v.d., 2000; Özen, Çam ve Aslay, 2011)
 - o Fiziksel koşullar
 - o Erişebilirlik
 - o Ulaşılabilirlik
4. Hizmet yönetimi (Choi v.d., 2004; Reidenbach ve Sandifer-Smallwood, 1990, Shabbir, Malik ve Malik, 2016)
 - o Prosedür
 - o Bekleme süresi
 - o Ücret

Literatür taramasının ardından birincil kaynaklardan nitel araştırma tekniklerinden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler, farklı bölgelerde ulusal ve yerel çapta faaliyet gösteren, küçük ve büyük ölçekli 7 özel hastane yöneticisi ile gerçekleştirilmiştir (6 başhekim ve 1 hasta hizmetleri müdürü).

Derinlemesine görüşmelerde öncelikle sağlık hizmetlerinin satın alma karar süreçlerini ortaya çıkarmak adına bir hastanın sağlık hizmetini hangi aşamalardan geçerek aldığı ve hasta memnuniyetini hangi bileşenlerin etkilediği açık uçlu soru şeklinde yöneltilmiştir. Böylelikle uygulamada hizmet karşılaşmalarının hangi aşamalardan oluştuğu ve hasta tatmini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Görüşmelerden elde edilen veriler Miles ve Huberman'ın (1994) nitel veri çözümleme teknikleri takip edilerek kodlanmıştır. Kodlanan verilerden, olayları özet halinde ifade

eden olgular anlamına gelen temalar oluşturulmuştur. Elde edilen temalar, ikincil kaynaklardan edinilen bulgularla karşılaştırılarak teyit edilmesi sağlanmıştır. Nitel veri analizi sonucunda ortaya çıkan temalar, birbirini takip eden aşamalara dönüştürülerek görsel haline getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hizmet karşılaşmalarını ifade eden akış Şekil 4.1’de gösterilmiştir.



Şekil 4.1: Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Karşılaşmaları

Sağlık hizmetlerindeki hizmet akışının nasıl kavramsallaştırılacağı önem arz etmektedir. Hizmet deneyimi dikkate alındığında hizmet karşılaşmalarının, öncesi, esnası ve sonrası şeklinde üç bileşene ayrılması gerekmektedir (Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2017; Voorhees v.d., 2017). Dolayısıyla sağlık hizmetlerindeki hizmet akışı incelendiğinde, hizmet karşılaşmalarının hizmet alımından önce başlayarak, davranışsal niyetlerle hizmet sonrasında da devam ettiği görülmektedir.

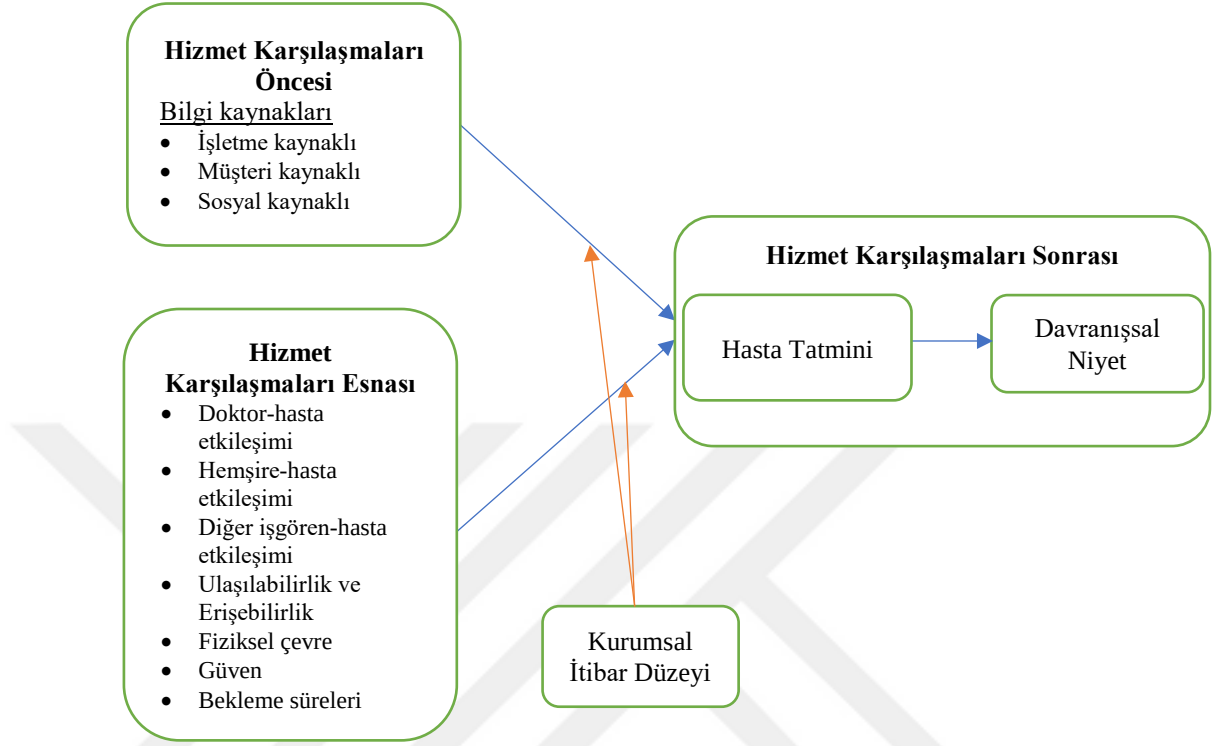
Hizmet karşılaşmaları sonucunda hastaların deneyimlerine bağlı olarak algılamaları, hastanın almış olduğu sağlık hizmetinden tatmin olmasına veya olmamasına sebep olmaktadır. Hasta tatmin olduğu takdirde yeniden ziyaret ve tavsiye etme niyeti tetiklenmektedir. Bu durum aynı zamanda kurumun web sitesini, sosyal medya hesaplarını veya kuruma dair medyada yer alan gelişmeleri takip etme olasılığını güçlendirmektedir.

İkincil ve birincil kaynaklardan elde edilen veriler derlendiğinde, araştırma modelinde de yer verilen aşağıdaki değişkenlerin özel hastaneler çerçevesinde hasta tatminini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceği belirlenmiştir.

- Hizmet karşılaşmaları öncesi
 - o İşletme kaynaklı bilgiler (Çağrı merkezi ile yaşanan deneyim)
 - o Müşteri kaynaklı bilgiler (Hastane web sitesi, bloglar, haber siteleri, forumlar gibi internet ortamından yaşanan deneyim)
 - o Sosyal kaynaklı bilgiler (aile, akraba, arkadaş gibi yakın çevreden edinilen bilgiler sonrası deneyim)
- Hizmet karşılaşmaları esnası
 - o Doktor-hasta etkileşimi
 - o Hemşire-hasta etkileşimi
 - o Diğer işgörenler-hasta etkileşimi
 - o Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik
 - o Fiziksel çevre
 - o Güven
 - o Bekleme süreleri
- Hizmet karşılaşmaları sonrası
 - o Hasta tatmini
 - o Davranışsal niyet (Yeniden ziyaret etme niyeti ve başkalarına tavsiye etme niyeti)

Ön araştırma neticesinde elde edilen bilgilerin derlendiği araştırma modelinde yer alan değişkenler aşağıda ayrıca açıklanmıştır.

Araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulan model Şekil 4.2’de sunulmuştur.



Şekil 4.2: Araştırmanın Modeli

Şekil 4.2’de yer alan araştırmanın planlanan modelinde görüldüğü üzere, sağlık hizmetleri perspektifinden hizmet karşılaştırmaları, öncesi, esnası ve sonrası şeklinde ele alınmıştır. Bu doğrultuda hizmet karşılaştırması öncesinde yaşanan hasta deneyimleri, sonrasında hasta tatminini etkilemektedir. Hizmet karşılaştırmaları esnasında yaşanan etkileşimler sonucu ortaya çıkan deneyimler de hasta tatminini etkilemektedir. Nihai olarak hizmet karşılaştırmaları öncesi ve esnasındaki deneyimler hizmet karşılaştırmaları sonrasında ortaya çıkan hasta tatmini davranışsal niyeti etkilemektedir.

Hasta tatmini aynı zamanda hizmet karşılaştırmaları öncesi ve esnasındaki hasta deneyimleri ile davranışsal niyet arasında aracılık işlevi görmektedir. Şimdiye kadar açıklanan söz konusu etkiler yüksek ve düşük itibarlı hastanelerde farklı biçimlerde gerçekleşmektedir.

4.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırma modelinde de görüldüğü üzere çalışmada 3 temel değişken grubu yer almaktadır. Söz konusu değişkenlerden hizmet karşılaştırmaları öncesi 3 boyutta, hizmet

karşılaşmaları esnası 7 boyutta, hasta tatmini ve davranışsal niyet ise tek boyutta ele alınacaktır. Ele alınan temel değişkenler ayrı alt başlıklar halinde açıklanacaktır.

Araştırmada yüksek ve düşük itibarlı olarak belirlenecek iki özel hastaneden herhangi bir sağlık hizmeti satın almış hastalar üzerinde gerçekleştirilecektir. Veri toplama işlemi öncesinde katılımcılara ilgili hastaneden son almış oldukları sağlık hizmetlerini baz alarak değerlendirmeleri talep edilecektir.

Hizmetlerin üretimi ve tüketiminin eş zamanlı olması nedeniyle, hizmetler bir karşılaşmalar setini kapsamaktadır. Söz konusu karşılaşmalar sonucunda tüketim deneyimi gerçekleşmekte ve deneyim sonucunda da müşteri tatmini veya tatminsizliği ortaya çıkmaktadır. Hizmet pazarlamasında hizmeti sunan ile alan arasındaki yüz yüze karşılaşmaların pazarlama stratejilerinin başarısında önemli rol oynadığı anlaşılmıştır (Öztürk, 2016).

Hizmetlerin pazarlanmasında, çalışanların müşterilerle olan temasları yönetme becerisi de önem teşkil etmektedir (Tek ve Özgül, 2013). Bu nedenle hizmetlerde “karşılaşma” kavramı ön plana çıkmaktadır. Hizmet karşılaşması kavramı, hizmetlerde alıcı ve satıcının yüz yüze (ikili) etkileşimini göstermek için kullanılmaktadır (Solomon v.d. 1985).

Yüksek etkileşim gerektiren ve kişiye özel hale getirilmiş hizmet türlerinde (Sağlık, kuaför vb.) özgün bir hizmet sunulmaktadır. Dolayısıyla hizmet sürecinde rol alan işgörenin bilgi, tecrübe ve müşteriye karşı tutumu hizmet karşılaşmalarında müşteri tatmini için önemli bir unsuru oluşturmaktadır (Kinard ve Capella, 2005).

Son yıllarda yürütülen araştırmalar, sağlık hizmetlerinde işgören-müşteri karşılaşmalarının müşteri tatmininde (Andaleeb ve Kara, 2013; Shabbir, Malik ve Malik, 2016; Choi v.d., 2004) ve güven oluşumunda (Lien v.d., 2014; Scotti ve Stinerock, 2003; Shan v.d., 2016) önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle hizmet karşılaşmalarının temel alındığı hizmet kalitesi değerlendirmeleri ön plana alınmıştır.

Hizmet kalitesi, farklı hizmet karşılaşmalarına göre farklı şekillerde değerlendirilebilecektir. Bu nedenle hizmet kalitesinin farklı hizmet karşılaşmaları

düzeylerine göre ayrı ayrı ölçülmesinde fayda görülmektedir. Hizmetin sunulma sürecinde rol alan hizmet sunucuları ve sunulan hizmetin birbirinden ayrıldığı anlar hizmet karşılaşmaları ölçümünde esas alınmaktadır. Söz konusu ayırım ise işletme ve müşteri perspektifinden yapılmaktadır.

Sağlık sektöründe gerçekleştirilen çalışmalarda hizmet karşılaşmalarına göre hizmet kalitesi değerlendirmelerinin algılanan kaliteyi etkilediği ortaya çıkarılmıştır (Shemwell ve Yavaş, 1999; Vandamme ve Leunis, 1993; Itumalla, Acharyulu ve Shekhar, 2014; Malik ve Malik, 2014; Kim v.d., 2017; Acar ve Çetin, 2017). Bu noktada hizmet karşılaşmalarının üç boyutta kavramsallaştırılabileceği dikkate alındığında (Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2017), araştırmada yer alan değişkenlerin üç farklı başlıkta incelenebilecektir. Öncelikle hizmet karşılaşmaları öncesi, ardından hizmet karşılaşmaları esnası ve son olarak hizmet karşılaşmaları sonrasında incelenen değişkenler açıklanacaktır.

4.4.1. Hizmet Karşılaşmaları Öncesi Hasta Deneyimi

Hizmet karşılaşmaları öncesinde müşteriler genellikle hizmet satın alma sürecinin (Kollat, Blackwell ve Engel, 1972) başında yer alan bilgi arama davranışı sergilemektedir. Bu doğrultuda müşteriler işletme ile doğrudan temas kurarak hizmet hakkında bilgi edinmektedir. Müşterilerin işletme ile kurdukları temaslar müşteri deneyimi kapsamında değerlendirilmektedir. Müşterilerin hizmet satın almadan önce işletme ile doğrudan ve dolaylı olarak kurdukları temaslar üç boyutta ele alınmaktadır (Lemon ve Verhoef, 2016).

Özel hastanelerin sundukları hizmetin davranışsal niyet oluşumuna etkisini incelendiğinde, müşterilerin sağlık hizmeti sunulan ortama dahil olmadan önceki deneyimlerinin de değerlendirmeye alınması gerekli görülmüştür. Müşterilerin işletme ile temas kurdukları her bir boyut hizmet deneyimini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecektir. Dolayısıyla hizmet karşılaşmaları öncesinde müşterilerin farklı bilgi kaynaklarına karşı tutumları ölçmek, davranışsal niyetlerinin nasıl etkilendiğini saptamak açısından önem teşkil etmektedir.

Söz konusu boyutlar şu şekilde açıklanabilmektedir:

a) İşletme kaynaklı deneyim: İşletmenin pazarlama stratejileri sonucunda müşteri ile kurulan ve işletme kontrolündeki doğrudan etkileşimler, müşterilerin işletme ile kurdukları doğrudan temaslardır. Özel sağlık kuruluşlarında en yoğun kullanılan doğrudan temas noktası çağrı merkezidir. Müşteriler sağlık hizmeti satın almadan önce işletme kaynaklı tüm bilgileri (doktor bilgisi, muayene bilgileri, fiyat bilgisi, randevu işlemleri, vb.) işletme kontrolündeki çağrı merkezinden almaktadır. Bu nedenle işletme kaynaklı hizmet karşılaşmaları öncesi temas noktası olarak çağrı merkezi tercih edilmiştir. Müşterilerin çağrı merkezine karşı tutumlarının ölçülmesi gerekli görülmüştür. İşletme kaynaklı müşteri deneyimi, literatürde yürütülen önceki çalışmalardan derlenerek şu ifadelerle ölçümlenecektir (Ulubaşoğlu, 2008; Bennington, Cummane ve Conn, 2000; Keiningham v.d., 2006):

1. Çağrı merkezi bu hastane ile ilgili güvenilir bilgi sağladı.
2. Çağrı merkezi bu hastane ile ilgili bilgiye erişimi kolaylaştırdı.
3. Çağrı merkezi bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.

b) Müşteri (birey) kaynaklı deneyim: İşletmenin kontrolünde olmayan, bireyin kendi tecrübeleri ile edindiği bilgi ve deneyim sonucunda takındığı tavrı, ortaya çıkan tutumu ifade etmektedir. Birey kaynaklı faktörler ikiye ayrılmaktadır: Çevrimiçi ve sosyal kaynaklı. Birey sağlık hizmeti almadan önce işletme kontrolünde olmayan internet siteleri, haberler, bloglar, sosyal medya platformlarındaki paylaşımlar gibi ortamlardan bilgi toplamaktadır. Bu kaynaklar çevrimiçi bilgi kaynakları olarak tanımlanmaktadır. Çevrimiçi kaynaklara karşı tutum literatürdeki çalışmalardan derlenerek aşağıdaki ifadelerle ölçülecektir (Freiden ve Goldsmith, 1989; Chiu v.d., 2009; Ulubaşoğlu, 2008):

1. İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane hakkında güvenilir bilgi edinmemi sağladı.
2. İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane hakkında yeterli bilgiye erişimimi kolaylaştırdı.

3. İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.

c) Sosyal kaynaklı deneyim: Bireylerin yararlandıkları bilgi kaynaklarından ilkini internet oluşturmuştur. İkincisini ise sosyal çevre oluşturmaktadır. Bireyin bulunduğu sosyal çevrede bulunan eş, dost, arkadaş, komşu ve yakınları gibi paydaşlardan edindikleri bilgiler sosyal bilgi kaynaklarını oluşturmaktadır. Dolayısıyla sosyal bilgi kaynaklarından elde ettiği deneyimin hasta tatmini üzerinde muhtemel rolünü incelemek üzere literatürden derlenen şu ifadelerle başvurulacaktır (Freiden ve Goldsmith, 1989; Chiu v.d., 2009; Ulubaşoğlu, 2008):

1. Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane ile ilgili güvenilir bilgi sağladı.
2. Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane hakkında yeterli bilgiye erişmemi kolaylaştırdı.
3. Sosyal bilgi kaynakları bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.

Yukarıda yer verilen açıklamalardan sonra aşağıda hizmet karşılaşmaları esnasında hangi değişkenlerin inceleneceği anlatılmıştır.

4.4.2. Hizmet Karşılaşmaları Esnası Hasta Deneyimi

Literatürde sağlık alanında hizmet karşılaşmalarına dair yürütülen çalışmalar neticesinde elde edilen bulgular, müşterilerin sağlık hizmetlerinin sunumunda rol üstlenen işgörenleri farklı düzeylere göre değerlendirdiklerini ortaya çıkmıştır (Itumalla, Acharyulu ve Shekhar, 2014; Peltier, Boyt ve Schibrowsky, 1998; Kim v.d., 2017; Scotti ve Stinerock, 2003; Andaleeb ve Kara, 2013). Örneğin doktorun sunduğu hizmetleri farklı, hemşirelerin sundukları hizmetleri farklı ve diğer işgörenlerin sundukları hizmetleri müşteriler farklı düzeylerde algılamışlardır. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde en temel hizmet karşılaşma düzeyleri doktorlar, hemşireler ve diğer işgörenler olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite algılamalarının bu üç farklı hizmet karşılaşma türüne göre farklı şekillerde ortaya çıkabileceği öngörülmektedir. Ancak müşterilerin sağlık hizmeti alım sürecinde gerçekleştirdikleri

etkileşimleri yalnızca hizmet sunumunda rol alan işgörenlerle sınırlı kalmamaktadır. Bu nedenle uzman görüşmeleri ve literatürdeki çalışmalar birlikte değerlendirilerek hizmet akışına göre incelenecek değişkenler sırasıyla açıklanacaktır.

a) Ulaşılabilirlik ve Erişebilirlik

Ulaşılabilirlik, müşterilerin sağlık hizmeti almak amacıyla işletmenin bulunduğu fiziki konuma ulaşabilme imkanını, ayrıca bu süreçte bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak ilave yük gerektirmeden işletmeye ulaşabilmelerini kapsamaktadır. Dolayısıyla ulaşılabilirlik, sağlık işletmesinin kapısına kadar hastalar tarafından yaşanan deneyimi ifade etmektedir.

Erişebilirlik ise, müşterilerin işletme içerisinde hizmet sunumu için gerekli mekan, işgören ve fiziksel bileşenlere engellerle karşılaşmadan ne ölçüde erişebildiğini ifade etmektedir. Müşterinin hizmet alımında aksama yaşamaması için işletme tarafından alınan önlemlerin müşteri deneyimini kolaylaştırması beklenmektedir.

Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, Lee ve diğerlerinin (2017), Gökkaya ve diğerlerinin (2018) çalışmaları ile uzman görüşmelerinde elde edilen verilerle oluşturulan aşağıdaki ifadelerle ölçülecektir:

1. Bu hastanenin bulunduğu konuma rahatlıkla ulaşabildim.
2. Bu hastaneye adım attığımda danışabileceğim bir görevliyi kolaylıkla bulabildim.
3. Bu hastaneye girdiğimden itibaren görevliler tarafından özenli bir şekilde yönlendirildim.
4. Bu hastanenin tahlil, muayene veya operasyon sonuçlarına kolaylıkla erişebildim.

b) Fiziksel Çevre

Hizmetler doğası gereği soyut oldukları için, müşteriler tarafından değerlendirilirken hizmetin sunulduğu fiziksel ortamdaki unsurları ipucu olarak kullanmaktadırlar (Kotler, 1973). Bu nedenle hastanın tatmin olmasında fiziki çevre şartları önemli bir yer teşkil etmektedirler.

Fiziksel çevrede yer alan unsurlar hizmetin somut bileşenlerini içermekte olduğundan, özel hastanelerin fiziksel imkanlarını, kullandıkları ekipmanları, hastane atmosferini ve görevli işgörenlerin dış görünüşlerini hastaların nasıl algıladıklarını ortaya çıkarmak gerekmektedir. Bu nedenle fiziksel çevrenin hasta tatminine etkisinin ölçülmesi planlanmaktadır.

Fiziksel deliller şu değişkenlerle ölçülecektir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988; Vandamme ve Leunis, 1993):

1. Bu hastanenin fiziki görünümü ve dekorasyonu güzeldi.
2. Bu hastane personelinin dış görünüşleri (giyim-kuşamı, bakımı) düzgündü.
3. Hizmetin verildiği ortamda kullanılan araç-gereç ekipmanlar moderndi.
4. Muayene / tetkik odaları, lavabolar temiz ve hijyenikti.
5. Bekleme yerleri yeterli ve rahattı.
6. Kantin / cafe / yemek hizmetleri yeterli ve iyiydi.
7. Hastanenin otopark/vale hizmetleri (kapasite, yönlendirme vb.) yeterliydi (Koşullu ifade).

c) Doktor etkileşimi

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında en önemli hizmet karşılaşma boyutu ve aynı zamanda kaliteli hizmetin göstergelerinden biri doktorlardır (Thomas, 2010). Doktorlar yetkinlikleri sebebiyle hastalar üzerinde karar yetkisine sahip olmaktadır. Ayrıca doktorların ilgisi ve hastaya yaklaşımı, hasta tatmini üzerinde en çok etkili olan unsurlardan biri olmaktadır (Batbaatar, 2017).

Doktor-hasta etkileşimi ölçeği literatürden derlenerek aşağıdaki gibi hazırlanmıştır (Shemwell ve Yavaş, 1999; Ramsaran-Fowdar, 2008; Boshoff ve Gray, 2004; Sohail, 2003; Özen, Çay ve Aslay, 2011; Zerenler ve Ögüt, 2013):

1. Bu hastanedeki doktor muayene ve tedavi süreçleri hakkında beni bilgilendirdi.
2. Bu hastanedeki doktorun teşhis ve tedavisi güven vericiydi.
3. Bu hastanedeki doktor ilgili, nazik ve saygılıydı.
4. Bu hastanedeki doktor inanç ve değerlerime karşı anlayışlıydı.

d) Hemşire etkileşimi

Hasta tatminini etkileyen diğer bir unsur da hemşire-hasta etkileşimi olmaktadır. Yatarak tedavi sunulan hizmetlerde daha yoğun olsa da, hemşire adı verilen sağlık işgörenleri, hastalarla sağlık hizmeti sunulma süreci boyunca etkileşim halinde bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin tutum ve davranışları hastaların tatmin sürecinde etkili olmaktadır (Altuğ ve Özhan, 2017).

Hemşirelerin hastalara itimat telkin etmeleri, neşeli ve güler yüzlü olmaları gibi duygusal faktörlerin de hastaların sağlık hizmetlerinden tatmin olmasını sağladığı çeşitli araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır (Tarım, 2002; Reidenbach ve Sandifer-Smallwood, 1990).

Hemşire-hasta etkileşimi ölçeği literatürden derlenerek aşağıdaki gibi hazırlanmıştır (Chou v.d., 2005; Koerner, 2000; Kobayashi, Takemura ve Kanda, 2011; Yağcı ve Duman, 2006):

1. Bu hastanedeki hemşire, yaptıkları işlemler hakkında beni bilgilendirdi.
2. Bu hastanedeki hemşirenin yaptıkları işlemler güven vericiydi.
3. Bu hastanedeki hemşire, özel istek ve ihtiyaçlarıma karşı anlayışlıydı.
4. Bu hastanedeki hemşire ilgili, nazik ve saygılıydı.

e) Diğer işgören etkileşimi

Günümüzde hizmet kalitesini rekabet avantajı olarak kullanmak isteyen işletmeler için, pazarlama stratejilerinde işgörelere de görev düşmektedir (Tengilimoğlu, 2016). Müşterilerle iletişime geçen ve etkileşime giren çalışanlar “yarı-zamanlı pazarlamacılar” olarak önemli bir rolü üstlenmektedirler (Gummesson, 1991). Sağlık kuruluşları için de geçerli olan bu durum, doktor ve hemşire dışındaki hizmet işgörelilerinin tutum ve davranışlarını, hasta tatminini belirleyen faktörler arasında yerleştirmiştir (Westaway v.d., 2003).

Söz konusu durum, sağlıkla ilgili uzmanlığı bulunmayan danışma, hasta kayıt, muhasebe, güvenlik, kafeterya, otopark/vale gibi işgörelilerin sunduğu hizmetlerin de değerlendirmeye tabi tutulması ihtiyacı doğmuştur. Katılımcılara idari işgörelilerin

kimler olduğuna dair ön bilgi verildikten sonra ilgili soruları yanıtlamaları talep edilecektir.

Hemşire ve idari işgören hizmetlerini açıkladıktan sonra bu iki görev tanımı arasındaki farkın ortaya koyulmasında fayda görülmektedir. Bunun için öncelikle Sağlık Bakanlığı mevzuatı incelenmiş, ardından sağlık sektöründe çalışan uzmanlarla görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

22.05.2014 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik”e göre doktor dışındaki sağlık personelleri, sağlık mensubu olup olmamasına göre sınıflandırılmıştır. Özel Hastane yöneticileriyle yapılan görüşmelerle de sınıflandırmalar teyid edilmiştir.

Doktor dışındaki sağlık mensubu olan işgörenler başlıca şunlardır:

- Ebe
- Hemşire
- Fizyoterapist
- Odyolog
- Diyetisyen
- Dil ve konuşma terapisti
- Radyoterapi teknikeri
- Anestezi teknikeri
- Tıbbi laboratuvar teknikeri

Sağlık mensubu olmayan işgörenler ise şunlardır:

- Sağlık idarecisi (Muhasebe, SGK ofisi, ...)
- Tıbbi sekreter (Danışma, Hasta kayıt, ...)

Yukarıdaki bilgilerden hareketle hemşireler ile tekniker kavramı aynı görev tanımı içerisinde yer almaktadır. Fakat sağlık hizmeti sunum sürecinde hastanın en çok yüz yüze temas kurduğu sağlık işgörenleri hemşireler olmaktadır. Solomon’un (1985)

hizmet karşılaşmaları tanımında yer aldığı “yüz yüze etkileşim” kavramı bu durumu desteklemektedir.

Diğer yandan hemşireler, doktorlarca hazırlanan tedavi programını planlamakta ve uygulamaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin verildiği alanlarda etkin bir şekilde görev almakta ve karar mekanizmalarına katılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda doktordan sonra gelen, hasta ile en yoğun temasta bulunan sağlık işgörenidir. Bu nedenle hizmet karşılaşmaları perspektifinden, birinci olan doktor hizmetlerinden sonra ikinci düzeyde hemşirelerin sunduğu hizmetler yer almaktadır.

Üçüncü düzey olan idari hizmetler sağlık mensubu olmayan işgörenlerin sundukları hizmetleri ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle, tedavi ile ilgili herhangi sağlık hizmeti sunmayıp, sağlık hizmetlerinin işleyişini sürdüren ve sağlık mensubu olmayan işgörenleri kapsamaktadır. Hastanın randevu kaydını alan ve yöneten, danışma bölümünde hastaları ilgili yerlere yönlendiren, muhasebe bölümünde sağlık hizmetleri ücretini tahsil eden, temizlik ve yemek hizmetlerini yöneten işgörenler “diğer işgörenler” olarak tanımlanmıştır.

Diğer işgörenler-hasta etkileşimi ölçeği literatürden derlenerek aşağıdaki gibi hazırlanmıştır (Itumalla, Acharyulu ve Shekhar, 2014; Peltier, Boyt ve Schibrowsky, 1998; Kim v.d., 2017; Scotti ve Stinerock, 2003; Andaleeb ve Kara, 2013):

1. Bu hastanedeki çalışan, taleplerimle hızlı bir şekilde yakından ilgilenilerek karşıladı.
2. Bu hastanedeki çalışan, dış görünüş olarak düzenliydi.
3. Bu hastanedeki çalışan, özel istek ve ihtiyaçlarıma karşı anlayışlıydı.
4. Bu hastanedeki çalışan, kibar ve nazikti.

f) Güven

Hasta memnuniyetinde güvenin önemli bir etkisi mevcuttur. Zira güven, hastaların hizmet sunucularından bekledikleri hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde gerçekleştirmelerini sonucunda ortaya çıkmaktadır (Ramsaran-Fowdar, 2008). Hizmet sunan işgörenlerin hizmet sürecinde üstlendikleri rolleri dikkatli, özenli ve doğru bir

şekilde yerine getirmeleri hastalarda güven duygusu oluşturmaktadır. Böylelikle almış oldukları sağlık hizmetlerinden tatmin olmalarını sağlayabilmektedir.

Güven değişkeni şu ifadelerle ölçülecektir (Vandamme ve Leunis, 1993; Lee v.d., 2000; Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988)

1. Bu hastanede, teşhis koyulmadan önce dikkatli bir muayeneden geçirildim.
2. Bu hastanede, muayene ve tedaviler dikkatli bir şekilde yürütüldü.
3. Bu hastanede, sağlık hizmetlerini doğru bir şekilde faturalandırmada özen gösterildi.

g) Bekleme süreleri

Hizmetlerin belirli bir zamanda başlayıp tamamlanması nedeniyle bir hizmete ancak kısa süreli sahiplik söz konusu olmaktadır. Dolayısıyla hizmetin müşteriye sunulduğu süreç içerisinde işgörenlerin hizmeti gerçekleştirmede istekli ve hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) bu olguyu işgörenlerin “yanıt verebilirliği” şeklinde tanımlamışlardır.

Sağlık hizmetlerindeki randevu alma, muayene öncesi bekleme, tahlil ve tetkik süreleri, ödeme işlemleri gibi aşamalar dikkate alındığında hastaların farklı bekleme sürelerine maruz kaldığı görülmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin farklı aşamalarındaki bekleme sürelerinin saptanması ve bunların hasta tatminini nasıl etkilediğinin ortaya çıkarılması gerekmektedir.

Bekleme süreleri aşağıdaki ifadelerle ölçülecektir (Gökkaya, İzgüden ve Erdem, 2018; Özen, Çam ve Aslay, 2011):

1. Bu hastanede, istek ve taleplerime hızlı bir şekilde yanıt verildi.
2. Bu hastanedeki işlemlerin hızından memnunum.
3. Bu hastanede muayene / tetkik / tahlil işlemlerini kısa sürede yaptırabildim.
4. Bu hastanede muayene öncesi bekleme süreleri gereğinden fazla uzundu (Ters kodlu ifade).

4.4.3. Hizmet Karşılaşmaları Sonrasında Hasta Deneyimi

Hizmet karşılaşmaları sonrasında yaşanan hasta deneyimi olarak hasta tatmini ve davranışsal niyet olarak belirlenmiştir. Söz konusu değişkenler aşağıda ele alınmıştır.

a) Hasta Tatmini

Müşteri tatmininin ölçülebilmesi için gerekli olan en isabetli aracın hangisi olduğu, gelecek çalışmaların aydınlatılabileceği en önemli soruyu teşkil etmektedir (Westbrook ve Oliver, 1993b). Müşterilerin tatmin düzeyini belirlemeye yönelik girişimler araştırmacıları farklı ölçekler geliştirmeye yönlendirmiştir.

Westbrook (1980), sosyolojik araştırmalarda hayat kalitesi algısını ölçmek için kullanılan iki uçlu boyutsal ayırma ölçeğini, çeşitli ürün ve hizmet sektöründe uygulayarak geçerlilik ve güvenilirlik testlerine tabi tutmuştur. Gerekli parametreleri sağladığını belirttikten sonra, pazarlama araştırmalarında da kullanılabileceğini önermiştir. Oliver (1980) ise uyumsuzluk paradigmasını temel olarak tatminin ölçülebileceğini belirtmiş ve literatür tarafından yaygın bir şekilde kabul görmüştür (Ross v.d., 1987; Myers, 1991; Huang ve Dubinsky, 2014).

Hasta tatmini ölçeğinin oluşturulmasında Oliver, (1993a), Kim vd., (2017), Öz ve Uyar, (2014), Dölarslan ve Özer, (2014), Hoşgör ve diğerlerinin (2017) çalışmalarından faydalanılmıştır. Hasta tatmini ölçmek için şu değişkenlerden yararlanılacaktır:

1. Bu hastaneden almış olduğum sağlık hizmeti beklentilerimi karşıladı.
2. Bu hastaneden aldığım hizmetlerden genel olarak memnun kaldım.
3. Bu hastaneden almış olduğum sağlık hizmeti ihtiyaçlarımı karşıladı.

b) Davranışsal niyet

Cronin, Brady ve Hult (2000), hizmet pazarlama teorisi kapsamında davranışsal niyetin öncüllerini incelediği çalışmalarında hizmet kalitesi, hizmet değeri algısı ve tatminin etkilerini saptamışlardır. Hizmet kalitesi davranışsal niyeti tatmin aracılığıyla etkilemiştir.

Boulding ve diğerlerine (1993) göre hizmet karşılaşmaları süresince müşterilerin kalite algılamaları, genel hizmet kalitesi hakkında bir yargıya varmalarını sağlamaktadır. Genel hizmet kalitesine dair müşteri değerlendirmeleri ise bireylerin bazı davranışlar sergilemelerine sebep olmaktadır. Söz konusu eğilimler davranışsal niyet olarak tanımlanmaktadır.

Hizmet işletmelerine karşı geliştirilen davranışsal niyet, müşterilerin tekrar satın alma niyetlerini belirleyen önemli bir değişken olarak hizmet pazarlamasının yapıtaşını oluşturmaktadır (Caruana, 2002). Bu nedenle müşterilerin davranışsal niyetlerinin nasıl belirlendiğini incelemede fayda görülmektedir.

Zeithaml, Berry ve Parasuraman (1996), davranışsal niyetin beş önemli göstergesi olduğunu belirtmiştir. Söz konusu göstergeler şunlardan oluşmaktadır:

- Müşterilerin işletme hakkında çevrelerine olumlu şeyler söylemeleri,
- İşletmeyi çevrelerine tavsiye etmeleri,
- İşletmeye karşı sadık kalmaları,
- İşletme lehine daha fazla harcama yapmaları,
- Yüksek fiyat ödemeye hazır olmalarıdır.

Sağlık hizmetlerinde davranışsal niyetin incelendiği çalışmalara dair literatür taraması sonucunda hasta güveninin davranışsal niyeti etkilediği (Lien v.d., 2014), hasta tatmininin hizmet kalitesi algılaması ile davranışsal niyet arasında aracılık görevi gördüğü (Andaleeb ve Kara, 2014; Jandavath ve Byram, 2016), hizmet kalitesinin davranışsal niyeti olumlu yönde etkilediği (Worlu, Kehinde ve Borishade, 2016; Koerner, 2000), hasta tatmininin davranışsal niyeti olumlu etkilediği (Sharma, 2017; Kim v.d., 2017) saptanmıştır.

Davranışsal niyet ölçeği için Oliver (1999), McMullan (2005), Back ve Parks (2003), Bobâlcă, Gătej(Bradu) ve Ciobanu'nun (2012) çalışmalarından yararlanılmıştır. Söz konusu ölçek aşağıdaki değişkenlerle ölçülecektir.

1. Tekrar sağlık hizmeti ihtiyacım olsa yine bu hastaneyi tercih ederim.
2. Bu hastaneden hizmet almaya devam etme niyetim var.

3. Diğer hastaneler daha iyi hizmet sunmuş olsalar bile bu hastaneyi kolay kolay bırakmam.
4. Yakın çevremdeki insanlara bu hastaneyi tavsiye edebilirim.
5. Bu hastane hakkında diğer insanlara olumlu şeyler söyleyebilirim.

4.4.4. Araştırmada Kullanılan Kriter Değişkenleri

a) Kurumsal İtibar Düzeyi

Gray ve Balmer (1998), kurumsal itibarı operasyonel model çerçevesinde ele almış ve organizasyonların kurum kimliğinin hedef kitle ile iletişim kurarak kurum imajı ve kurumsal itibar oluşturduğunu ileri sürmüştür. Kurum imajı ve kurumsal itibarın da rekabet avantajını beraberinde getirdiğini belirtmiştir.

Herbig ve Milewicz (1995), itibarın, işletmenin pazarlama stratejileri sonucunda ortaya çıktığını ifade etmiştir. Bu durumda eğer kurum, pazarlama faaliyetlerinde başarısızlığa uğrarsa ve bunu tekrarlırsa, itibarı olumsuz yönde etkilenecektir. Dolayısıyla olumlu bir kurumsal itibar hem müşterilerinin beklentilerini karşılamada katkı sağlamakta, hem de sürdürülebilir rekabet avantajı sunmaktadır.

Hizmet kalitesinin müşteri tatminini ve davranışsal niyeti olumlu etkilediğini ortaya koyan çalışmalardan daha önce bahsedilmiştir. Bununla birlikte, tüketicinin karar verme sürecinin uzadığı karmaşık ve hizmet sunucusu ile alıcısı arasında yoğun etkileşim gerektiren hizmetlerde müşteri tatminini işletme kaynaklı faktörler de etkilemektedir. Kurum imajı ve kurum itibarı bu faktörlere örnektir. İşletme kaynaklı faktörlerden kurumsal itibarın, sağlık hizmeti gibi hizmet türlerinde müşteri tatminini önemli oranda etkilediğine yönelik çalışmalar mevcuttur (Andreassen ve Lindestad, 1998; Nguyen ve Leblanc, 2001).

Müşterilerin kurum hakkındaki izlenimleri, hizmetin kalitesi hakkındaki değerlendirmelerini etkileyebilecektir (Grönroos, 1984). İşletme perspektifinden bakıldığında ise, özel hastanelerin kurum itibarını stratejik bir yönetim aracı olarak ele alındığı, itibarı oluşturmak ve artırmak adına sponsorluk, yardım kampanyaları ve çeşitli halkla ilişkiler faaliyetleri yürüttüğü gözlemlenebilmektedir.

Hizmetlerin heterojen olması nedeniyle her üretildiğinde aynı düzeyde çıktı vermesi mümkün olmamaktadır. Bu nedenle farklı işletmelerde sunulan sağlık hizmetlerinin hasta tatmini farklı derecelerde etkileyebileceği öngörülmektedir. Aynı zamanda hizmet karşılaşmaları öncesi ve esnasında yaşanan deneyimlerin de farklı şekillerde gerçekleşebileceği tahmin edilmektedir. Örneğin kurumsal itibar puanı yüksek olan bir hastanede, düşük olana göre doktor-hasta etkileşiminin ortalaması daha yüksek çıkabilecektir. Bu durumda hastanelerin itibar yatırımlarının yanında hasta memnuniyetini sağlamak adına farklı birimlerde de iyileştirmeler yapmalarına dair öneriler getirilebilecektir. Çünkü kurum itibarı müşteri tatminini etkileyebilmektedir (Andreassen ve Lindestad, 1998).

Yukarıdaki açıklamalar, sağlık hizmetlerinin müşteri tarafından algılamasının, özel hastanenin kurumsal itibarına göre farklı şekillerde gerçekleşmesine sebep olma ihtimalini doğurmaktadır. Farklı kurumsal itibara sahip özel hastanelerde hizmet karşılaşmaları ve hasta tatminine dair ortalama değerler farklılık gösterebilecektir. Bu durum, araştırmanın modeli oluşturulurken farklı kurumsal itibar düzeylerinin etkisinin incelenmesini gerektirmiştir. Araştırma doğrultusunda bir adet yüksek itibarlı, bir adet düşük itibarlı özel hastane belirlenmiş ve iki özel hastane örneklemini üzerinde araştırma yürütülmüştür.

b) Demografik özellikler

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların kişisel özelliklerine ait değişken, demografik özellikler, sigorta durumu ve geçmiş tecrübeler ile ölçülecektir.

Demografik özellikleri oluşturan değişkenler şunlardır:

- Cinsiyet
- Yaş
- Eğitim
- Gelir
- Medeni durum

c) Sigorta sahipliği

Müşterilerin bir sigortaya sahip olup olmadığı veya hangi kurumdan sigortalı olduğu, hizmet kalitesi algılamalarını etkileyebilecektir. Bu durumu incelemek için katılımcıların sigorta sahipliğine yönelik soru yöneltilmiştir.

Katılımcıların sigorta durumları şu şekilde belirlenecektir:

- SGK
- Özel sağlık sigortası
- Anlaşmalı kurumlar
- Herhangi bir sigortam yok

d) Geçmiş tecrübeler

Müşterilerin işletmeye dair önceki deneyimleri, hizmet kalitesini değerlendirirken algılamalarını etkileyebilmektedir. Benzer şekilde müşteri ile hizmet etkileşimi arasındaki etkileşim sıklığı arttıkça duygusal bağ da güçlenebilecektir.

Hastalara daha önce ilgili hastaneyi ziyaret edip etmedikleri sorularak geçmiş tecrübeleri olup olmadığı şu şekilde belirlenecektir:

- İlk kez
- 2-3 kez
- 4-5 kez
- 6 ve üzeri

e) Sigorta türü

Katılımcıların özel hastanelerden sağlık hizmeti alırken faydalandıkları sigorta türüne ait veriler ayrıca toplanacaktır. Zira özel hastanelerde özel sağlık sigortası sıkça kullanılan bir ödeme aracı olduğu gibi, anlaşmalı kurum indirimlerinden de yararlanan hastalar bulunabilmektedir. Hastaların faydalandıkları sigorta türü şu seçeneklerle belirlenecektir:

- SGK
- Özel sağlık sigortası

- Anlaşmalı kurumlar
- Sigorta yok

f) Hastaneyi tercih etmede en etkili olan sebep

Katılımcıların özel hastaneyi tercih etmede en etkili olan sebebin ortaya çıkarılması amacıyla bununla ilgili soru yöneltilmiştir. Seçenekler ise doktor, hastaneye güvendiğim için, ulaşım kolaylığı, fiyat uygunluğu, daha önce de geldiğim için, yakınım çalıştığı için, tavsiye üzerine ve diğer olarak belirlenmiştir.

g) Hangi tıbbi birimden hizmet aldığı

Katılımcının en son hangi tıbbi birimden hizmet aldığı incelenecektir. Farklı tıbbi birimlerdeki hizmet sunucusu ve alıcısı arasındaki etkileşime dair algılamalarda farklılık var mıdır? Hizmet kalitesi algılamaları tıbbi birimlere göre farklılaşmakta mıdır? Bu sorulara yanıt aramak üzere ilgili değişken oluşturulmuştur.

Yukarıda açıklanan değişkenler sağlık hizmetlerinde davranışsal niyeti etkileyen etkileşim kaynaklı, işletme kaynaklı ve kişisel özelliklerden oluşmuştur. Araştırma modelinde yer alan diğer değişkenlerden olan hasta tatmini, hasta güveni ve davranışsal niyet ise ayrı ayrı incelenecektir. Söz konusu değişkenleri ölçecek ölçekler incelenirken özellikle sağlık hizmetleri alanında yürütülmeleri ve tutarlı sonuçlar vermeleri dikkate alınan kriterler arasında yer almaktadır.

4.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma modelinde yer alan değişkenler detaylı olarak açıklandıktan sonra, model kapsamında incelenecek ilişkileri ortaya çıkarmak amacıyla hipotezler oluşturulmuştur. Her bir hipotez numaralandırılarak aşağıda sıralanmıştır.

İlk olarak, araştırma modelinde yer alan hizmet karşılaşmaları öncesinde hastaların bilgi arama sürecinde yaşadıkları işletme kaynaklı (çağrı merkezi) ve müşteri kaynaklı (çevrimiçi ve sosyal) deneyimlerin, tatminlerini nasıl etkilediklerini ortaya çıkarmak amacıyla H1 hipotezi oluşturulmuştur. Söz konusu hipotez ayrıca alt değişkenler itibarıyla ayrı ayrı incelenecektir.

H1: Hizmet karşılaşmaları öncesinde hastaların yaşadıkları deneyimlere dair algılamalar hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H1.1: Çağrı merkezi deneyimi, hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H1.2: İnternet kaynaklı deneyim, hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H1.3: Sosyal kaynaklı deneyim, hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2 hipotezi, hastaların özel hastaneye ulaştıktan sonra yaşadıkları fiziksel etkileşim ve izlenimlerinin, tatminleri üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Söz konusu hipotez, alt değişkenlere göre ayrı ayrı incelenecektir.

H2: Hizmet karşılaşmaları esnasında hastaların yaşadıkları deneyimlere dair algılamalar hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2.1.: Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2.2: Fiziksel çevre hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2.3: Doktor-hasta etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2.3: Hemşire-hasta etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2.4: Diğer işgören-hasta etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2.5: Güven hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H2.6: Bekleme süreleri hasta tatminini olumlu yönde etkiler.

H3 hipotezi, hastaların tatmin düzeylerinin, hizmet aldıkları hastaneyi yeniden ziyaret etme ve başkaları tavsiye etme eğilimlerini gösteren davranışsal niyeti etkileyip etkilemediğini sınamaktadır.

H3: Hasta tatmini, davranışsal niyet üzerinde olumlu yönde etkilidir.

H4 ve H5 hipotezleri, aracılık işlevini test etmek amacıyla oluşturulmuştur. Böylelikle hizmet karşılaşmaları öncesi ve esnasında yaşanan hasta deneyimlerinin davranışsal niyeti dolaylı olarak etkileyip etkilemediği alt boyutlar itibarıyla incelenecektir.

H4: Hasta tatmini, hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşanan deneyimler ile davranışsal niyet arasında aracılık işlevi görmektedir.

H4.1: Çağrı merkezi deneyimi, hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H4.2: İnternet kaynaklı deneyim, hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H4.3: Sosyal kaynaklı deneyim, hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H5: Hasta tatmini, hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan deneyimler ile davranışsal niyet arasında aracılık işlevi görmektedir.

H5.1.: Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H5.2: Fiziksel çevre hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H5.3: Doktor-hasta etkileşimi hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H5.4: Hemşire-hasta etkileşimi hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H5.5: Diğer işgören-hasta etkileşimi hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H5.6: Güven hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

H5.7: Bekleme süreleri hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.

Araştırma modelinde yer alan değişkenler arası yapısal ilişkilerin büyüklüğünün, yüksek ve düşük itibarlı iki farklı özel hastane örnekleminde ayrı ayrı incelenerek karşılaştırılması araştırmanın alt amaçlarından birini oluşturmaktadır. Bu nedenle,

değişkenler arası etki büyüklüğünün hastanelere göre farklılık gösterip göstermediği H6, H7 ve H8 hipotezleri aracılığıyla sınanmıştır.

H6: Yüksek ve düşük itibarlı özel hastanelerde, hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşanan deneyimlerin hasta tatminine etkisi anlamlı farklılık göstermektedir.

H6.1: Çağrı merkezi deneyiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H6.2: İnternet kaynaklı deneyiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H6.3: Sosyal kaynaklı deneyiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H7: Yüksek ve düşük itibarlı özel hastanelerde, hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan deneyimlerin hasta tatminine etkisi anlamlı farklılık göstermektedir.

H7.1.: Ulaşılabilirlik ve erişebilirliğin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H7.2: Fiziksel çevrenin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H7.3: Doktor-hasta etkileşiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H7.4: Hemşire-hasta etkileşiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H7.5: Diğer işgören-hasta etkileşiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H7.6: Güven hasta tatmininin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H7.7: Bekleme sürelerinin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.

H8: Hasta tatmininin davranışsal niyete etkisi hastanelere göre farklılaşmaktadır.

Araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulan hipotezlere yer verilmesinin ardından araştırmanın kapsamı ve hangi kısıtların bulunduğu bir sonraki başlıkta açıklanacaktır.

4.6. ARAŞTIRMANIN İÇERİĞİ VE KISITLARI

Araştırmada özel hastanelerde hizmet karşılaşmaları, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişki ve bunları etkileyebilecek muhtemel değişkenler incelenmiştir. Bu durumda araştırmaya dahil edilmesi gereken farklı değişkenler söz konusu olabileceği belirtilmeli ve araştırma bulgularının bu çerçevede değerlendirilmesi unutulmamalıdır.

Araştırmada en önemli kısıt, ana kütlenin İstanbul ili ile sınırlandırılmış olmasıdır. Özel hastane sayısının büyük çoğunluğunun bulunması nedeniyle İstanbul ili ile sınırlı olması, araştırma bulgularının tüm Türkiye'ye genellenebileceği anlamına gelmemektedir.

Her ne kadar araştırmaya dahil edilen özel hastanelerin temsil kabiliyetinin nicel ve nitel tekniklerden yararlanılarak yüksek olması konusunda hassasiyet gösterilmeye çalışılsa da, farklı kuruluşların örnekleme dahil edilmediğine dikkat çekilmektedir. Farklı kuruluşların dahil edilmesinin farklı bulgulara yol açabileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Söz konusu hastanelerin konumlarının merkezi olması hastalara ulaşım avantajı ve kolaylığı sunmaktadır. Bu durum farklı katılımcı profillerinin homojen dağılmasını, böylelikle örneklemin evreni temsil kabiliyetini artırmasını beraberinde getirmektedir. Buna rağmen hem özel hastane hem de katılımcı açısından kısıtlı bir örneklem büyüklüğünün mevcut olduğunun altı çizilmelidir.

4.7. ÖRNEKLEM SEÇİMİ VE VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Çalışmanın ana kütlesini son 6 ay içerisinde İstanbul'daki özel hastanelerden sağlık hizmeti satın almış tüketiciler oluşturmaktadır. Ana kütlede kayıtlı bireylerin listesine

ulaşılması güç olacağı için rneklemeye erevesi bulunmamaktadır. Ana kütleyi İstanbul ilinin oluşturulmasındaki başlıca sebepler şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı zel Hastaneler Dairesi Başkanlığı verilerine göre Türkiye’deki 572 aktif özel hastanenin 167’si İstanbul’da faaliyet göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu oran yaklaşık %29’a tekabül etmektedir. Dolayısıyla zel hastanelerden sağlık hizmetleri alan tüketicilerin çoğunluğunun İstanbul’da olduğu ifade edilebilmektedir.
- TÜİK’in 2019 verilerine göre toplam cari sağlık harcaması 187 milyar 673 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamanın %48,2 ile hastanelerde yapılmıştır. Hanehalkı sağlık harcamalarına %2,6 ile İstanbul en yüksek payı ayıran il olmuştur (TÜİK, 2019). Bu durum İstanbul’daki sağlığa yönelik harcamaların en fazla yapıldığı şehir olduğunu göstermektedir.
- TÜİK’in 2021 verilerine göre Türkiye’de yaşayanların %18,49’u İstanbul’da ikamet etmektedir (TÜİK, 2021). Aynı zamanda İstanbul’da yaşayan bireyler Türkiye’nin çeşitli illerinde doğup bu ilde yaşadıkları için söz konusu şehir daha kozmopolit hale gelmiştir. Bu nedenle farklı demografik, kültürel, değer ve yaşam tarzlarına sahip bireylerin temsil düzeyi açısından araştırma bulguların genellenebileceği ihtimalini beraberinde getirmektedir.

Çalışmanın amacına uygun olması nedeniyle, özel hastanelerin doktor, hemşire, idari işgören gibi çoklu hizmet karşılaşmalarının daha yoğun yaşandığı kuruluşlar olduğu varsayılmıştır. Özel hastaneler 2009 yılında SGK tarafından fark ücretine göre A, B, C, D ve E sınıfı şeklinde gruplandırılmıştır. Fakat söz konusu sınıflandırmaya hastane yöneticilerinin itiraz etmesi ve uygulamada kabul görmemesi nedeniyle geçerliliğini yitirmiştir. Mevcut durumda hastanelere yönelik standart bir gruplama sistemi bulunmamaktadır. Konu hakkında sağlık sektöründe yönetici kademesindeki uzman kişilerle görüşmeler yapılmış ve söz konusu durum teyit edilmiştir.

Bir sonraki başlıkta, araştırmaya dahil edilecek yüksek ve düşük itibarlı özel hastanelerin nasıl belirlenebileceği detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

4.7.1. Araştırmaya Dahil Edilecek Özel Hastanelerin Belirlenmesi

Araştırma kapsamında kurumsal itibarı yüksek ve düşük olarak saptanabilecek özel hastanelerin araştırmacıdan bağımsız olarak objektif bir şekilde nasıl belirlenebileceği bir problem teşkil etmektedir. Bu probleme çözüm getirmek için Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) tekniğinden yararlanılmıştır. Çünkü AHS, çok kriterli bir karar verme tekniği olarak subjektif yargıları istatistiksel yöntemlerle değerlendirerek mümkün olduğunca objektif bir şekilde karar almaya yardımcı olmaktadır (Palcic ve Lalic, 2009).

Yüksek itibarlı özel hastanenin belirlenmesi amacıyla AHS yönteminin uygulanması dört aşamadan oluşmaktadır. İlk üç aşama için birinci çalışma, dördüncü aşama için ikinci çalışma yürütülecek ve AHS tamamlanacaktır.

1. Birinci çalışmada özel hastanelerin itibarlı olarak nitelendirilebilmesi için ihtiyaç duyulan kriterlerin ve kriterlere ait önem ağırlıkları uzmanlar tarafından belirlenecektir.
2. İkinci çalışmada ise, belirlenen kriterler doğrultusunda özel hastaneler uzmanlar tarafından puanlanacak, önem ağırlıkları ile çarpılarak her bir hastanenin itibar puanı hesaplanacaktır.

Düşük itibarlı özel hastane içinse AHS tekniği uygulaması kapsamında görüşülecek uzmanlardan alınan verilerle bir kontrol listesi hazırlanacaktır. Söz konusu liste, düşük itibarlı özel hastaneyi belirleyebilmek adına filtre işlevi görecektir. Aşağıda öncelikle yüksek itibarlı özel hastaneyi belirleyebilmek amacıyla AHS süreci anlatılacaktır.

4.7.1.1. Yüksek İtibarlı Özel Hastanenin Belirlenmesi

AHS'nin ilk aşaması, karar probleminin tanımlanması, kriter veya alt kriterlerin belirlenmesidir. Araştırmanın bu bölümünde problem, yüksek itibarlı özel hastanenin objektif bir biçimde nasıl belirlenebileceğidir. Söz konusu amaç doğrultusunda karar kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Bir özel hastanenin yüksek itibarlı olarak değerlendirilebilmesi için hangi kriterlerin dikkate alınacağı hiyerarşinin temelini oluşturacaktır. Buna istinaden öncelikle ikincil

kaynaklardan yararlanmak üzere literatür taraması yapılmıştır. Literatür taraması sonucunda, kurumsal itibarı belirleyebilecek kriterler şunlar olarak belirlenmiştir:

- Finansal performans (Roberts ve Dowling, 2002; Fombrun v.d., 2000; Lewis, 2003; Helm, 2007)
- Ürün ve hizmet kalitesi (Fombrun v.d., 2000; Fryxell ve Wang, 1994; Schwaiger, 2004; Chun, 2005; Helm, 2007)
- Vizyon ve liderlik (Fombrun v.d., 2000)
- Sosyal ve çevresel sorumluluk (Fombrun v.d., 2000; Fryxell ve Wang, 1994; Lewis, 2003)
- Pazar liderliği (Schwaiger, 2004; Greyser, 1999; Chun, 2005)
- Faaliyet süresi (Caruana, 1997)
- Rekabet etkinliği (Greyser, 1999)
- Yenilikçilik (Fombrun, 1998)
- Uzun dönemli yatırım değeri (Fombrun, 1998)

Yukarıda sıralanan yüksek itibarı belirleyen yönetsel bakış açısı dikkate alınarak, tüketici perspektifi dışından ele alınmıştır. Örneğin duygusal cazibe (Fombrun, 1998) gibi bir kriter dahil edilmemiştir. Çünkü söz konusu boyut yapısı itibarıyla subjektif yargıları temel alarak genellikle tüketiciler nezdinde değerlendirmektedir. Çalışma ortamı (Fombrun v.d., 2000) da, işgören perspektifinden ele alındığından benzer sebeplerden ötürü kriter olarak dahil edilmemiştir.

AHS uygulamasında uzman görüşlerine dayanarak değerlendirme yapıldığından, tüketici yargıları amacın dışında kalmaktadır. Ürün ve hizmet kalitesi boyutu tüketici nezdinde değil, teknik kalite (Grönroos, 1984) kavramına dayanılarak uzman görüşüyle değerlendirilecektir. Teknik kaliteye, hastanenin sahip olduğu teknolojik donanım (robotik cerrahi teknolojisi bulunması gibi) ve ekipmanların kalitesi (fMRI cihazının bulunması gibi) örnek gösterilebilmektedir.

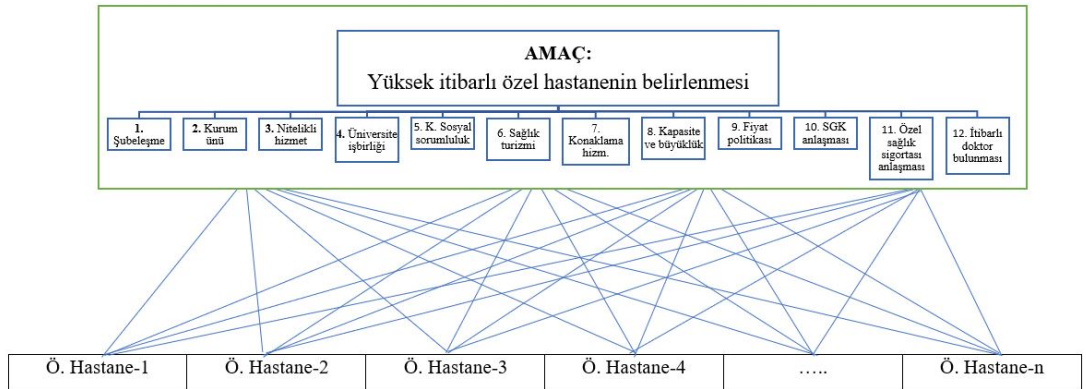
AHS’de uzmanlar hiyerarşik yapıyı tartışarak gözden geçirebilmekte ve değiştirebilmektedir. Dolayısıyla her bir uzmanın görüşü alındıktan sonra hiyerarşik yapı son şeklini alacaktır (Timor, 2011). Bu nedenle yüksek itibarın belirleyici olarak çalışmaya dahil edilen kriterlerin ve hastane isimlerinin, uzman görüşlerine istinaden

revize edilebileceği unutulmamalıdır. Çünkü AHS’de grup kararı verilmesi gerektiği durumlarda uzlaşma sağlanması gerekmektedir.

Bir kişinin uzman olarak nitelendirilebilmesi için özel sağlık sektöründe en az 10 yıl tecrübeye sahip olması, hasta deneyimi üzerinde etki edebilecek karar alma yetkisinin bulunması, yönetici pozisyonunda görev yapması kriterleri aranmıştır. Bu doğrultuda İstanbul’da faaliyette bulunan özel hastanelerden 4 başhekim ve 2 yönetici pozisyonundaki uzman ziyaret edilmiş ve yüksek ve düşük itibarlı olarak nitelendirilebilecek özel hastanelerde hangi kriterlerin dikkate alınabileceği ve söz konusu kriterlerin önem ağırlıklarının neler olabileceği soruları yöneltilmiştir.

Görüşmelerden elde edilen veriler yazıya aktarılmış, ardından ikincil kaynaklardan literatür taramasında ortaya çıkan kavramlarla mukayese edilmiştir. Veriler arasındaki kavramsal örüntüler incelendikten sonra ana kriterler ve alt kriterler olarak belirlenmiştir.

Literatür taraması sonucunda planlanan hiyerarşik yapı Şekil 4.3’teki gibi oluşturulmuştur. Hiyerarşik yapıda yer alan kriterler uzman görüşlerine istinaden revize edilebilecektir.



Şekil 4.3: AHS Kapsamında Oluşturulan Hiyerarşik Yapı

Şekil 4.3’teki hiyerarşik yapı AHS’nin özetini temsil etmekte ve iki ayrı çalışmanın yürütüleceğini göstermektedir. Amaçlanan ise, itibarlı özel hastanelerin AHS ile belirlenen kriterlerine göre puanlamasını yapabilmek ve en yüksek puana sahip olan özel hastaneyi yüksek itibarlı olarak nitelendirebilmektir.

AHS uygulamasının ikinci aşaması, hiyerarşik yapıya göre oluşturulan kriterlerin uzmanlar tarafından ikili karşılaştırmalar yöntemiyle değerlendirilmesidir. Her kriter, bir diğer kritere göre uzmanların deneyim ve yargılarına bağlı olarak önem düzeyine göre nitelendirilecektir. Oylama, Saaty ve Vargas'ın (2012) Tablo 4.1'de yer alan 9'lu önem ölçeği dikkate alınarak gerçekleştirilecektir.

Tablo 4.1: Kriterlerin Değerlendirilmesinde Kullanılan 9'lu Ölçek

Önem Derecesi	Tanım	Açıklama
1	Eşit	İki kriter eşit öneme sahip
3	Orta derece önemli	Bir kriter diğerine göre nispeten önemli
5	Önemli	Bir kriter diğerine göre açıkça önem arz ediyor
7	Çok önemli	Bir kriter diğerine göre daha ağırlıklı öneme sahip
9	Son derece önemli	Bir kriter diğerine göre üst düzey öneme sahip
2,4,6,8	Ortanca değerler	İki ardışık değer arasında kararsız kalındığında atanan ara değerler

Önem ölçeği temel alınarak hazırlanan kriter önem dereceleme formu aşağıdaki biçimde hazırlanmıştır. Uzmanlardan, Tablo 4.2'de yer alan kriterleri ikili olarak karşılaştırmaları, köşegenin sağında kalan boş kutucukları 1'den 9'a kadar önem derecesine göre oylamaları talep edilecektir. Değerlendirme formunda Tablo 4.1'deki ölçek de bilgi amaçlı yer alacaktır.

Tablo 4.2: İkili Karşılaştırmalar Tablosu

	Zincir şube.	Kurum ünü	Nitelikli hizmet	Üni. işbirliği	K. Sosyal sorm.	Sağlık Turizmi	Konaklama hizm.	Kapasite ve büyüklük	Fiyat politikası	SGK anlaşm.	Özel sağlık sigortası	İtibarlı doktor
Şubeleşme	1											
Kurum ünü		1										
Nitelikli hizmet			1									
Üniversite işbirliği				1								
K. Sosyal sorumluluk					1							
Sağlık Turizmi						1						
Konaklama hizm.							1					
Kapasite ve büyüklük								1				
Fiyat politikası									1			
SGK anlaşması										1		
Özel sağlık sigortası											1	
İtibarlı doktor												1

Uzmanlardan elde edilen değerlendirme formları bir sonraki aşamada kare matrisler halinde düzenlenmektedir. Matrisin köşegeninde bulunan değerler 1 olacaktır. Örneğin köşegenin solunda yer alan (j,i) değeri, sağında kalan (i,j) değerine karşılık gelmektedir. Bu yöntemle tüm ikili karşılaştırmaların önem ağırlıkları bir araya getirildiğinde matrisi oluşturacaktır.

Tablodaki gri ile işaretli bölgeler, köşegenin sağında kalan değerlerin 1 ile bölünmesi ile oluşacak değerleri ifade etmektedir (Zahedi, 1986). Dolayısıyla değerlendirme formunun yalnızca köşegenin sağ tarafında kalan kutucukların doldurulması yeterli olacaktır.

Bir özel hastaneyi yüksek itibarlı olarak nitelendirebilmek için hangi kriterlerin çalışmaya dahil edilmesi gerektiğini belirlemek ve ilgili kriterlerin önem ağırlıklarının puanlanmasını sağlamak amacıyla araştırmaya katılmayı kabul eden uzmanların listesi Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Bunların dışında 12 özel hastaneye iletilen görüşme talebi yanıtızsız kalmıştır.

Tablo 4.3: Görüşme Yapılan Yöneticilerin Listesi

	KURUM	POZİSYON
1	Özel Memorial Hastanesi	Hasta Hizm. Müdürü
2	Özel Nisa Hastanesi	Başhekim
3	Özel Afiyet Hastanesi	Başhekim
4	Özel Medipol Hastanesi	Başhekim
5	Özel Medical Park Hastanesi	Genel Md. Yrd.
6	Özel Safa Hastanesi	Başhekim
7	Özel Amerikan Hastanesi	Başhekim

Araştırmaya dahil edilecek tüm uzmanlar ayrı ayrı form doldurarak elde edilen verilerin nasıl birleştirileceği önemli bir husustur. Bireysel değerlendirmeler aracılığıyla grup yargısına ulaşmak için en iyi yöntem geometrik ortalamalarının alınarak görüşlerin bir araya getirilmesidir (Saaty ve Vargas, 2012). Bu nedenle uzmanlardan elde edilen veriler sonucunda oluşan önem ağırlıklarının aritmetik ortalaması değil, geometrik ortalaması alınarak nihai değerlere ulaşılabacaktır.

Üçüncü aşamada Timor'un (2010) ortaya koyduğu süreç takip edilecektir. Söz konusu süreç şu şekilde gerçekleşmektedir:

- Karşılaştırmalar matrisinin her bir satırına yerleştirilmek üzere, sütunlarda yer alan elemanların ağırlıkları toplamı ortaya çıkarılır.
- Karşılaştırmalar matrisinin sütunlarındaki elemanlar, ortaya çıkan toplam sütun ağırlıklarına bölünür ve normalize edilmiş matris şekillenir.
- Ardından normalize edilmiş matrisin her satırının ortalaması alınır ve öncelikler vektörü oluşturulur.
- Öncelikler vektörü ile başlangıçtaki karşılaştırma matrisi ile çarpılarak tüm öncelikler matrisi oluşturulacaktır.
- Nihai olarak tutarlılık indeksi incelenmektedir.

AHP kapsamında yüksek itibarlı bir özel hastanenin hangi kriterlere göre değerlendirilebileceğine dair görüşmeler yapılmış, karşılaştırma matrisleri oluşturulmuş ve öncelikler vektörleri hesaplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre oluşturulan veriler Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4: Yüksek İtibarlı Özel Hastaneyi Belirleyen Kriterler

Kriterler	Ağırlık
Nitelikli hizmet	0,184
İtibarlı doktor	0,155
Özel sağlık sigortası	0,125
Üniversite işbirliği	0,110
Fiyat politikası	0,084
Kapasite ve büyüklük	0,075
Zincir şubeleşme	0,066
SGK anlaşması.	0,061
Konaklama hizm	0,053
K. Sosyal sorumluluk	0,051
Sağlık turizmi	0,036
Toplam	1,000

Tablo 4.4'e göre sırasıyla nitelikli hizmet, itibarlı doktor veya doktorlara sahip olma, özel sağlık sigortası çeşitliliği ve üniversite işbirliğinin bulunması bileşenleri yüksek itibarlı özel hastaneyi belirleyen en önemli kriterleri oluşturmuştur. Bunları takiben izlenen fiyat politikası, yatak kapasitesi ve fiziksel büyüklük, zincir şube sayıları, SGK anlaşmasının bulunması, konaklama hizmetlerinin gelişmişliği, kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri yürütmesi ve sağlık turizmi gerçekleştirmesi ise diğer kriterleri teşkil etmektedir.

Karşılaştırma matrisinin nihai halinin tutarlı olup olmadığını ortaya koymak adına Tutarlılık İndeksinin (CI) incelenecek, bunun içinse Uyum Oranı (CR) hesaplanacaktır. Uyum Oranı aracılığıyla AHS'de yapılan karşılaştırmalar arasındaki tutarlılık değerlendirilmektedir (Saaty ve Vargas, 2000). Uyum İndeksi (CI) ve Uyum Oranı (CR) değerlerinin hesaplanması için aşağıdaki formüller kullanılmaktadır. λ_{max} en büyük özdeğeri, "n" ise toplam kriter sayısıdır. CI değerinin 0,1'i aşması, subjektif algıların tutarlılığının doğrulanmadığını göstermektedir. 0,1'den yüksek değerler yeniden değerlendirmeye ihtiyaç bulunduğuna işaret etmektedir (Yıldırım ve Önder, 2015; Taylor, 2002).

$$CI = \frac{\lambda_{max} - n}{n - 1} \quad CR = \frac{CI}{RI}$$

Yukarıdaki formülde yer alan “RI” ise Rastgele Değer İndeksi’ni temsil etmektedir. Tablo 4.5’te gösterilen Rastgele Değer İndeksleri Saaty tarafından 1977 yılında hesaplanmıştır. Farklı yazarlar tarafından farklı indeksler hesaplanırsa da, söz konusu hesaplamalar Saaty’nin değerlerine yakın olduğundan yazarın ortaya koyduğu RI değerleri genel kabul görmüştür (Ishizaka ve Nemery, 2013).

Tablo 4.5: Rastgele Değer İndeksleri

n	3	4	5	6	7	8	9	10	11
RI	0,58	0,9	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49	1,51

AHS yöntemiyle yürütülen bir araştırma sonucunda hesaplanan uyum oranı (CR) değerinin 0,1’in altında olması beklenmektedir. Bazı araştırmacılar söz konusu değer 0,2 olabileceğini de belirtmişlerdir. Kabul edilebilir uyum oranına ulaşılması, AHS’nin geçerli ve güvenilir bulgular ortaya koyduğunu göstermektedir (Tzeng ve Huang, 2011). AHS çalışması sonucunda elde edilen karşılaştırma matrisinin Tutarlılık İndeksi² 0,01578, Uyum Oranı³ ise 0,01045 olarak MS Excel yazılımı aracılığıyla hesaplanmıştır. Bu değer 0,1’in altında kaldığından yüksek itibarlı özel hastaneyi belirleyen kriterler tablosunun tutarlı verilerle oluştuğu ifade edilebilmektedir.

Karşılaştırma matrisinin şekillenmesinin ardından, uzmanlardan belirli hastaneleri puanlamaları talep edilecek, böylelikle en yüksek puan alan özel hastane, mümkün olduğunca objektif bir biçimde yüksek itibarlı olarak nitelendirilebilecektir. AHS yöntemiyle karar almak üzere, İstanbul’da faaliyet gösteren yüksek itibarlı olarak nitelendirilebilecek özel hastanelerden aşağıdakiler karar alternatiflerini oluşturmaktadır:

- Acıbadem Hastanesi
- Amerikan Hastanesi
- Medical Park Göztepe Hastanesi

² CI = (11,1578-11) / (11-1) = 0,01578

³ CR = (0,01578 / 1,51) = 0,01045

- Medicana International İstanbul Hastanesi
- Medipol Mega Hastanesi
- Memorial Bahçelievler Hastanesi

Yukarıdaki hastanelerin dahil edilmesinde en önemli etken, birden fazla şubeye sahip olmaları, dolayısıyla diğer hastanelere göre daha büyük yatak kapasitesine sahip olmaları, hizmet verilen birimlerin çeşitliliği, fiziksel büyüklük, sağlık hizmetlerinde belirli standartları gerçekleştirmek üzere kurulmuş olan global akreditasyon kuruluşuna ait JCI akreditasyonuna sahip olmaları, pazarlama faaliyetlerine dair yatırım yapmaları ve pazarlama iletişim faaliyetleri yürütmeleri, medyada geniş bir şekilde yer almaları gibi çeşitli kıstaslar göz önünde bulundurulmuştur.

Daha önce Tablo 4.4'te yer verilen kriterler bir sonraki aşamada yöneticiler tarafından puanlanmıştır. Ancak bazı kriterler sayısal verilere dayandığı ve objektif biçimde tanımlanabildiği için uzmanlardan bağımsız bir şekilde puanlanabilmektedir. Bu kriterler somut kriterler olarak nitelendirilmiş olup, üniversite işbirliği, kapasite ve büyüklük, zincir şubeleşme, SGK anlaşması ve özel sağlık sigortasını kapsamaktadır. Somut kriterleri puanlamak için kurumların web siteleri incelenmiş ve yöneticilerden bilgi alınmıştır. Ardından elde edilen bilgiler 1 ile 5 arasında derecelendirilerek araştırmacı tarafından puanlanmıştır.

Nitelikli hizmet, itibarlı doktor, fiyat politikası, konaklama hizmetleri, sağlık turizmi ve kurumsal sosyal sorumluluk kriterleri ise yalnızca uzmanlar tarafından değerlendirilebileceği için soyut kriterler olarak tanımlanmıştır. Soyut kriterleri uzmanlar 1 ile 5 arasında puanlamıştır.

Yukarıda isimleri sıralanan özel hastane yöneticileri ziyaret edilmiş, elde edilen kriterlere göre özel hastaneleri 5 üzerinden puanlamaları talep edilmiştir. Öz-değerlendirme önyargılı verilere sebep olabileceği için her yönetici, görev yaptığı hastane haricindeki kurumları puanlamıştır. Görüşmeler esnasında araştırmacının puanladığı somut kriterlerin de kontrol edilmesi talep edilmiştir. Görüşmeler neticesinde özel hastanelerin itibar puanları her bir kriterin önem ağırlığı ile çarpılmak suretiyle MS Excel yazılımı aracılığıyla hesaplanmış, nihai durum Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Özel Hastanelerin İtibar Puanları

Kriterler	A	B	C	D	E	F
Hastanesi	Hastanesi	Hastanesi	Hastanesi	Hastanesi	Hastanesi	Hastanesi
Nitelikli hizmet	0,857	0,796	0,551	0,734	0,857	0,490
İtibarlı doktor	0,569	0,621	0,465	0,621	0,672	0,465
Üniversite işbirliği	0,625	0,625	0,375	0,000	0,375	0,042
Kapasite ve büyüklük	0,548	0,438	0,548	0,438	0,219	0,329
Özel sağlık sigortası	0,422	0,422	0,422	0,337	0,337	0,337
Fiyat politikası	0,275	0,225	0,175	0,250	0,325	0,250
Zincir şubeleşme	0,329	0,263	0,329	0,263	0,066	0,263
Konaklama hizm.	0,182	0,202	0,161	0,161	0,283	0,141
SGK anlaşması	0,265	0,265	0,265	0,265	0,000	0,265
Sağlık turizmi	0,222	0,171	0,171	0,154	0,120	0,120
K. Sosyal sorumluluk	0,184	0,110	0,147	0,147	0,110	0,147
Toplam	4,477	4,137	3,609	3,371	3,364	2,849

Tablo 4.6’ya göre AHS sonucunda A Hastanesi 4,477 ile birinci, B Hastanesi ise 4,137 ile ikinci en yüksek itibar puanına sahip olmuştur. Bu nedenle yüksek itibarlı özel hastane olarak A Hastanesi tercih edilmiştir. Ancak hastane yönetiminin kendi hastalarına anket uygulama izni vermemesi nedeniyle, ikinci en yüksek puana sahip olan B Hastanesi ile görüşülerek araştırmanın uygulama kısmı için izin talep edilmiştir. Hastane yönetimi, hasta onam formu ve etik kurul izin belgesi beyan edilmesi şartıyla hastane içerisinde araştırma yürütülmesine izin vermiştir. Bu durumda yüksek itibarlı özel hastane örnekleme olarak B Hastanesi hastalarının belirlenmesi planlanmış, araştırma kapsamında “Hastane-1” olarak kodlanmıştır.

Bu bölümde yüksek itibarlı özel hastanenin nasıl belirlenebileceği detaylı olarak açıklanmıştır. Araştırma modelinin uygulanacağı diğer örneklem grubunu oluşturacak düşük itibarlı özel hastanenin nasıl belirleneceği ise aşağıda anlatılmıştır.

4.7.1.2. Düşük İtibarlı Özel Hastanenin Belirlenmesi

Araştırma kapsamında düşük itibarlı özel hastanenin belirlenebilmesi için öncelikle literatür taraması yürütülmüştür. Literatür taramasında düşük itibarlı bir işletmeyi belirleyen kriterlere yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Konu hakkında bir çalışma bulunmaması, nicel araştırma yöntemlerini destekleyici nitelikte olan ve

problemleri istatistiksel yöntemler yerine derinlemesine veri elde ederek irdelemeyi sağlayan (Seggie ve Bayyurt, 2021) nitel araştırma tekniklerine başvurulmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Araştırma amaçları doğrultusunda tutarlı veri elde etmek amacıyla nitel araştırma tekniklerinden yarı-yapılandırılmış mülakat tekniği benimsenmiştir. Bu yöntemde, belirli bir konuda daha önce oluşturulmuş araştırma soruları sistematik olarak yöneltilmektedir (Berg ve Lune, 2019). Yarı-yapılandırılmış mülakatlar daha önce Tablo 4.3'te yer verilen özel hastane yöneticileri ile gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Mülakatlardan elde edilen verilerin çözümlenmesinde Miles ve Huberman'ın (1994) verileri düzenleme, sadeleştirilme, sergileme ve sunum sürecinden oluşan yaklaşım benimsenmiştir. Sonuç olarak düşük itibarlı özel hastanenin nasıl belirlenebileceğine dair kontrol listesi oluşturulmuştur. Kontrol listesinde bulunan kriterler şunlardır:

- Şube sayısının az olması
- Bilinirliğin düşük olması
- Üniversite ile iş birliğinin olmaması
- Herhangi bir sosyal sorumluluk faaliyeti yürütmemesi
- Yatak kapasitesinin düşük olması
- Fiyat politikasının düşük olması
- SGK ve Özel sağlık sigortası ile anlaşmasının olması
- Uluslararası akreditasyona sahip olmaması

Düşük itibarlı özel hastanenin nasıl belirlenebileceği uzmanlar tarafından kontrol listesinde bazı şartlara bağlanmıştır. Böylelikle kontrol listesi son şeklini almış, Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7: Düşük İtibarlı Özel Hastanenin Belirlenmesi İçin Kontrol Listesi

Kriterler	Şartlar
Şube sayısı	En fazla 3 şubeye sahip olması
Bilinirlik	Yalnızca bulunduğu ilçe veya komşu ilçelerle sınırlı olması
Afiliasyon	Üniversite ile iş birliğinin bulunmaması
Kurumsal Sosyal Sorumluluk	Faaliyette bulunmaması
Yatak kapasitesi	80 ve altında olması
Fiyat politikası	Düşük fiyat politikası
Sigorta	SGK ve Özel Sağlık Sigortası anlaşmasının bulunması
Akreditasyon	Uluslararası akreditasyonun bulunmaması
Cerrahi Birim	En fazla 40 birimde hizmet vermesi

Düşük itibarlı özel hastanenin belirlenebilmesi amacıyla oluşturulan kontrol listesi dikkate alınarak, araştırmanın gerçekleştirilmesine izin veren özel hastaneler Tablo 4.8’de gösterilmektedir.

Tablo 4.8: Araştırmaya Dahil Edilecek Düşük İtibarlı Özel Hastaneler

Şartlar	K Hastanesi	L Hastanesi	M Hastanesi
En fazla 3 şubeye sahip olması	Tek şube	3 Şube	2 Şube
Yalnızca bulunduğu ilçede bilinir olması	Evet	Evet	Evet
Üniversite iş birliğinin bulunmaması	Evet	Evet	Evet
K. Sosyal Sorumluluk Faaliyetlerinde bulunmaması	Evet	Evet	Evet
80 ve altında yatak kapasitesinin olması	42	77	48
Düşük fiyat politikası	Evet	Evet	Evet
SGK ve Özel Sağlık Sigortası anlaşmasının bulunması	Evet	Evet	Evet
Uluslararası akreditasyonun bulunmaması	Evet	Evet	Evet
En fazla 40 tıbbi birimde hizmet vermesi	26	23	36

Tablo 4.8’de yer alan özel hastaneler içerisinde, kontrol listesinde bulunan şartları en düşük düzeyde sağlayan K Hastanesi’nin, düşük itibarlı özel hastane olarak araştırmaya dahil edilmesi uygun bulunmuş, araştırma kapsamında “Hastane-2” olarak kodlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilecek özel hastanelerin nasıl belirlenebileceğine dair aşamalar tanımlandıktan ve kriterler belirlendikten sonra örneklemin nasıl oluşturulacağı anlatılmıştır.

4.7.2. Araştırma Örneklemine Belirlenmesi ve Veri Toplama Süreci

Sosyal bilimlerde yürütülen araştırmalarda örnekleme süreci araştırmanın ana kütesinin tanımlanmasıyla başlamaktadır. Ardından örnekleme çerçevesi ve örneklem büyüklüğü belirlenmekte, son olarak örnekleme yöntemine karar verilmektedir (Altunışık v.d., 2012). Araştırmanın örneklem belirleme süreci aşağıda sırasıyla açıklanmıştır.

Araştırmanın ana kütesini İstanbul'daki özel hastanelerin herhangi birinden en az bir kez sağlık hizmeti satın almış bireyler oluşturmaktadır. İstanbul, özel hastane sayısı en fazla olan ve en yüksek özel sağlık harcamalarının gerçekleştiği şehirdir. Mevcut durumda İstanbul'da 167 özel hastane bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Söz konusu hastanelerin ölçekleri farklılık göstermektedir. Bu nedenle ölçek farklılıklarını ayırt edebilmek amacıyla hastaneler itibar düzeyine göre ikiye ayrılmıştır. Ana kütle temsil etmesi muhtemel bir yüksek itibarlı, bir düşük itibarlı olmak üzere toplam iki özel hastane seçilerek örneklem oluşturulmuştur. Yüksek itibarlı özel hastaneyi belirleyen kriterler için Analitik Hiyerarşi Süreci, düşük itibarlı özel hastaneyi belirleyen kriterler için literatürde daha önce herhangi bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle yarı-yapılandırılmış mülakat tekniği uygulanmıştır.

Belirlenen özel hastanelerden son 6 ayda tedavi görmüş hastaların kayıtlı olduğu bir listeye ulaşılamadığından, örnekleme çerçevesi bulunmamaktadır. Örnekleme çerçevesi bulunmadığı takdirde, daha az maliyetli olan, zaman tasarrufu sağlayan ve büyük miktardaki anketlerin toplanmasında tercih edilen (Malhotra 2010) kolayda örnekleme tekniği kullanılmıştır. Kolayda örnekleme tekniği aynı zamanda sosyal bilim araştırmalarının büyük çoğunluğunda tercih edilmektedir (Gülbüz ve Şahin, 2018).

Araştırma örneklemin ana kütle temsil edebilmesi, homojenliğin ve mümkün olduğunca tesadüfiliğin sağlanması için amacıyla örneklem oluşturmada bazı kriterler aranmıştır. Bu kriterler sayısal olmayan ve sayısal ölçütler olarak ikiye ayrılmaktadır.

Örneklemin toplanmasında sayısal olmayan ölçütler olarak araştırmanın hastaların hastaneyi en çok ziyaret ettiği ve doktorların en çok hizmet verdiği hafta içi günlerde, hastaların en sık ziyaret ettiği 09:00-15:00 saatleri arasında, hastaların yoğun olarak

bulunduğu bekleme salonları, koridorlar, hastane önündeki açık alanlar, kafeteryalarda uygulanması gösterilebilmektedir. Diğer yandan hastane yönetiminden bilgi alınarak hasta sayılarının ilgili hastanede en çok ziyaret edilen tıbbi birimlerle paralel olması hedeflenmiştir.

Sayısal ölçütler olarak örneklem belirleme formülünden yararlanılmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemede her bir standart sapmaya düşen tolerans düzeyinin (e/Z) bilinmediği durumlarda araştırmacı bunun tahminini oranlar üzerinden yapabilmektedir. Söz konusu oranlar hakkında herhangi bir bilgiye sahip olunmadığı takdirde $\pi(1 - \pi)$ 'nin en yüksek olduğu değer temel alınabilmektedir. Söz konusu değer $0,5(1 - 0,5) = 0,25$ şeklinde ortaya çıkmaktadır (Kurtuluş, 1992).

Yukarıda öne sürülen sebeplerden ötürü yaygın kullanılan örneklem büyüklüğü belirleme yöntemi olarak aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$n = \frac{\pi(1 - \pi)}{(e/Z)^2}$$

Araştırmada hata payı olarak %5 ve güven aralığı olarak %95 değerleri tercih edilmiştir. %95 güven aralığına mukabil Z değeri 1,96'dır. İlgili değerler formüle yazıldığında örneklem büyüklüğü şu şekilde ortaya çıkmıştır:

$$n = \frac{0,5 \cdot 0,5}{(0,05/1,96)^2} = 384,16$$

Araştırmada hedeflenen örneklem büyüklüğü 400 olarak belirlenmiştir. Araştırma amacı doğrultusunda kurumsal itibarı düşük ve yüksek olan iki özel hastane iki ayrı örneklem grubunu oluşturulacağı için, örneklem büyüklüğünün toplamda 800 anket olması kararlaştırılmıştır. Ancak eksik ve yanlış doldurulan anketler ve uç değerlerin çıkarılması hesaba katıldığında, tedbir olarak toplamda 1000 kişilik bir örneklem büyüklüğü hedeflenmiştir.

Araştırma kapsamında kolayda örnekleme yöntemi aracılığıyla yüksek itibarlı özel hastaneden 493, düşük itibarlı özel hastaneden 586 veri toplanmıştır. Eksik veriler değerlendirme dışı bırakıldıktan sonra yüksek itibarlı özel hastaneden geçerli 471,

düşük itibarlı özel hastaneden geçerli 552 veri olmak üzere toplamda 1023 veriye ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında katılımcı olarak belirlenecek hastaların yatarak ve ayakta tedavi hizmeti alma ayrımının yapılıp yapılmayacağı ayrıca değerlendirilmiştir. Yatarak tedavi, hastanenin hastaya “yatış” vermesi doğrultusunda hastanın hasta odasına aktarılması ve tedavisinin burada devam edilmesini ifade etmektedir. Genellikle ameliyat gibi tıbbi operasyon geçiren ve hastalar “yatarak tedavi gören hastalar” şeklinde nitelendirilmektedir.

Yatarak tedavi gören hastalar öncelikle doktor kontrolünden geçmekte ve gerektiği takdirde cerrahi operasyona tabi tutulmaktadır. Ardından hasta odasına aktarılmakta, burada doktor kontrolünde hemşire aracılığıyla tedavisi yürütülmektedir. Ardından temizlik, yemek, hasta kayıt, çıkış, muhasebe vb. işlemler için idari işgörenlerle temasa geçilmektedir.

Özel sağlık sigortası hizmeti sunan kuruluşların sınıflandırmalarına göre bir hastanın yatarak tedavi gören hasta statüsünde değerlendirilmesi için en az 24 saat hastanede yatarak tedavi görmesi gerektiği belirtilmiştir. Fakat uzman görüşmelerinden edinilen bilgilere ve Sağlık Bakanlığı yönetmeliklerine göre, yatarak tedavi gören hastaların hastanede geçirdiği süreye dair herhangi bir limit bulunmadığı saptanmıştır. Bu nedenle bir hastanın yatarak tedavi gören hasta olarak tanımlanması için hastanenin yatış vermesi yeterli görülmüştür.

Araştırmaya farklı hizmet karşılaşma düzeylerinden doktor, hemşire ve diğer işgörenlerle etkileşime girmiş hastalar dahil edilmiştir. Bunun sebebi, ilgili araştırmaya dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunun bu üç hizmet sunucusu ile etkileşime girmesi, yalnızca doktorla etkileşime giren hastaların sayısının değerlendirmeye alınamayacak kadar düşük olmasıdır. Araştırmaya dahil edilen hastalardan bir kısmı yatarak tedavi gören hastalar olduğu gibi, ayakta tedavi gören hastalar da bulunmaktadır. Zira ayakta tedavi alan bir hasta da doktor, hemşire ve diğer işgörenlerle etkileşime geçebilmektedir.

Uygulama aşamasında, anket formları belirlenen hastanelerin içerisindeki tıbbi birimlerin bulunduğu mekanların bekleme salonlarında, kafeteryalarda, giriş

bölümündeki oturma alanlarında ve hastaların müsait bulundukları anlarda katılımcılara yöneltilmiştir. Hasta ile iletişime geçildiğinde ilk olarak çalışmanın amacı ve araştırmacı hakkında bilgi verilmiş, ardından araştırmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. “Evet” yanıtı alındığı takdirde hasta onam formunu imzalamaları talep edilmiştir. İmzaladıkları durumda anket formunu değerlendirmeleri talep edilmiştir. Uygulama aşaması 03 Kasım 2020 – 03 Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

Araştırma kapsamında iki farklı itibar düzeyine sahip özel hastaneden elde edilen örneklemin birbirine benzer olmalarının sağlanması amaçlanmaktadır. Yapısal modelde yer alan ilişkilerin örneklem grupları açısından mukayese edilmesi için bu durum önem teşkil etmektedir. İki örneklem grubunun yaş, cinsiyet, gelir, eğitim durumu ve sigorta sahipliği açısından birbirlerine benzer olduğu ayrıca test edilmiştir.

Çalışmada veri toplama tekniği olarak da anket tercih edilmiştir. Ankette yer alan ifadelerin katılımcılar tarafından değerlendirilmesi için nominal, aralıklı ve 5’li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Anket formu tasarımı her bir değişkene ait maddeler ayrı bölümler halinde yerleştirilmiştir. Değişkenlere ait ifadeler çerçeve içerisine alınmıştır. Ayrıca değişkenlerin bütüncül bir şekilde algılanmasını sağlamak adına birer boşluk bırakıldıktan sonra ifadelere yer verilmiştir. Katılımcıların değerlendirmeleri esnasında ifadeleri doğru algılamaları için bazı değişkenler detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Böylelikle araştırma modeline dair hipotezlerin test edilmesinde hataların azaltılması ve ortak metot yanlılığının (common method bias) minimize edilmesi amaçlanmıştır (Podsakoff v.d., 2003).

Araştırma kapsamında katılımcılara uygulanacak anket formunun başında bazı kriter sorularına yer verilmiştir. Kriter sorularına olumsuz yanıt veren katılımcılardan anketi sonlandırmaları rica edilmiştir. Örneklemin araştırma amacına uygun olmasını sağlamak adına oluşturulan ve filtre teşkil eden ifadeler sırasıyla şunlar olmuştur: “Son 6 ay içerisinde bu hastanenin sunduğu herhangi bir sağlık hizmetinden yararlandınız mı?”, “18 yaşın üzerinde misiniz?”, “Sağlık hizmetinden bizzat kendiniz mi yararlandınız?”. Sırasıyla üç soruya da evet yanıtını veren katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir.

Anket uygulamasına geçmeden önce katılımcılara anketle ilgili ön bilgi verilmiştir. Ardından araştırmanın detaylarının açıklandığı ve katılımcının kendi rızası ile katıldığını belgeleyen hasta onam formu imzası alındıktan sonra soruları yanıtlamaları talep edilmiştir. Anket uygulandığı esnada katılımcının yakın çevresinde hastane çalışanlarının bulunmamasına özen gösterilmiştir. Söz konusu tedbirler sosyal arzu edilebilirlik ilkesinin (Nederhof, 1985) yol açabileceği hataların en aza indirgenmesini ve araştırma verilerinin güvenliğini korumayı amaçlamaktadır.

Araştırmaya dahil edilen katılımcılarla ilgili ait detaylı veriler tanımlayıcı istatistikler başlığında açıklanmıştır.

4.8. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analize hazırlık aşamasında yapılması gereken işlemler bu başlıkta ele alınmıştır. Öncelikle katılımcılara ait demografik özelliklere ait bulgulara yer verilmiş, ardından kayıp veri analizi bulguları açıklanmıştır.

4.8.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Veriler

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ait veriler bu başlık altında ele alınmıştır. Araştırma kapsamında iki farklı özel hastaneden örneklem grubu incelenmektedir. Bu nedenle her bir kontrol değişkeni için gruplara ait veriler karşılaştırmalı tablolar halinde sergilenecektir. Kontrol değişkenlerinin gruplara göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla ki-kare ilgi analizi yürütülmüştür. Ki-kare testi sonucu ise her tablonun altında ayrıca belirtilmiştir.

Öncelikle katılımcıların cinsiyetlerine ait veriler incelenecek, ardından medeni durum, yaş, eğitim, gelir düzeyi bulgularına yer verilecektir. Katılımcıların cinsiyetlerine dair bulgular her iki özel hastane grubunda karşılaştırmalı olarak Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Örneklem gruplarına göre katılımcıların cinsiyetleri

Hastane	Cinsiyet	Kadın	Erkek	N
Hastane-1	n	259	212	471
	%	55,00	45,00	100,00
Hastane-2	n	322	230	552
	%	58,30	41,70	100,00
Toplam	n	581	442	1023
	%	43,20	56,80	100,00

Ki-kare değeri=1,158, $p=0,282>0,05$

Tablo 4.9’da yer alan verilere göre, Hastane-1 örnekleminde yer alan katılımcıların %55’i kadın, %45’i ise erkektir. Hastane-2 örnekleminde ise katılımcıların %58,30’u kadın, %41,70’i erkektir. Ki-kare testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,282>0,05$). Bu nedenle kadın ve erkek katılımcıların örneklem grupları arasında benzer olduğu ifade edilebilmektedir.

Katılımcıların medeni durumlarının hastane örneklemlerine göre sayıları Tablo 4.10’da yer almaktadır.

Tablo 4.10: Örneklem gruplarına göre katılımcıların medeni durumları

Hastane	Medeni durum	Bekar	Evli	N
Hastane-1	n	202	269	471
	%	42,90	57,10	100,00
Hastane-2	n	294	258	552
	%	53,30	46,70	100,00
Toplam	n	496	527	1023
	%	48,50	51,50	100,00

Ki-kare değeri=10,949, $p=0,001<0,05$

Tablo 4.10 incelendiğinde Hastane-1 örnekleminde yer alan bekar katılımcıların oranı %42,90, evlilerin ise %57,10’dur. Hastane-2 örneklemindeki katılımcıların ise %53,30’u bekar iken, %46,70’i evlidir. Ki-kare testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($0,001 < 0,05$). Buna göre, katılımcıların medeni durumları örneklem gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Katılımcıların yaş seviyelerine dair veriler her iki örneklem grubu için Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11: Örneklem gruplarına göre katılımcıların yaş seviyeleri

Yaş		Hastane-1	Hastane-2	N
18-28	n	177	277	454
	%	39,00	61,00	100,00
29-39	n	153	135	288
	%	53,10	46,90	100,00
40-50	n	98	89	187
	%	52,4	47,6	100,00
51-61	n	32	41	73
	%	43,80	56,20	100,00
62 ve üzeri	n	11	10	21
	%	52,40	47,60	100,00
Toplam	n	471	552	826
	%	46,00	54,00	100,00

Ki-kare değeri=18,444, $p=0,001 < 0,05$

Tablo 4.11’e göre 18-28 yaş arası katılımcıların %39’u Hastane-1, %61’i Hastane-2 örnekleminde yer almaktadır. 29-39 yaş arasında ise %53,10’u Hastane-1, %46,90’ı Hastane-2 örnekleminde bulunmaktadır. 40-50 yaş arasının %52,40’ı Hastane-1, %47,60’ının Hastane-2 örnekleminde bulunmaktadır. 51-61 yaş aralığındakilerin %43,80’i Hastane-1, %56,20’si ise Hastane-2 örneklemine aittir. Son olarak 62 ve üzeri yaşa sahip katılımcıların %52,40’ı Hastane-1, %47,60’ı ise Hastane-2 örnekleminde bulunmaktadır.

Ki-kare ilgi analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunduğundan ($p=0,001 < 0,05$), örneklem gruplarına göre katılımcıların yaş düzeylerinin farklılık gösterdiği ifade edilebilmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine ait verilerin örneklem gruplarına göre sunulduğu bulgular Tablo 4.12’de yer almaktadır.

Tablo 4.12: Örneklem gruplarına göre katılımcıların eğitim düzeyleri

Eğitim		Hastane-1	Hastane-2	N
İlköğretim	n	27	50	77
	%	35,10	64,90	100,00
Lise	n	67	96	163
	%	41,10	58,90	100,00
Üniversite	n	273	344	617
	%	44,20	55,80	100,00
Lisansüstü	n	104	62	166
	%	62,70	37,30	100,00
Toplam	n	471	552	1023
	%	46,00	54,00	100,00

Ki-kare değeri=24,567, $p=0,000<0,05$

Tablo 4.12’de yer alan bilgilere göre, ilköğretim düzeyindeki katılımcıların %35,10’u Hastane-1, %64,90’ı Hastane-2 örnekleminde yer almaktadır. Lise seviyesindekilerin ise %41,10’u Hastane-1, %58,90’ı ise Hastane-2 örnekleminde bulunmaktadır. Üniversite düzeyinde eğitime sahip katılımcıların %44,20’si Hastane-1, %55,80’i Hastane-2 örnekleminde bulunmaktadır. Lisansüstü düzeydekilerin %62,70’i Hastane-1, %37,30’u ise Hastane-2 örnekleminde bulunmaktadır.

Ki-kare testi sonucu anlamlı bulunduğu için ($p=0,000<0,05$), katılımcıların eğitim düzeylerinin örneklem gruplarına göre farklılık gösterdiği ifade edilebilmektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerine dair verilerin örneklem gruplarına göre incelendiği Tablo 4.13 aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.13: Örneklem gruplarına göre katılımcıların gelir seviyeleri

Gelir		Hastane-1	Hastane-2	N
2.500TL ve altı	n	108	219	327
	%	33,00	67,00	100,00
2.501TL - 5.000TL	n	149	174	323
	%	46,10	53,90	100,00
5.001TL - 7.500TL	n	103	82	185
	%	55,70	44,30	100,00
7.501TL - 10.000TL	n	52	40	92
	%	56,50	43,50	100,00

10.001TL ve üzeri	n	59	37	96
	%	61,50	38,50	100,00
Toplam	n	471	552	1023
	%	46,00	54,00	100,00

Ki-kare değeri=42,457, p=0,000<0,05

Tablo 4.13'teki veriler incelendiğinde, 2.500TL ve altı gelir seviyesine sahip katılımcıların %33'ünün Hastane-1, %67'sinin Hastane-2 örnekleminde yer aldığı görülmektedir. 2.501TL-5000TL arası gelir düzeyinde ise %46,10'u Hastane-1, %53,90'ı Hastane-2 örnekleminde yer almaktadır. 5.001TL-7.500TL arasındaki katılımcıların %55,70'i Hastane-1, %44,30'u Hastane-2 örnekleminde yer almaktadır. 7.501TL-10.000TL arası gelire sahip olanların %56,50'si Hastane-1, %43,50'si Hastane-2 örnekleminde, 10.001TL ve üzeri gelir düzeyine sahip katılımcıların %61,50'si Hastane-1, %38,50'si ise Hastane-2 örnekleminde bulunmaktadır.

Ki-kare ilgi analizi sonucu anlamlı bulunduğu için ($p=0,000<0,05$), katılımcıların gelir düzeylerinin örneklem gruplarına göre farklılık gösterdiği ifade edilebilmektedir.

Tanımlayıcı istatistik kapsamında yürütülen frekans analizleri ve karşılaştırmalı tabloları incelemek için yürütülen ki-kare testi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde kontrol değişkenlerine dair şu açıklamalar yapılabilmektedir:

- Medeni durum incelendiğinde, evli katılımcıların çoğunluğu (%57,10) Hastane-1 örnekleminde, bekarların çoğunluğu (%53,30) ise Hastane-2 örnekleminde yer almıştır.
- Yaş seviyeleri incelendiğinde, yalnızca genç (18-28 yaş) katılımcıların çoğunluğunun (%61) Hastane-2 örnekleminde yer aldığı görülmektedir. Bunun sebebinin, gençlerin bütçe kısıtı nedeniyle yüksek itibarlı özel hastanelere nazaran daha düşük fiyatlara sahip olması nedeniyle düşük itibarlı özel hastaneleri tercih etmesinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir.
- Eğitim düzeyleri incelendiğinde, ilköğretim mezunlarının çoğunluğunun (%64,90) Hastane-2 örnekleminde, lisansüstü mezunlarının ise büyük oranda (%62,70) Hastane-1 örnekleminde yer aldığı görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek tüketicilerin yüksek itibarlı özel hastaneleri tercih etmesi beklenen bir

durum olarak nitelendirildiği taktirde örneklem grupları arasındaki farkın doğal karşılandığı ifade edilebilmektedir.

- Gelir seviyesi incelendiğinde, yüksek gelir grubunun daha çok Hastane-1 örnekleminde, düşük gelir grubunun ise Hastane-2 örnekleminde yer aldığı saptanmıştır. Yüksek itibarlı özel hastanelerin fiyat politikasının düşük itibarlı özel hastanelere nazaran daha yukarıda olması bu duruma açıklık getirmektedir. Dolayısıyla gruplar arasında anlamlı fark saptanması doğal karşılanmaktadır.

Yukarıdaki açıklamalar genel olarak ele alındığında kontrol değişkenlerine ait sayı ve oranların örneklem gruplarına göre farklılık göstermesinin araştırma amaç ve hedefleri doğrultusunda analiz aşamasına geçilmesine engel teşkil etmeyecek derecede olduğu ifade edilebilmektedir.

Araştırma kapsamında katılımcılara demografik özelliklerin yanında ilave olarak hizmet alma sıklığını, hizmet alırken faydalanan sigorta türünü ve hastaneyi tercih etmede en çok etkili olan sebebi ortaya çıkarmak amacıyla sorular yöneltilmiştir. Hastaların hastaneden hizmet alma sıklığı Tablo 4.14’te gösterilmiştir.

Tablo 4.14: Örneklem gruplarına göre hastaneden hizmet alma sıklığı

Hizmet alma sıklığı		Hastane-1	Hastane-2	N
İlk kez	n	83	110	193
	%	17,60	19,90	18,90
2 ya da 3	n	128	169	297
	%	27,20	30,60	29,00
4 ya da 5	n	70	76	146
	%	14,90	13,80	14,30
6 ve üzeri	n	190	197	387
	%	40,30	35,70	37,80
Toplam	n	471	552	1023
	%	100	100	100

Ki-kare değeri=3,418, $p=0,332>0,05$

Tablo 4.14’e göre daha önce 6 ve üzeri sıklıkla hizmet alan katılımcıların %40,30’u Hastane-1 hastanesi örnekleminde, %35,70’si Hastane-2 hastanesi örnekleminde yer almaktadır. Ki-kare ilgi testi sonucu anlamlı olarak saptandığı için her iki örneklem

grubunda da hastaların hastaneden hizmet alma sıklığının benzer olduğu ifade edilebilmektedir ($p=0,332>0,05$).

Katılımcıların hastaneden son aldıkları hizmet için faydalandıkları sigorta türüne dair veriler Tablo 4.15’te sunulmuştur.

Tablo 4.15: Örneklem gruplarına göre hastaların faydalandıkları sigorta türü

Sigorta türü		Hastane-1	Hastane-2	N
Anlaşmalı Kurum İndirimi/Muafigiyeti	n	44	13	57
	%	77,20	22,80	100,00
Herhangi bir sigortadan faydalanmadı	n	27	65	92
	%	29,30	70,70	100,00
Özel Sağlık Sigortası	n	142	72	214
	%	66,40	33,60	100,00
SGK	n	258	402	660
	%	39,10	60,90	100,00
Toplam	n	471	552	1023
	%	46,00	54,00	100,00

Ki-kare değeri=80,965, $p=0,000<0,05$

Tablo 4.15’e göre SGK’dan yararlanan hastaların büyük çoğunluğunun (%60,90) Hastane-2 hastanesi örnekleminde, özel sağlık sigortasından yararlananların %66,40’ı ve Anlaşmalı kurum indirimi veya muafiyetinden yararlananların %,20’si Hastane-1 hastanesi örnekleminde yer almaktadır. Büyük ölçekli hastanelerin özel sağlık sigortası ve indirim muafiyeti alma imkanının daha olası olduğu dikkate alındığında bu durum doğal karşılanmaktadır. Bununla birlikte ki-kare ilgi testinin anlamlı çıkması, sigorta türünün hastanelere göre farklılık gösterdiğine işaret etmektedir ($p=0,000<0,05$).

Tablo 4.16: Örneklem gruplarına göre hastaneyi tercih etmede en etkili olan sebep

En etkili tercih sebebi		Hastane-1	Hastane-2	N
Daha önce de geldiğim için	n	32	52	84
	%	38,10	61,90	100,00
Diğer sebepler	n	49	32	81
	%	60,50	39,50	100,00
Doktor	n	136	148	284

	%	47,90	52,10	100,00
Fiyat uygunluğu	n	18	37	55
	%	32,70	67,30	100,00
Hastaneye güvendiğim için	n	117	58	175
	%	66,90	33,10	100,00
Tavsiye üzerine	n	53	58	111
	%	47,70	52,30	100,00
Ulaşım kolaylığı	n	47	151	198
	%	23,70	76,30	100,00
Yakınım çalıştığı için	n	19	16	35
	%	54,30	45,70	100,00
Toplam	n	471	552	1023
	%	46,00	54,00	100,00

Ki-kare değeri=84,517, $p=0,000<0,05$

Tablo 4.16'daki bulgular incelendiğinde, Hastane-1 hastanesi örneklemini için en çok etkili olan tercih sebepleri sırasıyla doktor (n=136) ve hastaneye güven (n=117) iken, Hastane-2 hastanesi örneklemini için ulaşım kolaylığı (n=151) ve doktor (n=148) olmuştur. Ki-kare ilgi testi sonucu anlamlı olarak saptandığından, en çok etkili olan tercih sebebi örneklem gruplarına göre farklılık göstermiştir.

Şimdiye kadar yürütülen testler aracılığıyla katılımcıların demografik özelliklerinin hastane gruplarına göre farklılıkları incelenmiştir. Genel olarak katılımcıların hastanelerdeki hangi tıbbi birimlerden hizmet aldığı ise EK-2'de bulunan tabloda yer almıştır. Bir sonraki aşamada araştırmada kullanılan değişkenleri ölçümlemek amacıyla kullanılan ölçeklerin geçerlilik analizlerine geçilmeden önce, kayıp verilerin incelendiği ve analiz sürecine nasıl dahil edildiğine değinilecektir.

4.8.2. Kayıp Veri Analizi

4.8.2.1. Kayıp Verilere Dair Frekans Analizi

Araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçları aracılığıyla elde edilen verilerin eksiksiz olması, analiz sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi için önem taşımaktadır. Ancak araştırma sonucunda eksik veri bulunması bazı durumlarda kaçınılmaz olabilmektedir. Araştırmada elde edilen verilerin eksiksiz olup olmadığı, kayıp veri analizi (missing value analysis) aracılığıyla saptanabilmektedir.

Kayıp veri analizine başlamadan önce, kayıp verilerin göz ardı edilip edilemeyeceği değerlendirilmelidir. Bunlardan göz ardı edilebilecek kayıp veriler, araştırma modelinin incelenmesi için yeterli düzeye ulaşmamış, katılımcı tarafından tamamlanmamış, yarım bırakılmış anketlerden oluşmaktadır. Bir katılımcı, maddelerin %50'den fazlasını eksik bıraktığında tamamlanmamış anket olarak nitelendirilmektedir (Hair v.d., 2014).

Kayıp veri analizi yürütülmeden önce tamamlanmamış anketlerin değerlendirme dışı bırakılması gerekmektedir. Araştırma sonucunda toplamda 56 (Hastane-1=22, Hastane-2=34) katılımcıya ait anket verisi tamamlanmamış olduğundan değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamında hazırlanan anket formunda katılımcılara sağlık hizmetinden yararlanmadan önce çağrı merkezi ile iletişime geçip geçmediği, internette araştırma yapıp yapmadığı ve sosyal çevrelerinden bilgi alıp almadıkları sorusu yöneltilmiştir. Bu sorulara “hayır” yanıtını işaretleyen katılımcılar bir sonraki bölüme ilerleyerek araştırmayı tamamlamıştır. Ancak hayır seçeneğini işaretleyen katılımcılar ilgili değişkene ait ifadeleri yanıtsız bıraktıkları için bazı değişkenlerde kayıp veriler ortaya çıkmıştır. Aşağıdaki tabloda, hangi değişkenlere ait maddelerin kayıp veri miktarının ne olduğuna yer verilmiştir.

Tablo 4.17: Kayıp veri analiz bulguları

Koşullu İfadeler	Madde sayısı	Hastane-1 n=471			Hastane-2 n=552		
		Evet	Hayır	Boş bırakılan madde sayısı	Evet	Hayır	Boş bırakılan madde sayısı
Çağrı merkezi ile iletişime geçtiniz mi?	3	437	34	102	496	56	168
Oran (%)		92,8	7,2		89,9	10,1	
İnternette araştırma yaptınız mı?	3	405	66	198	485	67	201
Oran (%)		86	14		87,9	12,1	
Sosyal çevrenizden bilgi aldınız mı?	3	423	48	144	523	29	87
Oran (%)		89,8	10,2		94,7	5,3	
Otoparktan yararlandınız mı?	1	362	109	109	351	201	201

Oran (%)		76,9	23,1		63,6	36,4	
----------	--	------	------	--	------	------	--

Tablo 4.17’ye göre, Hastane-1 örnekleminde “Çağrı merkezi ile iletişime geçtiniz mi?” sorusuna hayır yanıtını veren 34 katılımcı bulunmaktadır. 34 katılımcı, hayır yanıtı verdiği için, çağrı merkezi deneyimini ölçümleyen 3 ifadeyi değerlendirmemiş, dolayısıyla toplam (34x3=)102 ifadeyi yanıtsız bırakmıştır. Hastane-2 örnekleminde ise bu sayı 56’dır. Böylelikle toplamda (56x3=)168 madde katılımcılar tarafından boş bırakılmıştır.

“İnternette araştırma yaptınız mı?” ifadesine Hastane-1 örnekleminde hayır yanıtını veren katılımcıların sayısı 66’dır. Hayır yanıtını veren 66 katılımcı, toplamda 198 maddeyi boş bırakmıştır. Hastane-2 örnekleminde ise 67 katılımcı hayır seçeneğini işaretlemiş, toplamda 201 madde boş bırakılmıştır. “Sosyal çevrenizden bilgi aldınız mı” ifadesine Hastane-1 örnekleminde 48 katılımcı hayır seçeneğini işaretlemiştir. Bu nedenle sosyal çevre deneyimi ile ilgili toplamda 144 madde boş bırakılmıştır. Hastane-2 örnekleminde ise 29 katılımcı hayır seçeneğini işaretleyerek 87 maddeyi boş bırakmıştır.

Fiziksel çevre değişkenini oluşturan maddelerden biri otopark hizmetlerine dair değerlendirmedir. Hastane-1 örnekleminde 109 katılımcı otopark hizmetinden yararlanmadığı için ilgili maddeyi boş bırakmıştır. Hastane-2 örnekleminde ise 201 katılımcı otoparkı değerlendiren maddeyi boş bırakmıştır.

Bir değişkene ait verilerin %50’den fazlasının kayıp değerlerden oluşması halinde ilgili değişkenin silinmesi önerilmektedir. Tablo-1’deki bilgiler dikkate alındığında, hiçbir değişkende %50’nin üzerinde kayıp değer görülmemiştir. Bu nedenle değişkenlerin silinmesi söz konusu olmamaktadır. Tablo..., toplam değişken bazında kayıp verilerin oranına dair bulguları göstermiştir. Ancak her katılımcının bireysel değerlendirmeleri içerisindeki kayıp verilerin oranını ayrıca göstermek gerekmektedir. Vaka bazında kayıp veri miktarı ve oranı Tablo 4.18 ve Tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.18: Hastane-1 örnekleminde vaka başına düşen kayıp veri oranı

Ankette yer alan toplam madde sayısı	47						
Vakada boş bırakılan madde sayısı	1	4	3	6	7	9	0

Vaka başı kayıp veri oranı (%)	2,1	8,5	6,4	12,8	14,9	19,1	0
Katılımcı sayısı	82	17	45	22	10	7	288

Tablo 4.19: Hastane-2 örnekleminde vaka başına düşen kayıp veri oranı

Ankette yer alan toplam madde sayısı	47							
Vakada boş bırakılan madde sayısı	1	4	3	6	7	9	10	0
Vaka başı kayıp veri oranı (%)	2,1	8,5	6,4	12,8	14,9	19,1	21,3	0
Katılımcı sayısı	166	18	35	19	11	7	6	290

Vaka başına düşen kayıp veriler, her vakada %10'un altında kalıyorsa göz ardı edilebilmektedir. Ancak kayıp veriler belirli bir düzen halinde ortaya çıkıyorsa, rastgele dağılmıyorsa dikkate alınması gerekmektedir (Hair v.d., 2014). Araştırma kapsamında ortaya çıkan kayıp verilerin belirli bir düzen içerisinde olup olmadığını ortaya çıkarmak amacıyla SPSS yazılımında Little'ın MCAR (Missing completely at random) testi yürütülmüştür. Söz konusu test sonucunda p değerinin anlamlı çıkması ($Ki-kare=104,521$, serb. der.=27, $p=0,000<0,05$), kayıp verilerin belirli bir düzen içerisinde bulunduğunu göstermiştir.

Araştırmada kayıp verilerin belirli bir düzen içerisinde ortaya çıkma nedeni, deneyim şartı gerektiren değişkenlerin ölçülmesidir. Örneğin bir katılımcı sağlık hizmetinden yararlanmadan önce internette araştırma yapmamış olabilmektedir. İnternette bilgi arama deneyimi yaşamayan bir katılımcının, bu değişkenle ilgili maddeleri değerlendirmesi beklenmemektedir. Bu nedenle söz konusu katılımcının ilgili maddeleri boş bırakması, belirli değişkenlerin kayıp veriler barındırmasına sebep olmuştur. Dolayısıyla kayıp veriler rastgele dağılmamış, belirli bir düzene tabi olmuştur.

Kayıp verilerin analiz sürecine nasıl dahil edilebileceğine yönelik öneri getirilmeden önce, araştırma modelinde yer alan değişkenlerden eksiksiz olanların, kayıp veri barındıran değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi gerekmektedir. Bir sonraki başlıkta bu konu ele alınacaktır.

4.8.2.2. Eksiksiz Değişkenlerin Koşullu Değişkenlere Göre Farklılığının İncelenmesi

Araştırma modelinde yer alan 12 değişkenden 9'u eksiksiz verilerden oluşmaktadır. Kalan 3'ü ise katılımcıların “evet” veya “hayır” yanıtına bağlı olarak değerlendirdiği koşullu değişkenlerdir. Kayıp verinin bulunmadığı 9 değişkenin ortalama değerlerinin koşullu 3 değişkene göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t-testi ile incelenecektir. 0,05 düzeyinde anlamlı farklılık saptanmadığı takdirde koşullu değişkenlerde yer alan kayıp verilerin analiz sürecine nasıl dahil edileceği açıklanacaktır.

Araştırma kapsamında iki farklı örneklem grubu mevcut olduğundan, her örneklem grubu için ayrı ayrı fark testleri yürütülecek, elde edilen bulgular farklı tablolarla sergilenecektir.

Hastane-1 örneklemini için yürütülen bağımsız örneklem t-testi sonucunda, eksiksiz değişkenlerin ortalama değerlerinin koşullu 3 değişkene göre genel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Katılımcılardan internetten araştırma yapanlar ve yapmayanlar ile sosyal çevrelerinden bilgi alanlar ile almayanlara göre bekleme sürelerine yönelik değerlendirmeler anlamlı farklılık göstermiştir. Analiz bulgularını gösteren Tablo 4.20, 4.21 ve 4.22 aşağıdadır.

Tablo 4.20: Hastane-1 örnekleminde çağrı merkezi deneyimine göre farklılığın incelenmesi

Değişkenler	Çağrı merkezi ile iletişime geçtiniz mi?	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık
Fiziksel çevre	Hayır	34	4,17	0,629	0,886
	Evet	437	4,10	0,680	
Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik	Hayır	34	4,15	0,522	0,354
	Evet	437	4,18	0,690	
Doktor etkileşimi	Hayır	34	4,25	0,636	0,962
	Evet	437	4,28	0,728	
Hemşire etkileşimi	Hayır	34	3,91	0,785	0,124
	Evet	437	4,10	0,683	
Diğer işgören etkileşimi	Hayır	34	4,13	0,759	0,285
	Evet	437	4,15	0,681	
Güven	Hayır	34	4,05	0,745	0,738

	Evet	437	4,13	0,704	
Bekleme süreleri	Hayır	34	3,82	0,736	0,422
	Evet	437	3,79	0,646	
Hasta tatmini	Hayır	34	4,01	0,901	0,142
	Evet	437	4,09	0,753	
Davranışsal niyet	Hayır	34	3,86	0,898	0,148
	Evet	437	3,90	0,797	

Tablo 4.21: Hastane-1 örnekleminde internet kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi

Değişkenler	İnternette araştırma yaptınız mı?	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık
Fiziksel çevre	Hayır	66	3,93	0,731	0,774
	Evet	405	4,14	0,663	
Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik	Hayır	66	4,10	0,715	0,904
	Evet	405	4,19	0,673	
Doktor etkileşimi	Hayır	66	4,20	0,885	0,053
	Evet	405	4,28	0,691	
Hemşire etkileşimi	Hayır	66	3,91	0,773	0,793
	Evet	405	4,11	0,674	
Diğer işgören etkileşimi	Hayır	66	3,95	0,808	0,348
	Evet	405	4,17	0,660	
Güven	Hayır	66	3,99	0,793	0,432
	Evet	405	4,15	0,690	
Bekleme süreleri	Hayır	66	3,87	0,793	0,008
	Evet	405	3,78	0,626	
Hasta tatmini	Hayır	66	3,89	0,960	0,067
	Evet	405	4,11	0,724	
Davranışsal niyet	Hayır	66	3,72	0,911	0,168
	Evet	405	3,92	0,783	

Tablo 4.22: Hastane-1 örnekleminde sosyal kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi

Değişkenler	Sosyal çevrenizden bilgi aldınız mı?	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık
Fiziksel çevre	Hayır	48	4,04	0,628	0,634
	Evet	423	4,12	0,681	
Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik	Hayır	48	4,16	0,534	0,316
	Evet	423	4,19	0,694	

Doktor etkileşimi	Hayır	48	4,25	0,615	0,599
	Evet	423	4,28	0,733	
Hemşire etkileşimi	Hayır	48	3,81	0,824	0,302
	Evet	423	4,12	0,669	
Diğer işgören etkileşimi	Hayır	48	4,07	0,744	0,579
	Evet	423	4,14	0,680	
Güven	Hayır	48	4,05	0,709	0,958
	Evet	423	4,14	0,706	
Bekleme süreleri	Hayır	48	3,86	0,855	0,009
	Evet	423	3,79	0,625	
Hasta tatmini	Hayır	48	3,96	0,787	0,778
	Evet	423	4,10	0,761	
Davranışsal niyet	Hayır	48	3,80	0,903	0,205
	Evet	423	3,90	0,792	

Tablo 4.20, Tablo 4.21 ve Tablo 4.22’deki bulgular incelendiğinde, tam verilere sahip olan 9 değişkenin ortalama değerlerinin, eksik verilere sahip koşullu değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t-testi aracılığıyla incelenmiştir. Hastane-2 örnekleminde hiçbir değişkende anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastane-1 örnekleminde ise yalnızca internet kaynaklı deneyim ile sosyal kaynaklı deneyimine “evet” yanıtını veren katılımcıların Tablo 4.22’de görüldüğü üzere bekleme sürelerine yönelik değerlendirmelerinin, “hayır” yanıtını veren katılımcılardan anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p=0,009<0,05$). Diğer değişkenlerde ise anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Diğer grubu oluşturan Hastane-2 örneklemini için koşullu 3 değişkenin diğer 9 değişkene göre farklılık gösterip göstermediğini saptamak üzere yürütülen bağımsız örneklem t-testi bulgularını gösteren Tablo 4.23, Tablo 4.24 ve Tablo 4.25 aşağıdadır.

Tablo 4.23: Hastane-2 örnekleminde çağrı merkezi deneyimine göre farklılığın incelenmesi

Değişkenler	Çağrı merkezi ile iletişime geçtiniz mi?	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık
Fiziksel çevre	Hayır	56	3,71	0,738	0,407
	Evet	496	3,78	0,676	
Ulaşılabilirlik ve erişilebilirlik	Hayır	56	4,29	0,570	0,812
	Evet	496	4,19	0,622	

Doktor etkileşimi	Hayır	56	4,17	0,688	0,976
	Evet	496	4,16	0,721	
Hemşire etkileşimi	Hayır	56	3,83	0,855	0,214
	Evet	496	3,92	0,800	
Diğer işgören etkileşimi	Hayır	56	4,00	0,542	0,246
	Evet	496	3,98	0,676	
Güven	Hayır	56	3,97	0,777	0,720
	Evet	496	4,00	0,734	
Bekleme süreleri	Hayır	56	3,70	0,626	0,298
	Evet	496	3,76	0,688	
Hasta tatmini	Hayır	56	3,94	0,747	0,175
	Evet	496	3,95	0,807	
Davranışsal niyet	Hayır	56	3,72	0,866	0,622
	Evet	496	3,65	0,882	

Tablo 4.24: Hastane-2 örnekleminde internet kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi

Değişkenler	İnternette araştırma yaptınız mı?	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık
Fiziksel çevre	Hayır	67	3,72	0,688	0,723
	Evet	485	3,78	0,681	
Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik	Hayır	67	4,26	0,510	0,089
	Evet	485	4,19	0,630	
Doktor etkileşimi	Hayır	67	4,11	0,723	0,983
	Evet	485	4,17	0,717	
Hemşire etkileşimi	Hayır	67	3,88	0,729	0,875
	Evet	485	3,92	0,816	
Diğer işgören etkileşimi	Hayır	67	3,95	0,510	0,086
	Evet	485	3,99	0,682	
Güven	Hayır	67	3,90	0,722	0,842
	Evet	485	4,01	0,739	
Bekleme süreleri	Hayır	67	3,73	0,589	0,269
	Evet	485	3,75	0,694	
Hasta tatmini	Hayır	67	3,89	0,680	0,235
	Evet	485	3,96	0,816	
Davranışsal niyet	Hayır	67	3,73	0,813	0,316
	Evet	485	3,65	0,889	

Tablo 4.25: Hastane-2 örnekleminde sosyal kaynaklı deneyimine göre farklılığın incelenmesi

Değişkenler	Sosyal çevrenizden bilgi aldınız mı?	N	Ortalama	Std. Sapma	Anlamlılık
Fiziksel çevre	Hayır	29	3,55	0,723	0,664
	Evet	523	3,78	0,678	
Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik	Hayır	29	4,22	0,542	0,225
	Evet	523	4,20	0,621	
Doktor etkileşimi	Hayır	29	4,01	0,798	0,684
	Evet	523	4,17	0,712	
Hemşire etkileşimi	Hayır	29	3,82	0,837	0,473
	Evet	523	3,92	0,804	
Diğer işgören etkileşimi	Hayır	29	3,87	0,520	0,340
	Evet	523	3,99	0,670	
Güven	Hayır	29	3,76	0,849	0,274
	Evet	523	4,01	0,729	
Bekleme süreleri	Hayır	29	3,63	0,604	0,354
	Evet	523	3,76	0,685	
Hasta tatmini	Hayır	29	3,86	0,809	0,957
	Evet	523	3,96	0,801	
Davranışsal niyet	Hayır	29	3,58	0,829	0,473
	Evet	523	3,67	0,883	

Tablo 4.23, 4.24 ve 4.25'te yer alan bulgulara göre, Hastane-2 örneklemini çerçevesinde eksiksiz değişkenlerin ortalama değerlerinin koşullu 3 değişkene göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

Kayıp veriler içeren koşullu değişkenlere ait katılımcı değerlendirmelerinin ortalamalarının diğer değişkenlere göre genel olarak her iki örnekleme de anlamlı farklılık göstermemesi, tüm değişkenlerin aynı anda analiz sürecine dahil edilmesinin önünde bir engel olmadığına işaret etmektedir. Bu durumda koşullu değişkenlerin nasıl analize dahil edilebileceği bir sonraki başlıkta incelenmiştir.

4.8.2.3. Kayıp Veriler İçeren Koşullu Değişkenlerin Analiz Sürecine Dahil Edilmesi

Literatürde kayıp verilerin bulunduğu vakaların (anketlerin) değerlendirmeye alınmamasının bazı risklere yol açtığı ileri sürülmektedir. Bunlara gözlem sayısında

ciddi bir azalma ve buna bağılı olarak yeterli düzeyde bulunan örneklem büyüklüğünün yetersiz seviyeye düşmesi (Çüm v.d., 2018) örnek verilebilmektedir.

Kayıp değerlerin bulunduğu vaka sayısı Hastane-1 örnekleminde (471-370=) 101 adet, Hastane-2 örnekleminde (552-456=) 96 adettir. Kayıp değerlerin bulunduğu anketlerin değerlendirme dışı bırakılması, her iki örneklem grubunda da %20’lik bir düşüşe sebep olacaktır. Örneklem büyüklüğünü azaltmamak adına kayıp verilerin bulunduğu vakaların değerlendirme dışı bırakılmaması beklenmektedir. Ancak bu noktada kayıp veriler içeren koşullu değişkenlerin, diğer değişkenleri olumsuz etkilemeden analiz sürecine nasıl dahil edileceği hassasiyetle ele alınması gereken bir husustur.

Araştırmanın ölçüm modeli ve yapısal modeli AMOS yazılımı aracılığıyla test edilecektir. AMOS’ta kullanılacak verisetinde kayıp verilerin boş hücreler halinde yer almaması bir önkoşuldur. Verisetindeki kayıp değerlere matematiksel yöntemlerle değer atama, kayıp verilerin rastlantısal olarak dağıldığı durumlarda mümkün olmaktadır. Mevcut verisetindeki kayıp değerler ise rastlantısal olarak değil, belirli bir düzen içerisinde ortaya çıkmıştır. Bu nedenle kayıp değerler dikkate alınmadan analiz edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

AMOS yazılımında ölçüm modeli ve yapısal model test sürecinde, koşullu değişkene ait eksiksiz verilerin kayıp veriler değerlendirme dışı bırakılarak analize dahil edilmesi gerekmektedir. Bunun için, SPSS verisetini gösteren “data view” penceresinde, koşullu değişkenlere ait kayıp verilerin bulunduğu hücrelere “-99” değeri atanmıştır. Ardından, “variable view” penceresinde koşullu değişkenlerin “missing” sütununa “none” yerine “discrete missing values” seçeneğinde “-0,99” değeri girilmiştir. Bu işlemler sonucunda, bir değişkene ait herhangi bir hücrede “-0,99” değeri varsa, SPSS ve AMOS tarafından kayıp değer olarak algılanacak ve analizlerde dikkate alınmayacaktır.

Sonuç olarak AMOS yazılımı, SPSS verisetinde yer alan “-0,99” değerlerini kayıp veri olarak varsaymaktadır. Buna göre bir değişkene ait “-0,99” değerlerini dahil etmemekte, yalnızca tam verilerin ortalamalarını hesaplayarak analizi yürütmektedir. Bu durumda kayıp verilerin bulunduğu değişkenler ile tam verilere sahip değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesi mümkün kılınmaktadır.

Araştırmanın bir sonraki aşaması geçerlilik kapsamında faktör analizlerinin yürütül sürecinden oluşmaktadır. “-0,99” olarak tanımlanan değerler SPSS’te de kayıp veri olarak varsayıldığından, faktör analiz süreçlerini olumsuz etkilememiştir.

4.9. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNİN GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Geçerlilik, araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçmek istenilen olguları tam olarak ölçüp ölçmediğini ortaya koyan bir kavramdır. Araştırmanın geçerliliği, ölçeklerin çalışmanın kavramsal yapısını ne kadar doğru olarak temsil ettiğini göstermektedir (Hair v.d., 2014). Sosyal bilimler alanında yürütülen nicel çalışmalarda araştırma modelinin geçerliliğinin sağlanması, değişkenlerin ne kadar etkin bir şekilde ölçümlendiğini göstermektedir.

Sosyal bilimlerde yürütülen araştırmaların geçerliliği farklı kriterlere göre incelenmektedir. Bunlar genel olarak içerik geçerliliği (content validity), yüzeysel geçerlilik (face validity), kriter geçerliliği (criterion validity), yapısal geçerlilik (construct validity), yakınsak geçerliliği (convergent validity) ve ayırma geçerliliği (discriminant validity) olarak ifade edilmektedir (Bryant, 2000). İlk olarak içerik geçerliliği açıklanacak, ardından diğer geçerlilik türlerine yer verilecektir.

Hair v.d. (2014), içerik geçerliliğini araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerde yer alan maddelerin, kavramsal tanımlarıyla ne derece örtüştüğünün değerlendirilmesi olarak tanımlamıştır. İçerik geçerliliğinin yüzeysel geçerlilik ile aynı anlama geldiğini belirtmiştir. Holden (2010) ise yüzeysel geçerliliği, ölçekte yer alan maddelerin katılımcılar tarafından anlaşılabilir kılınması olarak ifade etmiştir. Araştırma açısından değerlendirildiğinde içerik ve yüzeysel geçerliliğin ankette yer alan maddelerin anlamlarını ne derece temsil ettiği ve bunun katılımcılar tarafından ne kadar idrak edildiğini subjektif olarak gösterdiği ifade edilebilmektedir.

Araştırmanın içerik ve yüzeysel geçerliliğinin sağlanması adına, orijinali İngilizce dilinde oluşturulmuş ölçekler Türkçe’ye çevrilerek benzer alanlarda görev yapmakta olan 9 akademisyenin görüşüne sunulmuştur. Alınan görüşler ve önerilerle anket formunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve son haline getirilmiştir. Ayrıca İngilizce dilinde yetkinliği bulunan akademisyenler tarafından tekrar-çeviri (Brislin, 1970) yaptırılarak, asıl ölçekteki ifadelerle benzerliğin ortaya çıktığı görülmüştür. Nihai

anket formu, 19 kişilik örneklem üzerinde ön test uygulaması yapılarak ifadelerin açık ve anlaşılabilir düzeyde olup olmadığı anlaşıldıktan sonra son şeklini almıştır. Son şeklini alan ve iki özel hastanede ayrı ayrı uygulanan anket formu EK-1’de yer almaktadır.

Kriter geçerliliği, geliştirilen ölçüm aracının belirlenen kriter değişkenlerine ait puanlarla karşılaştırılması, bunun sonucunda ortaya çıkan korelasyon katsayısının yüksek çıkması ile değerlendirilmektedir. Kriter geçerliliği, yorumlama amacıyla değil, gelecekteki olayları tahmin etmeye yönelik kullanılmaktadır (Şencan, 2005).

Yapısal geçerliliği ortaya koymak amacıyla araştırmacı ölçeğin niçin uygulandığı ve teoriyi göz önünde bulundurarak tümdengelimle hangi çıkarımların yapılabileceği gibi sorulara yanıt aramaktadır. Dolayısıyla yapısal geçerlilik, ölçümlenen yapının diğer yapılarla olan ilişkisinin teorik olarak ne derece uyumlu olduğunu değerlendirmektedir (Malhotra, 2010). Yapısal geçerlilik araştırmalarda öncelikle literatür çalışması veya gözleme dayalı olarak değişkenler ve faktörler arası ilişki kurulmasıyla başlamaktadır. Ardından söz konusu ilişkinin ampirik testlerle doğrulanması halinde yapısal geçerlilik sağlanabilmektedir. Bu yönüyle kavramsal yapının açığa çıkarılması işlemi olarak da adlandırılabilir (Şencan, 2005).

Araştırmada modelinin yapısal geçerliliği genellikle faktör analizi ile test edilmektedir. Faktör analizi, verilerin daha anlamlı ve özet bir biçimde gösterilmesini sağlayan çok değişkenli istatistikî yöntemlerden biridir. Aynı zamanda değişkenler arasındaki ilişkilerin gücünü ortaya çıkarmaya ve ilişkiyi temsil edecek değişkenleri saptamaya imkan sağlamaktadır (Kurtuluş, 1992).

Faktör analizi yürütülmesindeki amaç, araştırmada ölçümlenen boyutların indirgenmesidir. Boyut indirgeme içinse keşfedici faktör analizi kullanılmaktadır. Keşfedici faktör analizi, değişkenleri ölçümlemek için kullanılan ölçeklerde yer alan maddeleri temsil eden anlamlı ve tutarlı boyutlara indirgenmesini sağlamaktadır. İndirgenmiş boyutların teorik yapı ile uyumlu olup olmadığını teyit etmek, eğer uyumlu ise bu uyumun derecesini incelemek içinse faktör analizinin diğer bir türü olan doğrulayıcı faktör analizi tercih edilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Keşfedici faktör analizi, ölçek maddelerinin belirli faktörlerle açıklanmasını kolaylaştırmaktadır. Bu

nedenle var olan olguyu ortaya çıkarmaya yönelik uygulanmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi ise mevcut bir yapıyı gözlenen verilerle doğrulamada kullanılmaktadır. Böylelikle araştırmada gözlemlenen veriler çapraz doğrulamaya tabi tutulmaktadır.

Yapısal geçerlilik, geçerlilik türleri içerisinde karmaşık ve uygulaması zor olarak nitelendirilmiştir. Bununla birlikte, yakınsama geçerliliği ve ayrışma geçerliliğini de kapsamaktadır (Malhotra, 2010). Yakınsak geçerliliği, değişkenlere ait maddelerin kendi aralarında ve ait oldukları faktörle ne derece ilişki içerisinde olduğunu ifade etmektedir. Ayrışma geçerliliği ise, bir faktöre ait maddelerin diğer faktörlerle olan ilişkilerinin, ait oldukları faktörle olan ilişkilerinden daha düşük olması şartını belirtmektedir (Yaşlıoğlu, 2017).

Yakınsama ve ayrışma geçerliliğini ortaya koymak için bazı parametreler mevcuttur. Yakınsama geçerliliği için gizil değişkenlerin ortalama açıklanan varyanslarının (AVE) 0,50'nin ve yapı güvenilirliği (construct reliability) değerlerinin ise 0,70'in üzerinde olması beklenmektedir (Hair v.d., 2019). Ayrışma geçerliliği içinse, her bir değişkenin ortalama açıklanan varyans kareköklerinin, diğer değişkenlerle olan korelasyon katsayılarından yüksek olması gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981).

Çalışmada, yapısal geçerliliği incelemek adına öncelikle keşfedici faktör analizi yürütülecektir. Keşfedici faktör analizi aracılığıyla değişkenleri ölçümlemek için kullanılan ölçeklerde yer alan maddelerin belirli boyutlara indirgenmesi sağlanmıştır. Keşfedici faktör analizine geçmeden önce, faktör analizini mümkün kılan Bartlett küresellik testi ve KMO örneklem yeterlilik testi açıklanmıştır.

Bunlardan Bartlett küresellik testi (Bartlett's test of sphericity), değişkenlere ilişkin korelasyon matrisinin, değişkenler arasında ilişki olmadığını öne süren birim matrise karşı test edilmesini ifade etmektedir. Testin anlamlı olarak sonuçlanması, korelasyon matrisinin de anlamlı olduğuna işaret etmekte, böylelikle faktör analizine uygunluk şartının sağlandığını göstermektedir (Yurdugül, 2005). KMO örneklem yeterlilik (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy) testi ise verilerin faktör analizine uygunluğu inceleyen bir testtir. Bu değer 0,5'in altında kalması uygun olmadığını, 0,5 ile 1,0 arasında kalan değerler içinse uygunluk derecesini göstermektedir (Malhotra, 2010).

Keşfedici faktör analizi sonucunda bulguların yorumlanmasında bazı kriterlere dikkat çekilmiştir. Hair ve diğerlerine (2014) göre ölçekte yer alan faktörlerin açıklanan varyanslarının toplamının genellikle %60 ve üzerinde olması beklenmektedir. Her bir maddeye ait faktör yükünün 350 ve üzerindeki örneklem büyüklüğüne sahip verisetlerinde 0,30'un üzerinde olması kabul edilebilmekte, ancak 0,50'nin üzerinde olması ideal olarak nitelendirilmektedir.

Çalışma kapsamında yapısal geçerliliği incelemek adına öncelikle keşfedici faktör analizi yürütülmüştür. Bir sonraki başlıkta, keşfedici faktör analiz sürecine ve bu süreçte yapılan işlemler hakkında detaylı açıklamalara yer verilmiştir.

4.9.1. Hizmet Karşılaşmaları Öncesi Bilgi Arama Deneyimi Ölçeğine İlişkin Keşfedici Faktör Analizi

Araştırma kapsamında hastaların hizmet karşılaşmaları öncesinde bilgi arama deneyimi, her birinde 3'er madde bulunan ve toplam 3 boyuttan oluşan ölçekle ölçülmüştür. Faktör analizine uygunluk için Bartlett küresellik testi, örneklem büyüklüğünün uygunluğu içinse KMO örneklem yeterlilik testi uygulanmıştır.

Faktör analizine uygun bulunduğu doğrulandıktan sonra temel bileşenler analizi yöntemiyle keşfedici faktör analizi yürütülmüştür. Döndürme (rotation) yöntemi olarak varimax tercih edilmiştir. Varimax, faktör matrislerinde ihtiyaç duyulan yüklerin varyanslarının toplamını maksimize etmektedir. Varimax yönteminde birbirinden bağımsız değişkenler elde edebilmek adına faktörler arası ilişkinin mümkün olduğunca az olması gerektiği varsayılmaktadır. Bununla birlikte, faktör matrislerindeki sütunları sadeleştirmeye odaklanan en popüler ortogonal faktör döndürme yöntemi olması (Hair v.d., 2014) varimax'ın tercih edilmesinde diğer bir etkidir.

Toplam 9 değişken için yürütülen keşfedici faktör analizi, Bartlett küresellik testi ve KMO örneklem yeterlilik testi bulguları Tablo 4.26'da gösterilmiştir.

Tablo 4.26: Hizmet karşılaşmaları öncesi bilgi arama deneyimi keşfedici faktör analizi bulguları

Maddeler	Faktörler			Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
	Çağrı Merkezi	İnternet K.	Sosyal K.		
cm1	,833			24,16	0,834
cm2	,852				
cm3	,683				
internet1		,852		26,87	0,884
internet2		,851			
internet3		,799			
sosyal1			,875	29,53	0,891
sosyal2			,878		
sosyal3			,903		
Toplam açıklanan varyans:				80,57	
KMO örneklem yeterlilik değeri: 0,838					
Bartlett küresellik testi: 1140,144, Serb. Der.: 36, $p=0,000<0,01$					
Cronbach Alfa: 0,895					

Tablo 4.26 incelendiğinde, Bartlett küresellik testinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,000<0,01$). Böylelikle söz konusu ölçeğin faktör analizine uygun olduğu doğrulanmıştır. KMO örneklem yeterlilik değerlerinin 0,70'in üzerinde olması, faktör analizi için yeterli örneklem büyüklüğünün bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 4.26'da yer alan Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları incelendiğinde hem faktörlerin, hem de genel olarak ölçeğin her iki örneklem grubu için de 0,70'in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durumda ölçeğin güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde (George and Mallery, 2003) olduğu ifade edilebilmektedir. Ölçeğin toplam açıklanan varyansının %80 olduğu görülmektedir. Söz konusu değerin tek boyutlu ölçeklerde %30'un, çok boyutlu ölçeklerde ise %50'nin üzerinde olması önerilmektedir (Streiner, 1994).

Varimax döndürme yöntemiyle yürütülen faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerin nasıl isimlendirileceği konusunda herhangi bir kural bulunmasa da, faktörlere ait olan maddeleri en iyi temsil edecek şekilde isimlendirmekte fayda görülmektedir (Yong ve Pearce, 2013). Araştırmada elde edilen faktörler, literatürde

yer alan teorik açıklamalar ve öngörüler doğrultusunda isimlendirilmiştir. Faktörlere ait maddeler kodlanarak tablolarda gösterilmiştir. Hangi kodlu değişkenin hangi ifadeyi temsil ettiği ise EK-3'te yer alan kod listesinde detaylı olarak gösterilmiştir.

Faktör yükü, bir maddenin ilgili faktör ile olan korelasyonunu ifade etmektedir. bir faktöre ait maddenin faktör yükünün karesi, o faktördeki varyansı ne kadar açıklayabildiğini göstermektedir. Düşük faktör yükü, maddenin ilgili faktörü yeterince açıklayamadığı anlamına gelmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Maddelelere ait faktör yüklerinin en az 0,50 olması gerekmekte, 0,32 ve üzerindeki faktör yükleri de kabul edilebilir olarak ifade edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2014). Tablo 4.26'da görüldüğü üzere faktör yüklerinin 0,50'nin üzerinde olması, her bir maddenin ilgili faktörü yeterli derecede temsil ettiğini göstermektedir.

4.9.2. Hizmet Karşılaşmaları Esnasında Yaşanan Deneyim Ölçeklerine İlişkin Keşfedici Faktör Analizi

Özel hastanelerde hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan hasta deneyimlerinin hangi unsurlardan oluştuğunu belirlemek için ikincil ve birincil kaynaklardan yararlanılmıştır. İkincil kaynaklardan literatür taraması ve birincil kaynaklardan ise uzmanlarla yürütülen yarı-yapılandırılmış mülakatlar yoluyla toplamda 7 faktör belirlenmiştir. Bunlar kişiler arası etkileşim kaynaklı faktörler (doktor-hasta, hemşire-hasta, diğer işgören-hasta etkileşimi), fiziksel çevre, güven, ulaşılabilirlik ve erişebilirlik ile bekleme süreleridir. Araştırmada içerik geçerliliğini sağlamak adına, değişkenleri ölçen her bir ölçeğin literatürde daha önce özellikle sağlık alanında test edilmiş olmasına, geçerlilik ve güvenilirlik kriterlerini sağlamış olmasına özen gösterilmiştir.

4.9.2.1. Kişiler Arası Etkileşim Kaynaklı Faktörler

Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan deneyimin bileşenlerinden birini kişiler arası etkileşim kaynaklı faktörler oluşturmaktadır. Bunlar doktor, hemşire ve diğer işgören ile hasta etkileşimi olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Kişiler arası etkileşim kaynaklı faktörlerin oluşturduğu yapıya dair keşfedici faktör analizi bulguları Tablo 4.27'de gösterilmiştir.

Tablo 4.27: Kişiler arası etkileşim ölçeği keşfedici faktör analizi bulguları

Maddeler	Faktörler			Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
	Doktor E.	Hemşire E.	Diğer İşgören E.		
doktor1	,774			26,11	0,894
doktor2	,836				
doktor3	,852				
doktor4	,773				
hemsire1		,839		27,17	0,919
hemsire2		,872			
hemsire3		,840			
hemsire4		,811			
isgoren1			,827	24,96	0,902
isgoren2			,726		
isgoren3			,833		
isgoren4			,761		
Toplam açıklanan varyans:				78,25	
KMO örneklem yeterlilik değeri: 0,919					
Bartlett küresellik testi: 9270,186, Serb. Der.: 66, $p=0,000<0,01$					
Cronbach Alfa: 0,928					

Tablo 4.27 incelendiğinde, her iki örneklem grubunda da kişiler arası etkileşim ölçeğinde yer alan maddelerin faktör yüklerinin 0,70'in üzerinde, KMO örneklem yeterlilik değerlerinin 0,90'ın üzerinde olduğu görülmektedir. Bartlett küresellik testinin anlamlı çıkması, değişkenlerin faktör analizine uygunluğunu göstermiştir.

Kişilerarası etkileşim ölçeği için toplam açıklanan varyans %78,25 olarak gerçekleşmiştir. Bu durumda ortaya çıkan üç faktörün toplamda varyansın %78'ini açıkladığı ifade edilebilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,90'ın, faktörlere ait Cronbach Alfa katsayıları ise 0,80'in üzerindedir. Bu durumda hem ortaya çıkan faktörlerin hem de genel olarak ölçeklerin oldukça güvenilir olduğu ifade edilebilmektedir.

Keşfedici faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörler, teoriyle uyumlu olacak şekilde ve literatürde yer aldığı gibi doktor etkileşimi, hemşire etkileşimi ve diğer işgören etkileşimi olarak isimlendirilmiştir.

4.9.2.2. İşletme Kaynaklı Faktörler

Hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan deneyimin diğer bir bileşeni ise işletme kaynaklı faktörlerden oluşmaktadır. Sağlık sektöründe hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan işletme kaynaklı hasta deneyiminde hastanenin fiziksel çevresi, hastaneye ulaşım ve erişebilirlik, hastane içi bekleme süreleri ve sunulan sağlık hizmetinin hastada güven duygusu oluşturmada önemli rol oynamaktadır. Söz konusu bileşenler ikincil kaynaklardan literatür taraması ve birincil kaynaklardan uzman görüşmeleri teknikleriyle elde edilen verilerle desteklenmiştir.

İşletme kaynaklı her bir faktör, hizmet karşılaşmaları sonrasında yaşanan deneyimleri etkileyen farklı yapıları temsil ettiğinden, her biri için ayrı ayrı keşfedici faktör analizi yürütülmüştür. Öncelikle sunulan hizmetin somut bileşenlerini temsil eden fiziksel çevre ölçeğine dair keşfedici faktör analizi bulgularının yer aldığı Tablo 4.28’de yer verilecektir.

Tablo 4.28: İşletme kaynaklı bileşenler ölçeklerinin keşfedici faktör analizi bulguları

Maddeler	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa	KMO değeri	Bartlett testi
<i>Fiziksel çevre ölçeğı</i>		61,01	0,870	0,863	p=0,000
fiziksel1	,796				
fiziksel2	,782				
fiziksel3	,845				
fiziksel4	,814				
fiziksel5	,770				
fiziksel6	,666				
<i>Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik ölçeğı</i>		63,02	0,794	0,796	p=0,000
ue1	,695				
ue2	,874				
ue3	,819				
ue4	,776				
<i>Bekleme süreleri ölçeğı</i>		79,90	0,873	0,702	p=0,000
bekleme1	,877				
bekleme2	,931				
bekleme3	,872				
<i>Güven ölçeğı</i>		76,87	0,844	0,676	p=0,000
guven1	,910				
guven2	,919				

Tablo 4.28’de yer alan veriler incelendiğinde, Bartlett testinin anlamlı olarak saptanması, değişkenlerin faktör analizlerine uygun olduğunu göstermektedir. KMO örneklem yeterlilik değerlerinin 0,60 ile 0,90 arasında gerçekleşmesi, yeterli örneklem büyüklüğünün sağlandığına işaret etmektedir. Faktör yüklerinin ise 0,66’dan büyük olmasıyla yeterli faktör büyüklüğünün sağlandığı ifade edilebilmektedir. Fiziksel çevre ölçeğinde “otopark” ve bekleme süreleri ölçeğinde “bekleme4” kodlu maddelerin faktör yükü 0,40’tan küçük olduğundan değerlendirme dışı bırakılmıştır.

İşletme kaynaklı bileşenleri ölçmek için kullanılan ölçeklerin Cronbach Alfa katsayıları incelendiğinde 0,67-0,87 aralığında yer alan değerlerin güvenilir düzeyde olduğu belirtilebilmektedir. Her bir faktör, teorik yapı ile uyumlu olacak şekilde literatürdeki gibi isimlendirilmiştir.

4.9.3. Hizmet Karşılışmaları Sonrasında Yaşanan Deneyim Ölçeklerine İlişkin Keşfedici Faktör Analizi

Sağlık sektöründe hastaların hizmet karşılışmaları sonrasında yaşanan deneyimleri hasta tatmini ve davranışsal niyet olarak belirlenmiştir. Her iki değişkeni ölçmek için kullanılan ölçeklere ilişkin keşfedici faktör analizi bulguları Tablo 4.29’da gösterilmiştir.

Tablo 4.29: Hizmet karşılışmaları sonrası deneyim ölçeklerinin keşfedici faktör analizi bulguları

Maddeler	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa	KMO	Bartlett testi
<i>Hasta tatmini ölçeği</i>		88,13	0,932	0,767	p=0,000
tatmin1	,936				
tatmin2	,944				
tatmin3	,936				
<i>Davranışsal niyet ölçeği</i>		80,40	0,931	0,863	p=0,000
d_niyet1	,928				
d_niyet2	,921				
d_niyet3	,785				
d_niyet4	,927				

Tablo 4.29’da yer alan bulgular incelendiğinde, değişkenlerin faktör analizine uygunluğunu gösteren Bartlett küresellik testi sonucu anlamlı çıkmıştır. KMO değerlerinin 0,76 ve 0,87 arasında yer alması yeterli örneklem büyüklüğünün sağlandığını göstermektedir. Faktör yükleri 0,78’in üzerinde, toplam açıklanan varyanslar %80-%89 aralığında gerçekleşmiştir. Ölçeklerin Cronbach Alfa katsayılarının 0,90’ın üzerinde ortaya çıkması, ölçeklerin güvenilirlik düzeyinin oldukça yüksek olduğunu göstermiştir.

Hizmet karşılaşmaları öncesi, esnası ve sonrasında yaşanan hasta deneyimlerini oluşturan bileşenlere ilişkin keşfedici faktör analizleri tamamlanmıştır. Bir sonraki aşamada, araştırma modelini oluşturan değişkenler üzerinde doğrulayıcı faktör analizi yürütülmüştür.

4.10. Araştırma Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi ile Test Edilmesi

Yapısal eşitlik modeli, belirli bir teorik yapıya dayanan gözlemlenebilen ve gizil değişkenlerin nedensel ve ilişkisel model içerisinde tanımlandığı çok değişkenli istatistiki tekniklerden biridir (Byrne, 2010). Yapısal eşitlik modeli, değişkenler arasındaki nedensel veya bağımlılık ilişkilerini tahmin etme amacıyla varyans, faktör analizi, regresyon analizi gibi tekniklerin dahil olduğu bir analiz yöntemidir (Tüfekçi ve Tüfekçi, 2006). Genel olarak ele alındığında, veri ile model arasında uygunluğu saptamak ve araştırma hipotezleri içerisinde bulunan gizil değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Kurtuluş ve Okumuş, 2006).

Yapısal eşitlik modelinin diğer istatistiksel tekniklerden farkı, teyit edici bir yaklaşıma sahip olmasıdır. Daha önce kurgulanmış olan teorik yapı veya ilişkileri, veri setleri ile uyumlu olup olmadığını doğrulama amaçlı kullanılmaktadır. Ölçüm hatalarını doğrudan analize dahil etmesi ve hem gözlemlenebilen hem de gizil yapılar üzerinde işlem yapma imkanı sağlaması yapısal eşitlik modelinin diğer önemli farklarındadır (Meydan ve Şeşen, 2015).

Yapısal eşitlik modeli iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım, ölçüm modelinin belirlenmesi ve buna istinaden doğrulayıcı faktör analizi yürütülmesidir. Ölçüm

modelinin oluşturulmasında teorik bilgilerden yararlanılmaktadır. Bu nedenle ölçüm modelinin teori ile uyumlu olmasına özen gösterilmelidir. Söz konusu uyumu değerlendirmek için uyum iyiliği parametreleri dikkate alınmaktadır. İkinci kısım ise, değişkenler arası ilişkilerin aynı anda incelenmesine imkan sağlayan yapısal modelin test edilmesidir. Yapısal model sonucunda, değişkenler arası ilişkileri gösteren yol katsayılarının anlamlı olup olmadığı ve katsayı değerlerinin büyüklüğü incelenmektedir (Yılmaz ve Varol, 2015).

Yapısal eşitlik modellemesinin uygulanması için LISREL, EQS, AMOS gibi farklı yazılımlar mevcuttur. Bunlar içerisinde grafik arayüzünün oldukça anlaşılır ve uygulama açısından nispeten daha kullanışlı olması açısından (Kline, 1998) AMOS yazılımı tercih edilmiştir.

Yapısal eşitlik modellemesi uygulamalarında tahmin yöntemine karar verilmesi gerekmektedir. Genel olarak “Maximum likelihood (ML)”, “Generalized least squares (GLS)”, “Asymptotically Distribution Free (ADF)” gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar içerisinde kovaryans temelli “Maximum likelihood (ML)” tahmin yöntemi pratik olması, yorumlanabilmesi ve uygunluk testlerinin çeşitliliği açısından yaygın bir şekilde tercih edilmektedir (Schumacker ve Beyerlein, 2000; Hair v.d., 2014). Bu nedenle ölçüm modeli ve yapısal modelin test sürecinde tahmin yöntemi olarak ML benimsenmiştir. ML yöntemi AMOS yazılımında varsayılan olarak yer almaktadır.

Araştırma modelinde yer alan tüm değişkenler daha önce keşfedici faktör analizine tabi tutularak yapısal geçerlilik incelenmişti. Bir sonraki aşamada tüm gözlenen ve gizil değişkenler AMOS yazılımına aktararak ölçüm modeli test edilmiştir.

4.10.1. Ölçüm Modelinin Testi

Sosyal bilimler alanında çalışmalar yürüten araştırmacılar değişkenleri ölçümlemek için genellikle daha önce uygulanmış ölçeklere başvurumaktadırlar. Zaman ve kaynak tasarrufu sağlayan bu yöntem tercih edildiğinde, araştırma örneklemini uygun olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir (Gürbüz ve şahin, 2018). Yapısal eşitlik modeli kapsamında oluşturulan ölçüm modeli, araştırmacının örneklemden edindiği veri ile teorik yapının ne derece uyum gösterdiğini test etme imkanı sunmaktadır.

Ölçüm modeli, araştırmacının modelindeki her bir yapıyı hangi değişkenlerin tanımladığını belirlemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmektedir. Dolayısıyla doğrulayıcı faktör analizi, belirli bir gözlemlenen değişken setinin faktör yapısını doğrulamak için kullanılmaktadır (Malhotra, 2010). Araştırmacı, doğrulayıcı faktör analizi aracılığıyla, öne sürdüğü hipotezleri test etmeden önce değişkenlerin teori ile tutarlı olup olmadığını ortaya koyabilmektedir.

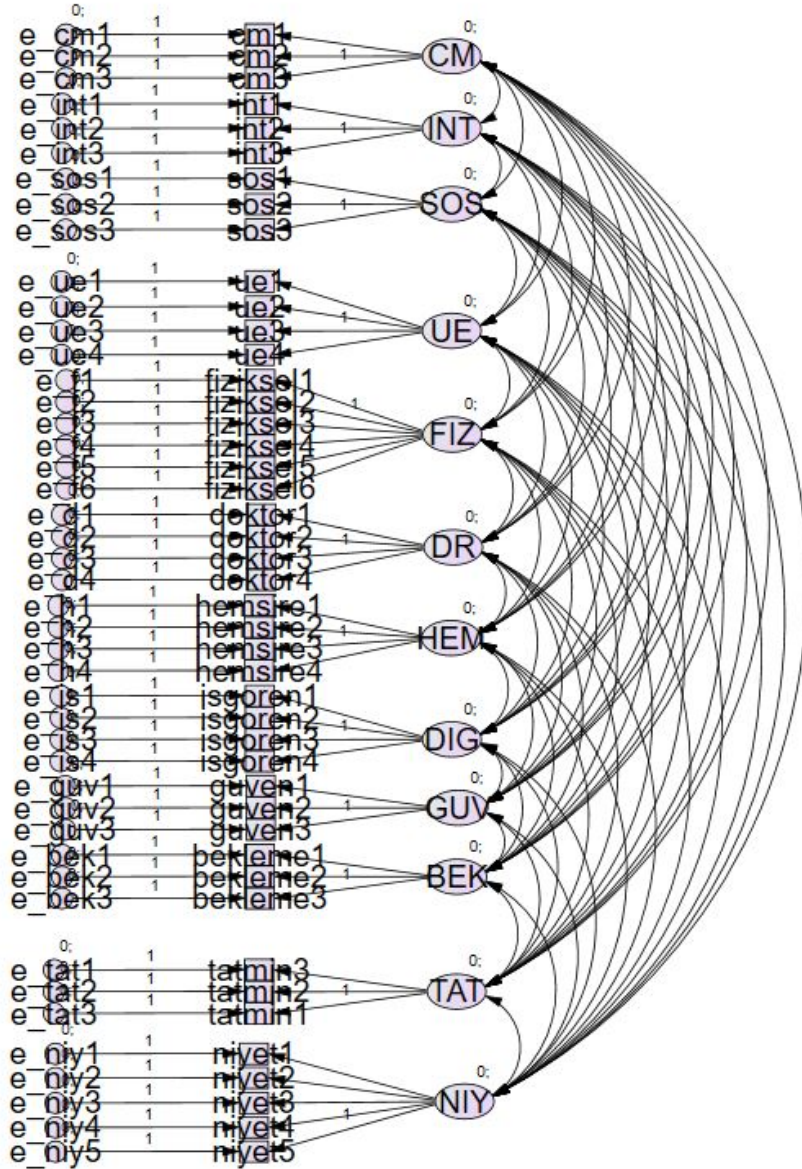
Doğrulayıcı faktör analizi genel olarak farklı modeller üzerinde test edilmektedir. Bunlar tek faktörlü model, birinci düzey çok faktörlü model, ikinci düzey çok faktörlü model ve ilişkisiz model olarak dörde ayrılmaktadır. Birden fazla gözlemlenen değişkenin birbirinden bağımsız olarak belirli faktörler altında toplandığı model birinci düzey çok faktörlü modeldir. Bu tür modeller, araştırmacı tarafından teoriye dayanarak oluşturulmakta ya da keşfedici faktör analizleri sonucunda ortaya çıkmaktadır (Meydan ve Şeşen, 2015). Araştırma amacı ile uyumlu olması nedeniyle birinci düzey çok faktörlü ölçüm modeli tercih edilmiştir.

Ölçüm modelinin test edilmesinde dikkat edilecek bazı hususlar bulunmaktadır. Öncelikle gözlemlenen değişkenlerin gizil değişkenlere olan regresyon (yol) katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olması beklenmektedir. 0,05 anlamlılık düzeyinde kritik oran olan t değerinin 1,96'nin üzerinde olması anlamlı olduğunu göstermektedir (Hox & Bechger, 1998).

Diğer bir husus standardize edilmiş regresyon katsayılarının büyüklüğünün incelenmesidir. Gözlemlenen değişkenlerin gizil değişkenlere olan standardize edilmiş regresyon katsayılarının 0,50'nin üzerinde olması beklenmektedir (Hair v.d., 2014). Ancak 0,70'in üzerinde olması gerektiğini belirten görüşler de mevcuttur (Kline, 2010). Ölçüm modeli test edildikten sonra standardize regresyon katsayılarının kareleri alınarak ortalama açıklanan varyans hesaplanacaktır. Gizil değişkenlere ait ortalama açıklanan varyans değerleri sonraki aşamalarda ele alınacak olan yakınsama ve ayrışma geçerliliğinin değerlendirilmesinde dikkate alınmaktadır.

Araştırma amaçları doğrultusunda uygulanacak yapısal eşitlik modelinin ilk aşaması olan ölçüm modeli AMOS yazılımında çizilmiş ve Şekil 4.4'te gösterilmiştir.

Şekil 4.4: Ölçüm modeli



Şekil 4.4'te yer alan ölçüm modeli, araştırma modelinde yer alan tüm değişkenleri kapsamaktadır. Şekilde yukarıdan aşağıya sıralanmış değişkenler şunlardır: Hizmet karşılaşmaları öncesi deneyimin boyutları olan çağrı merkezi deneyimi, internet ve sosyal bilgi kaynaklarından edinilen deneyim, hizmet karşılaşmaları esnasında kişiler arası etkileşim ve işletme kaynaklı deneyimin boyutlarından ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, fiziksel çevre, doktor etkileşimi, hemşire etkileşimi, diğer işgörenlerle

etkileşim, güven, bekleme süreleri, hizmet karşılaşmaları sonrası deneyimlerden ise hasta tatmini ve davranışsal niyet.

Yapısal eşitlik modeli uygulamalarında test edilen ölçüm modellerinin teorik yapı ile verinin ne derece uyum sağladığı uyum iyiliği (goodness-of-fit) parametreleri dikkate alınarak değerlendirilmektedir. Uyum iyiliği, gösterge maddeleri (gözlemlenen ve tahmin edilen kovaryans matrislerinin benzerliği gibi) arasındaki gözlemlenen kovaryans matrisini ortaya çıkaran modelin ne derece iyi ve uygun olduğunu ortaya koymaktadır (Hair v.d., 2014). Uyum iyiliği, farklı formüllere dayanarak hesaplanan çok sayıda parametre ile değerlendirilebilmektedir. Ancak araştırmacının uyum iyiliğine karar vermede hangi parametreleri kullanacağı önemli bir husustur. Bunun için öncelikle uyum iyiliği indeksleri açıklanmıştır.

Uyum iyiliğini parametreleri farklı yaklaşımlara göre sınıflandırılmaktadır. Bunlar mutlak uyum iyiliği (absolute fit indices), marjinal uyum iyiliği (incremental fit indices) ve tutumlu uyum iyiliği (parsimony fit indices) olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Her bir uyum iyiliği yaklaşımı farklı parametrelerle değerlendirilmektedir.

Mutlak uyum iyiliği, gözlemlenen veri ile oluşturulan teorik yapının ne derece uyumlu olduğunu doğrudan ölçen indeksleri içermektedir. Bunlar GFI (Goodness-of-Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), Ki-kare, RMSR (Root Mean Square Residuals), SRMR (Standardized Root Mean Residual), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) indeksleridir. Marjinal uyum iyiliği, teorik yapının örnek veri ile ne derece uyumlu olduğunu, diğer bazı alternatif modelleri dikkate alarak değerlendirmektedir. Başlıca indeksler NFI (Normed Fit Index), NNFI (Non-Normed Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker Lewis Index), IFI (Incremental Fit Index), RNI (Relative Non-centrality Index) gibi parametrelerdir. Tutumlu uyum iyiliği ise modelin karmaşıklık derecesine göre uyumu değerlendirmek için tasarlanmıştır. PGFI (Parsimony Goodness-of-Fit Index) ve PNFI (Parsimony Normed Fit Index) olmak üzere iki indeksle değerlendirilmektedir (Malhotra, 2010). Ancak tutumlu uyum iyiliği diğerlerinden farklı olarak, genellikle aynı veri üzerinde, bir teorik yapıya alternatif olarak belirlenebilecek farklı modellerden hangisinin daha uygun olduğunu değerlendirmek için kullanılmaktadır (Hair v.d., 2014).

Uyum iyiliği indeksleri genel olarak teorik yapı ile gözlemlenen veri arasındaki uyumu göstermektedir. Araştırmacıların hangi uyum iyiliği değerlerini dikkate alması gerektiği konusunda tam anlamıyla fikir birliği bulunmamaktadır. Bununla birlikte, bazı temel parametrelerin uygun bir modelin değerlendirilmesinde önemli rol oynadığına dair görüşler mevcuttur.

Hair ve diğerleri (2014), araştırmacının tüm model parametrelerini aynı anda raporlamasına gerek bulunmadığını, üç veya dört uyum iyiliği indeksinin bir modelin uyumu konusunda yeterli bilgi sağladığını ifade etmiştir. Ki-kare ve serbestlik derecesine ilave olarak mutlak uyum iyiliği indekslerinden RMSEA, marjinal uyum iyiliği indekslerinden CFI veya TLI parametrelerinin raporlanmasının modelin uyumunu değerlendirmek için elverişli olacağını belirtmiştir.

Hu ve Bentler (1999), bir modelin genel uyum iyiliğini belirlemede RMSEA ve CFI'nın önemli rol oynadığını ifade etmiştir. RMSEA ve CFI indekslerinin yeterli düzeyde gerçekleşmesi durumunda uygun bir modelin oluştuğunu belirtmiştir. Tabachnick ve Fidell (2018) benzer şekilde RMSEA ve CFI indekslerinin sık raporlanan uyum iyiliği parametreleri olduğunu belirtmiştir. Malhotra (2010) ise, ki-kare ve serbestlik derecesine ek olarak, en az iki mutlak uyum indeksi, en az bir marjinal uyum indeksi raporlanmasını önermiştir.

Yukarıdaki açıklamalar ışığında ölçüm modeli ve yapısal modelin test sürecinde, teorik yapı ve gözlemlenen veri ile ne derece uygun olduğunun incelenmesinde tercih edilecek parametreler Tablo 4.30'da gösterilmiştir. Her bir parametrenin alması gereken en düşük veya en yüksek değerin ne olması gerektiği referanslar dikkate alınarak belirtilmiştir.

Tablo 4.30: Model uyum iyiliği indeksleri

İndeks	İyi uyum	Çok iyi uyum	Referans
<i>Mutlak uyum iyiliği indeksleri</i>			
Ki-kare			
Serb. Der.			
Ki-kare/Serb.Der.	<5,00	<3,00	Brown (2015), Hair v.d. (2014)
RMSEA	<0,08	<0,05	Browne ve Cudeck (1993), Malhotra (2010), Hair v.d. (2014), Jöreskog ve Sörbom (1993)
<i>Marjinal uyum iyiliği indeksleri</i>			
CFI	>0,90	>0,95	Malhotra (2010), Hair v.d. (2014), Bentler (1990), Schumacker ve Lomax (1996)
TLI	>0,90	>0,95	Malhotra (2010), Hair v.d. (2014), Bentler (1990)
IFI	>0,90	>0,95	Brown (2015)
NFI	>0,90	>0,95	Widaman ve Thompson (2003)
RFI	>0,90	>0,95	Widaman ve Thompson (2003)

Doğrulayıcı faktör analizi, araştırmacının teoriye dayanarak oluşturduğu ölçüm modelinin geçerli olup olmadığını teyit etme imkanı sunmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda gizil yapılardan gözlemlenen değişkenlere olan yolların katsayıları tahmin edilmektedir. Katsayıların büyüklüğü, gözlemlenen değişkenlerin ilgili gizil yapılarla ne derece ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Bunun için analiz çıktısında standardize regresyon katsayıları incelenmektedir. Çünkü standardize regresyon katsayıları, korelasyon ve kovaryans arasındaki farklar gibi, ölçeğin ölçümlemesine bağlı etkileri hariç bırakarak hesaplanmaktadır (Hair v.d., 2014). Bu nedenle standardize edilmiş değişkenlerin hesaplanmasında sabit bir terim bulunmamakta, varyansları 1'e eşit olduğundan ortalamaları da sıfır olmaktadır (Kline, 2019).

Ölçüm modelinin test edilmesi sonucunda ortaya çıkan standardize regresyon katsayılarının en az 0,50 veya ideal olarak 0,70'ten büyük olması beklenmektedir. Örneğin gizil yapıdan gözlemlenen değişkene doğru standardize edilmiş bir yol katsayısının 0,70 ve üzerinde olması, gözlemlenen değişkendeki değişimin %50'sinin veya daha fazlasının $((0,71)^2 = 0,50)$ gizil yapı tarafından açıklandığı anlamına

gelmektedir. Bazı durumlarda bu katsayının en az 0,60 olması kabul edilebilmektedir (Malhotra, 2010).

Doğrulamalı faktör analizi sonucunda elde edilen ölçüm modelinin incelenmesinde dikkate alınması gereken bazı kriterler bulunmaktadır. Bunlar değişkenler arası yolların anlamlılığı, standardize regresyon katsayılarının (faktör yüklerinin) büyüklüğü, modifikasyon indislerinin değerlendirilmesi olarak sıralanabilmektedir. Tüm bu kriterler, elde edilen ölçüm modelinin uyum iyiliğini etkileyebilmektedir.

Öncelikle gizil yapılardan gözlemlenen değişkenlere doğru çizilen tüm yolların istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir ($p < 0,05$, kritik t-değeri=1,96). İstatistiksel olarak anlamlı olmayan yolların ölçüm modelinde yer almaması veya modelin gözden geçirilmesini gerektirebilmektedir. Ardından standardize regresyon katsayısı 0,50'nin altında olan değişkenlerin modelden çıkarılması gerekmektedir. Model uygunluğu sağlanamadığı durumlarda katsayıları 0,50 ile 0,64 arası katsayılara sahip değişkenler değerlendirme dışı bırakılabilmektedir.

Modifikasyon indisleri muhtemel parametre değişimlerine dair sayısal değerleri göstermektedir. Modifikasyon indislerinin büyüklüğü, faktörlere dair çapraz yükleme durumunun (aynı anda birden fazla faktöre dağılma gibi) ve hata kovaryanslarının tartışılmasına sebep olmaktadır (Byrne, 2016).

IBM AMOS yazılımında analiz sonuçlarında modifikasyon indisleri seçeneği işaretlenebilmektedir. Ölçüm modelinde yer alan gizil değişkenlerden hizmet karşılaşmaları öncesi deneyimi temsil eden çağrı merkezi, internet ve sosyal kaynaklı deneyim yapıları, araştırma amacıyla bağlantılı olarak eksik veriler barındırmaktadır. AMOS yazılımı eksik verilerin bulunduğu modellerde modifikasyon indislerini hesaplamamaktadır. Bu nedenle modifikasyon indisleri çıktıları arasında yer almamaktadır.

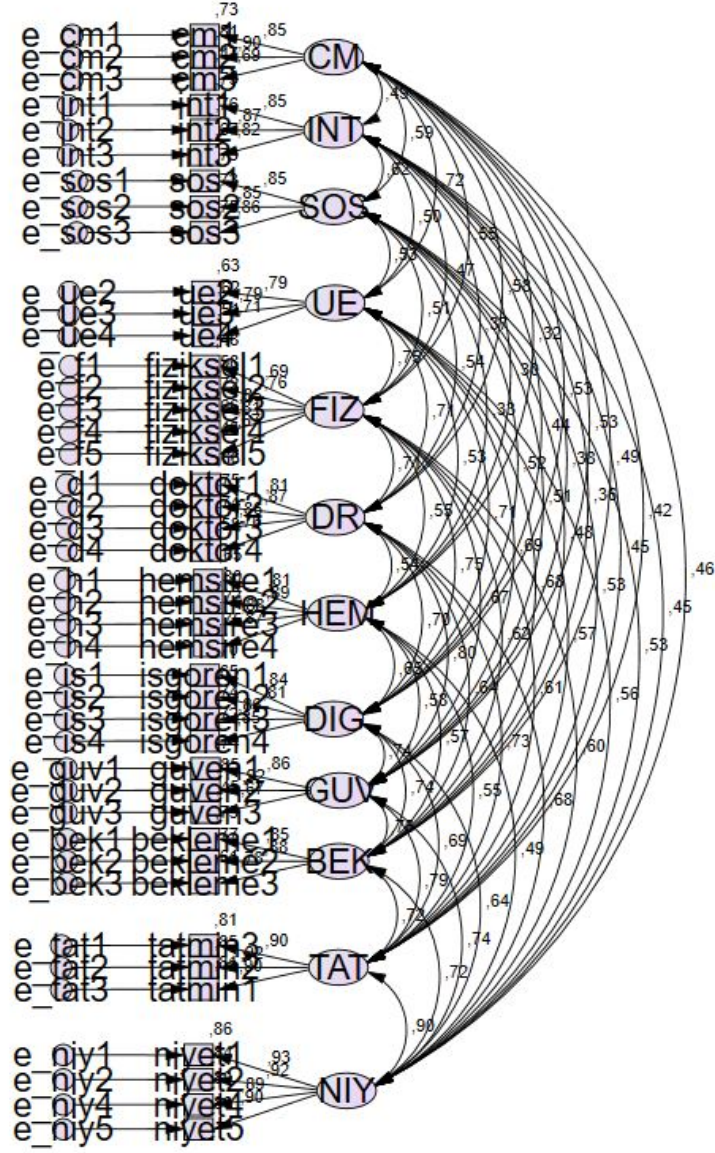
Ölçüm modelinin test sonuçlarının nasıl yorumlanacağına dair teorik açıklamalara yer verilmesinin ardından test bulguları yorumlanmıştır. Ölçüm modeli test sürecinde, standardize regresyon katsayısı düşük ve hata varyansı yüksek değişken çıkarılmış, sonuçta elde edilen uyum iyiliği değerleri incelenmiştir. Yeterli uygunluk

sağlanamadığı takdirde bu işlem teorik çerçeveye bağlı kalacak biçimde tekrarlanmıştır.

Yürütülen işlemlerin sonucunda düşük regresyon katsayılarına (0,45 ile 0,63 arasında), yüksek hata varyanslarına (0,50 ve üzeri) ve düşük açıklanan varyans miktarlarına (0,40 ve altı) sahip olması nedeniyle “fiziksel6”, “ue1” ve “niyet3” adlı değişkenler model uyumunu düşürdüğü için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Ölçüm modelinin revize edilmiş hali Şekil 4.5’te, test edilen ölçüm modeline ait bulgular ise Tablo 4.31’de gösterilmiştir.



Şekil 4.5: Revize Edilmiş Ölçüm Modeli



Tablo 4.31: Ölçüm modeli test sonuçları

Maddeler	Std. yol katsayıları	t-değeri	Anlamlılık (p)	Hata varyansı	Açıklanan varyans (R²)
<i>Çağrı merkezi deneyimi</i>					
cm1	0,85	15,81	0,000	0,129	0,728
cm2	0,90	16,25	0,000	0,090	0,807
cm3	0,69	-		0,388	0,473
<i>İnternet kaynaklı deneyim</i>					
int1	0,85	18,48	0,000	0,169	0,730
int2	0,87	18,84	0,000	0,160	0,760
int3	0,82	-		0,230	0,669
<i>Sosyal kaynaklı deneyim</i>					
sos1	0,85	25,12	0,000	0,179	0,727
sos2	0,85	25,18	0,000	0,180	0,730
sos3	0,86	-		0,170	0,747
<i>Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik</i>					
ue2	0,79	25,36	0,000	0,197	0,626
ue3	0,78	-		0,316	0,619
ue4	0,71	22,66	0,000	0,322	0,507
<i>Fiziksel çevre</i>					
fiziksel1	0,69	22,12	0,000	0,526	0,477
fiziksel2	0,75	-		0,243	0,576
fiziksel3	0,84	27,69	0,000	0,187	0,716
fiziksel4	0,81	26,57	0,000	0,202	0,663
fiziksel5	0,67	21,34	0,000	0,575	0,447
<i>Doktor etkileşimi</i>					
doktor1	0,81	32,18	0,000	0,241	0,658
doktor2	0,87	36,00	0,000	0,189	0,753
doktor3	0,86	-		0,166	0,744
doktor4	0,76	29,03	0,000	0,261	0,578
<i>Hemşire etkileşimi</i>					
hemsire1	0,80	33,06	0,000	0,281	0,650
hemsire2	0,89	39,88	0,000	0,135	0,798
hemsire3	0,88	-		0,165	0,773
hemsire4	0,86	37,81	0,000	0,167	0,753
<i>Diğer işgören etkileşimi</i>					
isgoren1	0,83	33,78	0,000	0,215	0,698
isgoren2	0,81	31,94	0,000	0,167	0,652
isgoren3	0,86	-		0,169	0,740
isgoren4	0,85	34,72	0,000	0,149	0,721

<i>Güven</i>					
guven1	0,86	24,15	0,000	0,180	0,743
guven2	0,92	25,30	0,000	0,092	0,851
guven3	0,67	-		0,417	0,446
<i>Bekleme süreleri</i>					
bekleme1	0,85	29,30	0,000	0,174	0,731
bekleme2	0,88	30,14	0,000	0,185	0,771
bekleme3	0,78	-		0,302	0,609
<i>Hasta tatmini</i>					
tatmin1	0,90	-		0,130	0,808
tatmin2	0,92	46,91	0,000	0,105	0,846
tatmin3	0,90	44,64	0,000	0,141	0,813
<i>Davranışsal niyet</i>					
niyet1	0,93	48,37	0,000	0,114	0,863
niyet2	0,91	46,63	0,000	0,137	0,839
niyet4	0,90	43,61	0,000	0,175	0,795
niyet5	0,89	-		0,148	0,802

Tablo 4.31’de yer alan bulgular incelendiğinde, ölçüm modelinde gizil yapılardan gözlemlenen değişkenlere doğru çizilen tüm yolların 0,05 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,000<0,05$). Tüm gözlemlenen değişkenlerin standardize yol katsayıları ise 0,65 ve üzerinde gerçekleşmiştir. Açıklanan varyans değerlerinin 0,44 ve üzerinde olması yeterli görülmektedir.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen ölçüm modeline ait uyum iyiliği değerleri Tablo 4.32’de gösterilmiştir.

Tablo 4.32: Ölçüm modeline ait uyum iyiliği değerleri

Uyum İyiliği İndeksleri	Değer	Durum
<i>Mutlak Uyum İyiliği</i>		
Ki-kare	2727,335	-
Serb. Der.	753	-
Ki-kare/Serb. Der.	3,622	İyi uyum
RMSEA	0,051	İyi uyum
<i>Marjinal Uyum İyiliği</i>		
CFI	0,939	İyi uyum
TLI	0,927	İyi uyum
IFI	0,940	İyi uyum

NFI	0,918	İyi uyum
RFI	0,902	İyi uyum

Araştırmada test edilen ölçüm modeline ait uyum iyiliği parametrelerinden Ki-kare/Serbestlik Derecesinin 5'in ve RMSEA değeri 0,08'in altında, CFI, TLI, IFI, NFI ve RFI parametrelerinin 0,90'ın üzerinde bir değere sahip olması ölçüm modelinin teorik model ile iyi uyum gösterdiğine işaret etmektedir. Yeterli uyum parametrelerine sahip olması nedeniyle ölçüm modeli üzerinde daha fazla modifikasyon yapılmasına gerek duyulmamış, yapısal model testi için bu ölçüm modelinin kullanılması uygun bulunmuştur.

4.10.2. Ayırışma ve Yakınsama Geçerliliğinin İncelenmesi

Araştırma kapsamında oluşturulan teorik model ile ölçüm modeli test edilmiş, her iki örneklem için de model uyumu sağlanmıştır. Ancak bunun yanında elde edilen ölçüm modellerinin geçerli olup olmadıkları ayırışma (discriminant) ve yakınsama (convergent) geçerliliklerinin incelenmesiyle saptanmaktadır.

Ayırışma geçerliliği, bir modelde yer alan değişkenlerin birbirlerinden ne ölçüde ayrıştığını göstermektedir. Bir ölçeğin ayırışma geçerliliğini yorumlayabilmek için, her bir değişkenin, faktör yüklerine bağlı olarak hesaplanan ortalama açıklanan varyans (AVE) miktarlarının hesaplanması gerekmektedir. Ortalama açıklanan varyans değerlerinin kareköklerinin, diğer değişkenlerle olan korelasyon değerlerinden daha büyük olması, ayırışma geçerliliğinin sağlandığına işaret etmektedir (Fornell ve Larcker, 1981; Hair v.d., 2014). Değişkenlerin ortalama açıklanan varyanslarının hesaplanmasında kullanılan formül aşağıdadır (Malhotra, 2010).

$$\text{Ortalama Açıklanan Varyans (AVE)} = \frac{\sum_{i=1}^p \lambda_i^2}{\sum_{i=1}^p \lambda_i^2 + \sum_{i=1}^p \delta_i}$$

Yukarıdaki formülde yer alan “ λ ” faktör yüklerini (standardize edilmiş katsayılar), “ δ ” hata varyanslarını, “ p ” ise gözlemlenen değişkenlerin sayısını ifade etmektedir. İki örneklem grubu için değişkenlere AVE değerleri ve değişkenler arası korelasyonlar Tablo 4.33'te gösterilmiştir.

Tablo 4.33: Değişkenler arası korelasyon matrisi

	Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Çağrı merkezi deneyimi	0,81											
2	İnternet K. deneyim	0,49	0,84										
3	Sosyal K. deneyim	0,59	0,61	0,85									
4	Ulaşılabilirlik ve Erişebilirlik	0,71	0,50	0,53	0,76								
5	Fiziksel çevre	0,55	0,47	0,53	0,74	0,76							
6	Doktor Etkileşimi	0,58	0,37	0,54	0,68	0,71	0,82						
7	Hemşire Etkileşimi	0,32	0,30	0,34	0,48	0,55	0,54	0,86					
8	Diğer işgören Etkileşimi	0,53	0,44	0,56	0,70	0,75	0,70	0,65	0,83				
9	Güven	0,52	0,37	0,51	0,68	0,67	0,80	0,57	0,73	0,82			
10	Bekleme süreleri	0,48	0,36	0,47	0,68	0,61	0,63	0,57	0,74	0,76	0,83		
11	Hasta tatmini	0,42	0,45	0,53	0,56	0,60	0,73	0,55	0,69	0,79	0,71	0,91	
12	Davranışsal niyet	0,46	0,44	0,53	0,56	0,60	0,67	0,49	0,64	0,74	0,72	0,90	0,89

* $\sqrt{AVE}$ değerleri koyu ve italik olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.33 incelendiğinde, her bir değişken için hesaplanan $\sqrt{AVE}$ değerlerinin, diğer değişkenlerle olan korelasyon katsayılarından küçük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla modelin ayrışma geçerliliğinin sağlandığı ifade edilebilmektedir. Ayrışma geçerliliğinin ardından yakınsama geçerliliği incelenmiştir.

Yakınsama geçerlilik, iki ölçümün ne derece ortak bir yapı sergilediğini göstermektedir (Carlson ve Herdman, 2012). Diğer bir tanımlamayla, ölçeğin aynı yapıdaki diğer ölçümlerle ne derece olumlu ilişki içerisinde bulunduğunu sınamaktadır (Malhotra, 2010). Yakınsak geçerliliği saptamak için ortalama açıklanan varyans ve yapı güvenilirliği (construct reliability) değerleri hesaplanmaktadır. Ortalama açıklanan varyans formülü daha önce açıklanmıştı. Yapı güvenilirliği ise aşağıdaki formüle göre hesaplanmaktadır (Hair v.d., 2014).

$$\text{Yapı Güvenilirliği (CR)} = \frac{(\sum_{i=1}^p \lambda_i)^2}{(\sum_{i=1}^p \lambda_i)^2 + (\sum_{i=1}^p \delta_i)}$$

Değişkenlere ait hesaplanan ortalama açıklanan varyans değerlerinin 0,50'den yüksek olması beklenmektedir (Bagozzi ve Yi, 1988). Yapı güvenilirliğinin ise 0,70'ten yüksek olması ideal olmakla birlikte, 0,60-0,70 arası değerler kabul edilebilir olarak nitelendirilmektedir (Hair v.d., 2014). Ancak bir değişkenin ortalama açıklanan varyansı 0,50'den düşük olmasına rağmen, ilgili değişkenin bileşik güvenilirliği 0,60'tan yüksekse, halen yakınsama geçerliliğine sahip olduğu ifade edilebilmektedir (Fornell ve Larcker, 1981; Huang v.d., 2013).

Yakınsama geçerliliğinin iki önemli göstergesi olan ortalama açıklanan varyans ve yapı güvenilirliği değerleri Tablo 4.34'te belirtilmiştir.

Tablo 4.34: Değişkenlere ait ortalama açıklanan varyans ve yapı güvenirliği değerleri

Değişkenler	Madde sayısı	Yapı Güvenirliği	Ortalama Açıklanan Varyans
Çağrı merkezi D.	3	0,86	0,67
İnternet K. D.	3	0,89	0,72
Sosyal K. D.	3	0,89	0,74
Ulaşılabilirlik ve E.	3	0,81	0,58
Fiziksel çevre	5	0,87	0,58
Doktor E.	4	0,90	0,68
Hemşire E.	4	0,92	0,74
Diğer işgören E.	4	0,90	0,70
Güven	3	0,86	0,68
Bekleme süreleri	3	0,88	0,70
Hasta tatmini	3	0,93	0,82
Davranışsal niyet	4	0,95	0,83

Tablo 4.34 incelendiğinde, tüm değişkenlerin ortalama açıklanan varyanslarının 0,50'nin, yapı güvenirliğinin ise 0,80'in üzerinde olduğu görülmektedir. Buna istinaden, elde edilen veriler üzerinde test edilen ölçüm modellerinin yakınsak geçerliliğinin sağlandığı ifade edilebilmektedir.

Araştırma modelinin geçerliliğinin sağlanmasının ardından, modelde yer alan değişkenlerin ölçmede kullanılan araçların güvenirliği bir sonraki başlıkta incelenmiştir.

4.10.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirliğinin İncelenmesi

Güvenirlik, araştırmada yapılan ölçümlerlerin tekrarlanabilirliği veya tekrarlamalardaki tutarlılığı temsil etmektedir (Alpar, 2020). Güvenirlik aynı zamanda bir ölçümün hatalardan arındırılmış olması ve böylelikle istikrarlı bulgular sunması anlamına gelmektedir. Bir ölçüm benzer sonuçları tekrarlıyorsa, ilgili ölçüm aracının güvenilir olduğuna işaret etmektedir (Thanasegaran, 2009). Güvenirlik bir araştırma için ön koşuldur (Şencan, 2005).

Bir araştırmanın güvenilir olup olmadığı konusunda yargıya varmak amacıyla literatürde farklı yöntemler önerilmiştir. Bunlar test-yeniden test güvenilirliği, alternatif formlar güvenilirliği, iç tutarlılık güvenilirliği olarak üçe ayrılabilir. Test-yeniden test güvenilirliği farklı zamanlarda benzer şartlarda uygulanan ölçek puanlarını karşılaştırmaktadır. İki ayrı zaman diliminde elde edilen puanlamalar arasındaki korelasyon üzerinden çıkarım yapılmaktadır. Ancak bu yöntemde iki uygulama arasında zaman dilimi bulunması, aynı ölçeğin farklı zaman dilimlerinde farklı sonuçlara yol açması gibi problemlere sebep olmaktadır (Malhotra, 2010).

Alternatif formlar güvenilirliği, aynı ölçme aracının aynı katılımcı tarafından farklı zaman dilimlerinde uygulanması şeklinde yürütülmektedir. Alternatif formlardan elde edilen puanlamaların birbirleri ile olan korelasyonun incelenmesiyle güvenilirlik incelenmektedir (Çakmur, 2012). Alternatif formlar güvenilirliği incelenirken iki uygulama arasında geçen sürenin doğru ayarlanması gerekmektedir. Diğer yandan formların eşdeğerli olmasını sağlama ve düşük güvenilirlik katsayısı elde edildiğinde bunun kaynağını saptama konusunda problemler yaşanabilmektedir (Alpar, 2020).

İç tutarlılık güvenilirliği, ölçekte yer alan maddelerin örneklemini tam olarak temsil ettiği ölçüde birbirleriyle yüksek derecede ilişkili olduğu anlamına gelmektedir (Henson, 2001). İç tutarlılık, en yaygın kullanılan güvenilirlik tahmin yöntemidir. Bunun sebepleri, ikinci bir uygulamaya ihtiyaç duyulmaması, katılımcının alternatif bir form doldurmasına gerek kalmaması, örneklemini ikiye bölme ihtiyacı bulunmamasıdır. İç tutarlılığın tahmin edilmesinde ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı en çok kullanılan yöntemdir. Ölçekte yer alan maddeler hakkında tüm varyans ve kovaryans bilgilerini kullanarak tahminde bulunması Cronbach Alfa'yı üstün kılmaktadır (Ferketich, 1990).

Cronbach Alfa katsayısı, bir birime ait toplam puanın ölçekteki her bir maddeye ait puanların toplanmasıyla elde edilen ölçeklerde, maddelerin benzerliğini ya birbirine ne kadar yakın olduğunu ortaya koymaktadır. Maddeler arası korelasyon olumlu yönde ise Cronbach Alfa katsayısı pozitif değer almaktadır. Cronbach Alfa katsayısının 0,60'ın altında kalması düşük güvenilirlik, 0,60 ile 0,80 arasında yer alması oldukça güvenilir, 0,80 ile 1,00 arasında olması ise yüksek düzeyde güvenilirlik göstergesidir

(Kalaycı, 2014). İçsel tutarlılık kapsamında analiz edilen Cronbach Alfa katsayısı söz konusu değerler dikkate alınarak yorumlanmıştır.

Araştırmanın güvenilirliğinin incelenmesinde IBM SPSS yazılımı aracılığıyla, doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen değişkenlere ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmış, Tablo 4.35'te gösterilmiştir.

Tablo 4.35: Değişkenlere ait güvenilirlik analizi bulguları

Değişkenler	Madde sayısı	Cronbach Alfa
Çağrı merkezi D.	3	0,834
İnternet K. D.	3	0,884
Sosyal K. D.	3	0,891
Ulaşılabilirlik ve E.	3	0,801
Fiziksel çevre	5	0,861
Doktor E.	4	0,894
Hemşire E.	4	0,919
Diğer işgören E.	4	0,902
Güven	3	0,844
Bekleme süreleri	3	0,873
Hasta tatmini	3	0,932
Davranışsal niyet	4	0,931

Güvenilirlik analizi bulgularının yer aldığı Tablo 4.35 incelendiğinde, değişkenlere dair Cronbach Alfa katsayılarının 0,80'in üzerinde gerçekleştiği görülmektedir. Bu durumda referans alınan değerlere dayanarak, uygulanan ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu, buna bağlı olarak araştırmada içsel tutarlılığın sağlanmış olduğu ifade edilebilmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçüm modellerinin geçerli ve içsel tutarlılığının ise yüksek olduğunun saptanmasının ardından, bir sonraki başlıkta gizil değişkenler arası yapısal ilişkileri test etmek üzere yapısal model test edilmiştir.

4.10.4. Yapısal Modelin Testi

Araştırmada oluşturulan teorik modelin uygulama ile uyum gösterip göstermediğini ortaya koymak adına yapısal eşitlik modellemesine (YEM) başvurulmuştur. Çünkü YEM, bir veya daha fazla bağımsız değişken ile bir veya daha fazla bağımlı değişken arasındaki ilişki setlerini test etmeye yarayan istatistiki teknikler grubudur. YEM “aynı zamanda nedensel modelleme, nedensel analiz, eşzamanlı eşitlik modellemesi, kovaryans yapılarının analizi, yol analizi” olarak da adlandırılmaktadır. Araştırmacı, ölçümlenen bir değişkenin ile diğer gözlenen değişkenlerle bir ilişki içerisinde bulunduğunu varsaymaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2019).

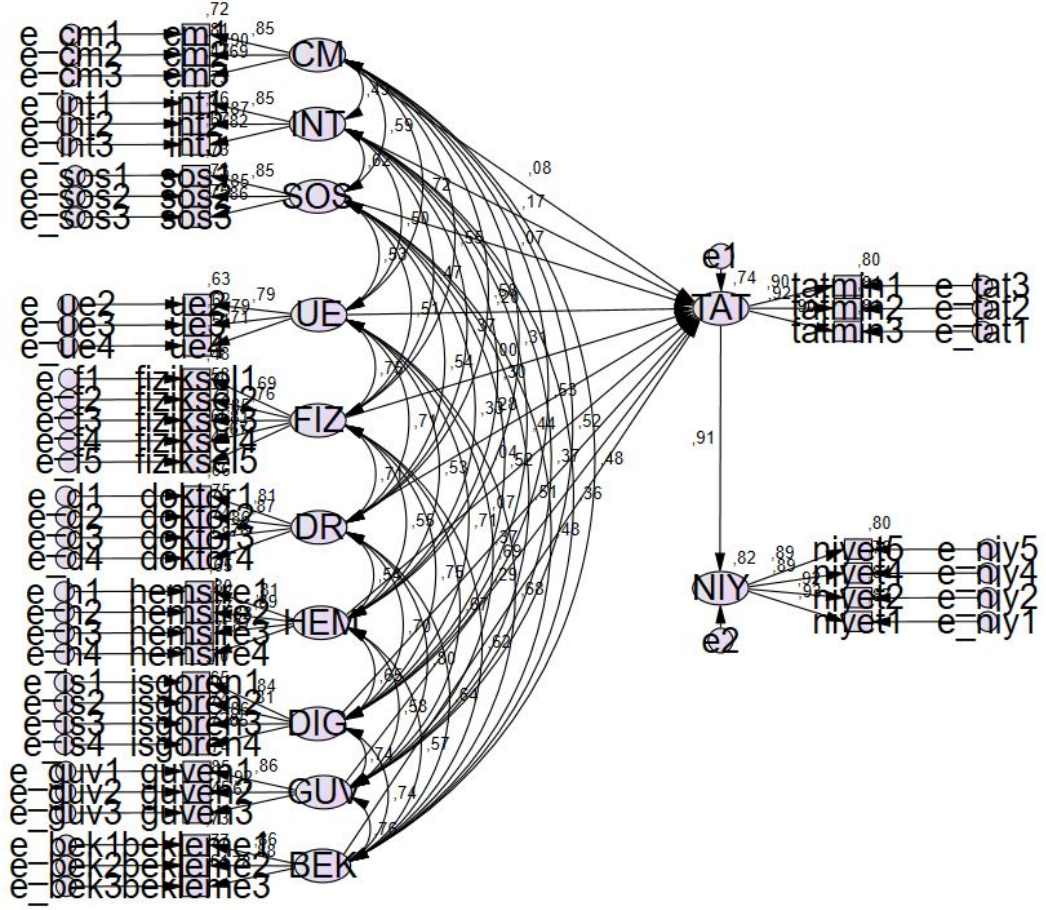
YEM’de geleneksel istatistiki yöntemlerden farklı olarak, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin yerine içsel (endogenous) ve dışsal (exogenous) değişken kavramları kullanılmaktadır. Buna sebep olarak bir değişkenin aynı anda hem bağımsız hem de bağımlı değişken olarak tanımlanabilmesi gösterilmektedir. Dolayısıyla YEM sürecinde bağımlı ve bağımsız değişkenler tabirlerinin kullanılması tavsiye edilmemektedir (Meydan ve Şeşen, 2015).

İçsel değişkenler regresyon analizindeki bağımlı değişkenlerle eş anlama gelmektedir. İçsel değişkenler, modelde yer alan dışsal değişkenler tarafından doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmektedir. Dışsal değişkenler ise bağımsız değişkenlere benzemekle birlikte, bir veya daha fazla değişkenle birlikte belirli etkilere yol açmaktadır. Dışsal değişkenlerdeki değişimin sayısal değeri model tarafından açıklanamamaktadır. Bunun yerine model dışında kalan bazı faktörlerden etkilendiği varsayılmaktadır (Byrne, 2016). İçsel ve dışsal değişkenlerin tamamı gizil yapıları temsil etmektedir.

Yapısal eşitlik modellemesi kapsamında iki aşamalı olarak incelenmiştir. İlk aşamada ölçüm modelleri test edilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yürütülmüştür. Bir sonraki aşamada, AMOS yazılımında teorik yapıya bağlı kalarak gizil değişkenler arası yollar çizilerek yapısal model test edilmiştir. Böylelikle araştırma amaçları doğrultusunda değişkenler arası yapısal ilişkiler ve etki seviyeleri değerlendirilmiştir.

AMOS yazılımında gizil değişkenler arası yolların çizildiği yapısal model test edilmiş, test bulgularının yer aldığı şema Şekil 4.6’da gösterilmiştir.

Şekil 4.6: Yapısal model test sonucu



Şekil 4.6 incelendiğinde, gizil yapılar daire şekliyle, gözlemlenen değişkenler ise kare şekliyle çizilmiştir. Buna göre hasta tatmini aynı zamanda hem içsel, hem dışsal değişken, davranışsal niyet ise içsel değişkendir. Diğer gizil değişkenlerin tamamı ise dışsal değişken olarak nitelendirilmektedir. Dışsal değişkenlerden içsel değişkenlere çizilen yollar, bu yolların anlamlılık durumları ve ilişki katsayıları Tablo 4.36'da gösterilmiştir.

Tablo 4.36: Yapısal ilişkiler ve yol katsayıları

Yapısal ilişkiler			Std. Yol katsayıları	t-değeri	Anlamlılık
Çağrı merkezi D.	—>	Hasta tatmini	0,077	1,357	0,175
İnternet K. D.	—>	Hasta tatmini	0,175	3,540	0,000*
Sosyal K. D.	—>	Hasta tatmini	0,068	1,403	0,161
Ulaşılabilirlik ve E.	—>	Hasta tatmini	0,204	3,166	0,002*
Fiziksel çevre	—>	Hasta tatmini	0,002	0,047	0,962
Doktor E.	—>	Hasta tatmini	0,281	5,645	0,000*
Hemşire E.	—>	Hasta tatmini	0,040	1,309	0,191
Diğer işgören E.	—>	Hasta tatmini	0,068	1,407	0,160
Güven	—>	Hasta tatmini	0,367	6,848	0,000*
Bekleme süreleri	—>	Hasta tatmini	0,287	6,337	0,000*
Hasta tatmini	—>	Davranışsal niyet	0,906	36,156	0,000*

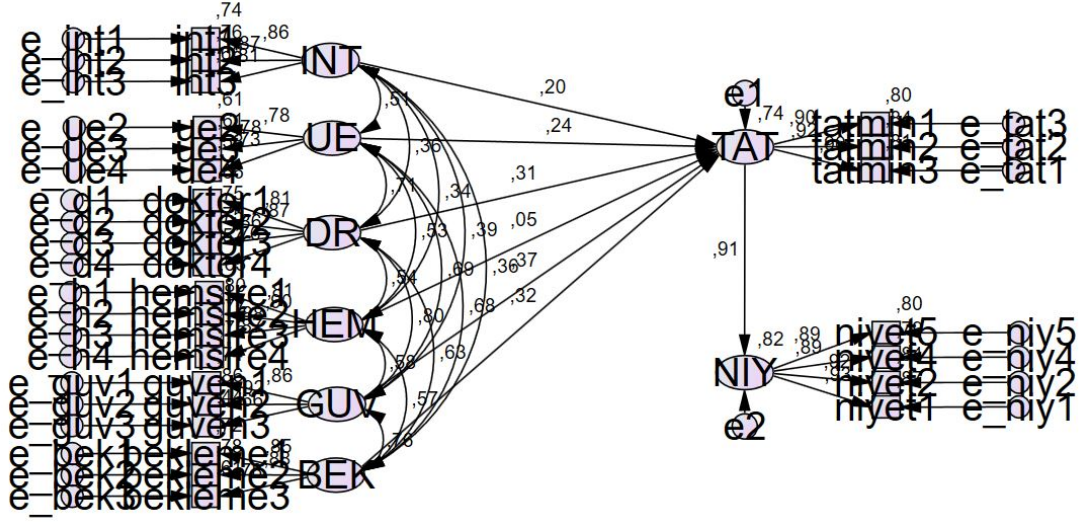
* $p < 0,05$

Tablo 4.36’da bazı dışsal değişkenlerden içsel değişkene olan yolların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir. Bunlar t-değerlerinin küçükten büyüğe göre sırasıyla fiziksel çevreden, hemşire etkileşiminden, çağrı merkezi deneyiminden, sosyal kaynaklı deneyimden ve diğer işgören etkileşiminden hasta tatminine doğru çizilen yolların 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır.

Dışsal değişkenlerden içsel değişkenlere doğru anlamlı olmayan yolların çıkarılması, modelin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Ancak çıkarılma işleminin en küçük t-değerine ve yol katsayısına göre yapılması ve her seferinde bu işlemin tekrarlanması önem arz etmektedir (Kline, 2010). Bu doğrultuda istatistiksel olarak anlamlı olmayan, en küçük t-değeri ve yol katsayısına sahip olan yollar modelden silinerek işlem tekrarlanmış, tüm yollar anlamlı çıktığında nihai modele erişilmiştir.

Nihai yapısal modelde yer alan gizil değişkenler arası kovaryanslar çizilerek ölçüm modeli test edilmiş, modelin yeterli uyum iyiliği değerlerine sahip olduğu doğrulanmıştır (Nihai ölçüm modeli için bkz. EK-4). İçsel değişkenlerden dışsal değişkenlere olan tüm yolların istatistiksel olarak anlamlı olduğu revize edilmiş yapısal model Şekil 4.7’de gösterilmiştir.

Şekil 4.7: Revize edilmiş yapısal model



Şekil 4.7’de yer alan nihai yapısal modelde, tüm dışsal değişkenlerden içsel değişkenlere olan yollar 0,05 düzeyinde anlamlıdır. Yapısal modelde yer alan ilişkiler ve standardize yol katsayılarına ait bulgular ise Tablo 4.37’de gösterilmiştir.

Tablo 4.37: Revize edilmiş yapısal ilişkiler ve yol katsayıları

Yapısal ilişkiler			Std. yol katsayıları	t-değeri	Anlamlılık
İnternet K. D.	→	Hasta tatmini	0,205	4,950	0,000*
Ulaşılabilirlik ve E.	→	Hasta tatmini	0,242	4,730	0,000*
Doktor E.	→	Hasta tatmini	0,309	6,461	0,000*
Hemşire E.	→	Hasta tatmini	0,050	1,745	0,081**
Güven	→	Hasta tatmini	0,369	6,774	0,000*
Bekleme süreleri	→	Hasta tatmini	0,321	7,300	0,000*
Hasta tatmini	→	Davranışsal niyet	0,906	36,127	0,000*

* $p < 0,001$, ** $p < 0,10$

Hasta tatmini için $R^2 = 0,74$

Davranışsal niyet için $R^2 = 0,82$

Araştırma amaçları kapsamında oluşturulan hipotezlerin son durumu Tablo... dikkate alınarak incelenmiştir. Hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşanan hasta deneyimlerinden internet kaynaklı deneyim hasta tatminini olumlu yönde etkilediği için H1.2 hipotezi kabul edilmiştir ($p = 0,000 < 0,001$). Çağrı merkezi deneyimi ve sosyal kaynaklı deneyim ise hasta tatminini anlamlı olarak etkilemediğinden H1.1 ve

H1.3 hipotezleri kabul edilmemiştir ($H1.1 p=0,175>0,05$, $H1.3 p=0,161>0,05$). Sonuç olarak hizmet karşılaşmaları öncesi hasta deneyiminin hasta tatminini kısmen olumlu yönde etkilediği ifade edilebilmektedir.

Tablo 4.37’de yer alan nihai yapısal model bulgularına göre hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan hasta deneyimlerinden ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, doktor etkileşimi, hemşire etkileşimi, güven ve bekleme süreleri hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir. Buna göre H2.1, H2.3, H2.4, H2.6, H2.7 hipotezleri kabul edilmiştir ($H2.1 p=0,000<0,001$, $H2.3 p=0,000<0,001$, $H2.4 p=0,081<0,10$, $H2.6 p=0,000<0,001$, $H2.7 p=0,000<0,001$). Fiziksel çevre ve diğer işgören-hasta etkileşimi ise hasta tatminini anlamlı etkilemediği için H2.2 ve H2.5 hipotezleri kabul edilmemiştir ($H2.2 p=0,962>0,05$, $H2.5 p=0,160>0,05$). Test bulguları dikkate alındığında, H2 hipotezinin kısmen kabul edildiği ifade edilebilmektedir. Diğer yandan hasta tatmini davranışsal niyet üzerinde olumlu yönde etkiye sahiptir. Buna göre H3 hipotezi kabul edilmiştir ($p=0,000<0,001$).

Revize edilmiş yapısal modelin uyum iyiliği parametreleri, nihai modelin uygun olup olmadığı konusunda bilgi vermektedir. Test edilen ilk model ve revize edilmiş yapısal modellerin uyum iyiliği değerleri Tablo 4.38’de sunulmuştur.

Tablo 4.38: Revize edilmiş yapısal modelin uyum iyiliği değerleri

Uyum İyiliği İndeksleri	İlk model için değerler	Revize model için değerler	Durum
<i>Mutlak Uyum İyiliği</i>			
Ki-kare	2777,204	1503,980	
Serb. Der.	763	302	
Ki-kare/Serb. Der.	3,640	4,980	İyi uyum
RMSEA	0,051	0,062	İyi uyum
<i>Marjinal Uyum İyiliği</i>			
CFI	0,938	0,947	İyi uyum
TLI	0,927	0,934	İyi uyum
IFI	0,938	0,948	İyi uyum
NFI	0,917	0,935	İyi uyum
RFI	0,902	0,919	İyi uyum

Tablo 4.38’de yer verilen uyum iyiliği parametreleri incelendiğinde ilk yapısal model ve revize edilmiş yapısal model arasında büyük farklar görülmemektedir. Bununla birlikte Ki-kare/Serb. Der. Değeri 3,640 iken 4,980, RMSEA ise 0,051 iken 0,062 olarak değişse de, halen iyi uyum referans değerleri ($3,640 < 5,00$ ve $0,062 < 0,08$) içerisinde yer almaktadır. Marjinal uyum iyiliği göstergelerinin tamamında ise bir miktar artış gerçekleşmiştir. Nihai yapısal modelde değişkenlere ait düşük standardize yol katsayı, yüksek hata varyansı ve düşük açıklanan varyans bulunmadığından, teorik çerçeve içerisinde daha fazla iyileştirmenin yapılmasına ihtiyaç duyulmadığı saptanmıştır. Uyum indeksleri genel olarak incelendiğinde, nihai yapısal modelin teori ve örneklem arasında iyi derecede uygunluk düzeyinde olduğu ifade edilebilmektedir.

Nihai yapısal modelde yer alan standardize yol katsayılarının büyüklüğünün yorumlanmasında Kline’in (2011) yaklaşımı benimsenmiştir. Buna göre standardize yol katsayılarından 0-0,10 arası küçük etki, 0,101-0,50 arası orta etki, 0,501 ve üzeri ise yüksek büyüklükte etki şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırmada test edilen nihai yapısal model sonucuna göre hasta tatmini ($\beta=0,906$) davranışsal niyeti yüksek düzeyde etkilemektedir. Etki büyüklüğüne göre sırasıyla güven ($\beta=0,369$), bekleme süreleri ($\beta=0,321$), doktor etkileşimi ($\beta=0,309$), ulaşılabilirlik ve erişebilirlik ($\beta=0,242$) ile internet kaynaklı deneyim ($\beta=0,205$) hasta tatminini orta düzeyde etkilemiştir. Hemşire etkileşimi ($\beta=0,050$) ise hasta tatminini az da olsa anlamlı olarak etkilemiştir.

Yapısal modelin test edilme sürecinde gizil yapılar arası doğrudan etkiler incelenmiştir. Dolaylı etkileri ortaya çıkarmak amacıyla yürütülen aracılık analizi ise bir sonraki başlıkta ele alınmıştır.

4.10.5. Aracılık Analizi

Araştırma amaçları doğrultusunda, yapısal modelde yer alan dışsal değişkenlerin hasta tatmini üzerinden davranışsal niyeti dolaylı olarak etkileyip etkilemediğini ortaya koymak amacıyla aracılık analizi yürütülmüştür. Öncelikle aracılık analizi hakkında açıklamalara yer verilmiş, ardından analiz sonuçları sergilenmiştir.

Aracılık analizi, bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişkiye, aracı değişken olarak tanımlanan üçüncü bir değişkenin katkısını incelemektedir. Bu durumda farklı aracılık testleri yürütülerek bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki dolaylı ilişkiyi ortaya çıkarmaktadır (Yılmaz ve Dalbudak, 2018).

Aracılık analizinin yürütülmesinde temel iki yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan ilki literatürde yaygın bir şekilde kullanılan ve belirli koşulları sağladığı taktirde aracılık aşamalı testler yürütülen Baron ve Kenny'nin (1986) nedensellik yaklaşımıdır. Ancak söz konusu yaklaşıma, gereken varsayımların I. Tip hata (α) ve II. Tip hataya (β) yol açabileceği, toplam etkinin saptanmadığı durumda dahi dolaylı etkinin mevcut olabileceği gibi farklı açılardan eleştiriler getirilmiştir (Hayes, 2009; Pardo ve Román, 2013).

Aracılık rolünün incelenmesine yönelik ikinci yaklaşım olan alternatif yaklaşımda dolaylı etki katsayıları hesaplanmakta ve elde edilen değerler üzerinden ilişkilere yorum getirilmektedir. Alternatif yaklaşımda aracılık testi için bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde toplam etkisinin anlamlı olması şartı bulunmamaktadır. Diğer yandan, dolaylı etkilerin istatistiksel anlamlılığının değerlendirilmesinde “bootstrap” tekniği aracılığıyla güven aralığı değerleri kullanılmaktadır (Gürbüz, 2019). “Bootstrap” metodu, mevcut veri setindeki gözlemleri yinelemekte ve oluşturulan yeni veri seti üzerinden hesaplama yapılmaktadır. Bu teknik sayesinde gözlem verilerinin dağılımında yanlılık ve çarpıklık gibi problemlerin üstesinden gelerek hesaplama işlemini yürütmektedir (Efron, 1987; DiCiccio ve Efron, 1996).

Alternatif yaklaşıma göre yürütülen aracılık analizi sonucunda, iyileştirilmiş düşük ve yüksek güven aralığı değerleri (BootLLCI ve BootULCI) elde edilmektedir. Söz konusu değerler 0,05 anlamlılık düzeyinde BootLLCI ve BootULCI değerleri sıfırı kapsamadığı taktirde dolaylının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir (Gürbüz, 2019).

Çalışma amaçları doğrultusunda yürütülen aracılık analiz sürecinde, son yıllarda Baron ve Kenny'nin (1986) nedensellik yaklaşımının rasyonellik ve güvenilirlik açısından sıkça sorgulanması nedeniyle (Rui v.d., 2013) alternatif yaklaşım tercih edilmiştir. Alternatif yaklaşımda “bootstrap” tekniği gözlem verilerinin dağılımından

kaynaklanan problemleri en aza indirmekte, dolaylı etkiyi teşhis etme ihtimalini güçlendirmektedir. Bu doğrultuda Hayes'in (2018) SPSS yazılımı için oluşturduğu PROCESS makrosu aracılık analizini pratik bir şekilde uygulamaya imkan sağlamaktadır (Demming v.d., 2017).

Aracılık analizine hazırlık için Hayes'in (2018) oluşturduğu PROCESS makrosu SPSS yazılımına yüklenmiştir. PROCESS makrosu üzerinde basit aracılık modeli olan 4. Model seçilmiştir. Güven aralığı 0,05 anlamlılık düzeyi, "bootstrap" örneklem sayısı 5000 olarak belirlenmiştir. Modelde bağımlı değişken (Y) olarak davranışsal niyet, aracı değişken (M) olarak hasta tatmini, bağımsız değişken (X) olarak ise nihai yapısal modelde yer alan dışsal değişkenlerden biri seçilmiştir. Her bir dışsal değişken ayrı ayrı modele dahil edilerek aracılık analizleri tekrarlanmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.39'da gösterilmiştir.

Tablo 4.39: Bağımsız Değişkenlere Ait Standardize Dolaylı Etki Katsayıları

Yapısal ilişkiler				Std. dolaylı etki	BootSE	BootLLCI	BootULCI	
İnternet K. D.	→	H. tatmini	→	D. niyet	0,329	0,048	0,232	0,424
Ulaşılabilirlik ve E.	→	H. tatmini	→	D. niyet	0,381	0,029	0,323	0,437
Doktor E.	→	H. tatmini	→	D. niyet	0,508	0,027	0,455	0,562
Hemşire E.	→	H. tatmini	→	D. niyet	0,410	0,029	0,352	0,464
Güven	→	H. tatmini	→	D. niyet	0,497	0,029	0,440	0,552
Bekleme süreleri	→	H. tatmini	→	D. niyet	0,424	0,025	0,375	0,473

Tablo 4.39 incelendiğinde, standardize dolaylı etki katsayılarının her birine ait BootLLCI ve BootULCI değerleri arasında sıfırın yer almaması, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olduğuna işaret etmektedir. Buna göre, nihai yapısal modelde yer alan bağımsız değişkenlerin tümünün bağımlı değişken olan davranışsal niyeti, hasta tatmini aracılığıyla dolaylı olarak anlamlı etkilediği ifade edilebilmektedir. En yüksek standardize dolaylı etki katsayısı doktor etkileşimine (0,508), en düşük katsayı ise internet kaynaklı deneyime (0,329) ait olmuştur.

Tablo 4.39'daki bulgular hipotezler açısından değerlendirildiğinde, internet kaynaklı deneyimin davranışsal niyeti dolaylı olarak etkilemesi nedeniyle H4.2 hipotezi 0,05

anlamlılık düzeyinde kabul edilmiştir. Çağrı merkezi deneyimi ve sosyal kaynaklı deneyim nihai yapısal modelde yer almadığından H4.1 ve H4.3 hipotezleri kabul edilmemiştir. Bu durumda hizmet karşılaşmaları öncesi yaşanan hasta deneyiminin davranışsal niyeti dolaylı etkilediği H4 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan deneyimlerden ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, doktor-hasta etkileşimi, hemşire-hasta etkileşimi, güven ve bekleme sürelerinin davranışsal niyeti dolaylı olarak etkilemesi nedeniyle H5.1, H5.3, H5.4, H5.6 ve H5.7 hipotezleri kabul edilmiştir. Fiziksel çevre ve diğer işgören-hasta etkileşimi modelden çıkarıldığı için H5.2 ve H5.5 hipotezleri kabul edilmemiştir. Dolayısıyla hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan hasta deneyimlerinin dolaylı etkisinin sınıandığı H5 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Yapısal modelde yer alan gizil yapılar arası dolaylı ilişkilere yer verilmesinin ardından, bir sonraki başlıkta çoklu grup analiz süreci açıklanmıştır.

4.10.6. Çoklu Grup Analizi

Araştırmanın amaçları doğrultusunda hizmet karşılaşmaları öncesi ve esnasında yaşanan deneyimlerin hizmet karşılaşmaları sonrasında yaşanan deneyime etkisini incelenmiştir. Çalışmanın amacı ve literatürde yer alan bilgiler çerçevesinde ölçme modeli ile yapısal model oluşturulmuş ve AMOS yazılımı aracılığıyla test edilmiştir. Her grupta yürütülen analiz bulguları bir önceki bölümde raporlanmıştır.

Araştırma iki farklı özel hastane örnekleme üzerinde uygulandığından, dışsal değişkenlerden içsel değişkenlere olan yol katsayıları büyüklüğünün örneklem gruplarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak araştırmanın alt amaçlarından birini oluşturmaktadır. Bunun için AMOS yazılımında çoklu grup analizi (multiple-group analysis) yürütülmüştür.

Çoklu grup analizlerinde temel problem, ele alınan araştırma modellerinde yer alan faktör yükleri, yol katsayıları, varyans-kovaryans değerleri gibi parametrelerin farklı örneklemelerde değişiklik gösterip göstermediğidir. Bu nedenle aynı modelin iki veya daha fazla örneklem grubunda ayrı ayrı tahmin edilmesi ve sonrasında gizil yapılar arası yol katsayılarından standardize edilmemiş parametrelerle kıyaslanması

gerekmektedir. Bu noktada standardize değerler yerine standardize edilmemiş değerlerin karşılaştırılması önemlidir (Kline, 2019).

Çoklu grup analizinde öncelikle ölçmek istenilen modelin farklı örneklem grupları için değişiklik göstermediği ortaya konmaktadır. Diğer bir ifadeyle test edilecek ölçüm modelinin iki grup için de aynı yapıda olması gerekmektedir. Araştırmada oluşturulan ölçüm modelinin farklı örneklem grupları üzerinde aynı yapıya sahip olması, değişkenleri ölçümlemede kullanılan ölçeklerde yer alan maddelere ait faktör yükü, faktörler arası korelasyon ve hata varyanslarının benzer olduğuna işaret etmektedir. Böylelikle ölçüm modelinin değişmezliği (measurement model invariance) saptanmaktadır. Bir sonraki aşamada ise yapısal model üzerinde yer alan yol katsayıları büyüklüğünün örneklem gruplarına göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilecektir.

Ölçüm modellerinin yapı güvenirliğini sağlamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yürütüldüğü daha önce belirtilmişti. Farklı gruplardan elde edilen örneklemeler söz konusu olduğunda, grupların değişmezliğini veya eşdeğerliğini belirlemek amacıyla çok örneklemlili (multisample) doğrulayıcı faktör analizine başvurulmaktadır. Çoklu grup analiz süreci farklı açılardan kısıtlanan modellerin birbirleriyle ampirik açıdan karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Karşılaştırma için temel olarak iki model (kısıtlı model ile daha az kısıtlanmış model) arasındaki ki-kare farkı dikkate alınmaktadır (Hair v.d., 2019).

Çoklu grup analizi için ilk aşamada AMOS yazılımında araştırmanın modeli çizilmiş, Hastane-1 ve Hastane-2 adıyla iki farklı model tanımlanmıştır. Ardından veri dosyası seçim penceresinde “grouping variable” seçeneği aracılığıyla veriseti Hastane-1 hastanesi ve Hastane-2 hastanesi olmak üzere ikiye ayrılmıştır. “Group value” seçeneğinde “1” değeri Hastane-1 örneklemi için, “2” değeri Hastane-2 örneklemi için tanımlanmıştır. Sonrasında alternatif modeller oluşturularak test edilmiş ve bulgular karşılaştırılmıştır.

Analiz süreci, her grup için parametrelerin sabitlenmediği kısıtlanmamış modelin test edilmesi ile başlamaktadır. Ardından faktör yüklerinin, kovaryansların ve hata varyanslarının serbest bırakıldığı modeller ayrı ayrı test edilmiştir. AMOS yazılımı iç

içe geçmiş iki model arasındaki ki-kare farkının anlamlı olup olmadığını, çoklu grup analizi çıktı penceresinde “Model comparison” başlığı altında raporlamaktadır. Karşılaştırılan modellerin ki-kare farklarının anlamlı olup olmadığına ait bulgular Tablo 4.40’te gösterilmiştir.

Tablo 4.40: Alternatif modellere ait ki-kare fark testleri

Kısıtlanmamış model ile karşılaştırılan alternatif modeller	Ki-kare farkı	Serb. Der. farkı	Anlamlılık
Model-1: Faktör yükleri eşit	19	41,569	0,002
Model-2: Faktör yükleri, kovaryanslar eşit	69	209,452	0,000
Model-3: Faktör yükleri, kovaryanslar, hata varyansları eşit	74	156,931	0,000
Model-4: Faktör yükleri, hata varyansları eşit	49	87,585	0,001

Tablo 4.40’te, kısıtlanmamış modele ait ki-kare ve serbestlik derecesi farkı ile, parametrelerin kısıtlandığı alternatif modellerin ki-kare ve serbestlik derecesi farkının 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Ölçüm değişmezliğinin söz konusu olması için kısıtlanmamış model ile kısıtlanmış alternatif model arasındaki ki-kare ve serbestlik derecesi farkının anlamlı bulunması gerekmektedir (Van de Schoot v.d., 2012). Ancak yalnızca ki-kare farkını dikkate alarak ölçüm değişmezliğinin bulunmadığı yorumuna bazı eleştiriler yöneltilmiştir.

Cheung ve Rensvold’a (2002) göre, örneklem sayısının büyük olduğu çalışmalarda ki-kare fark testinin temel alındığı parametre tahminlerindeki farklılıkların yeterli öneme sahip olmamasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanabileceğini belirtmiştir. Ki-kare fark testi yerine, CFI indeksinin faktörlere göre gösterge miktarı gibi model özelliklerinden daha az etkilenmektedir. Bu durumda temel model ve alternatif modeller arasındaki CFI indeksi farkının 0,01’e eşit ya da 0,01’den düşük olması ölçüm değişmezliğine işaret edebilmektedir (Byrne, 2016; Bayram, 2018; Yıldız, 2016).

Meade ve diğerleri (2008) büyük örneklemelerde modeller arası küçük farklılıklar olduğu durumda ki-kare fark testinin ölçüm değişmezliğinde eksikliğe sebep

olduğunu, CFI indeksindeki farklılıkların 0,02 ve altında olmasının ölçüm değişmezliğine zarar vermediğini belirtmiştir.

Yukarıdaki açıklamalar, örneklem miktarının 300'ün üzerine çıktığı çalışmalarda, ölçüm değişmezliğine dair yargıya varmak amacıyla ki-kare fark testleri yerine uyum iyiliğine odaklanılabileceği, temel model ile alternatif modeller arasındaki uyum iyiliği değerlerinden CFI indeksleri arasındaki farkların dikkate alınabileceğini göstermektedir (Kline, 2019). Bu nedenle ölçüm değişmezliğini incelemek adına, kısıtlanmış model ve alternatif modeller arasındaki CFI indeksi farklılıkları hesaplanmış ve Tablo 4.41'de sunulmuştur.

Tablo 4.41: Alternatif modellere ait uyum iyiliği indeksleri

Model ismi	Kısıtlanan parametreler	Ki-kare/ Serb.Der.	RMSEA	CFI	CFI farkı	TLI	IFI	NFI	RFI
Kısıtlanmamış	-	3,363	0,048	0,928	-	0,923	0,928	0,901	0,893
Model-1	Faktör yükleri	3,369	0,048	0,930	0,002	0,922	0,931	0,904	0,893
Model-2	Faktör yükleri, kovaryanslar	3,440	0,049	0,931	0,003	0,920	0,931	0,906	0,891
Model-3	Faktör yükleri, kovaryanslar, hata varyansları	3,394	0,048	0,936	0,008	0,922	0,936	0,912	0,892
Model-4	Faktör yükleri, hata varyansları	3,323	0,048	0,935	0,007	0,924	0,935	0,910	0,895

Tablo 4.41'de yer alan modellerin uyum iyiliği değerleri incelendiğinde, kısıtlanmamış model ile alternatif modellerin CFI indeksi arasındaki farkların referans aralığı olan 0,01 (Cheung ve Rensvold, 2002) ve 0,02'den (Meade v.d., 2008) küçük olduğu görülmektedir. Bu durumda en küçük CFI indeksi farkı temel alınmış ve Model-1 ($\Delta CFI=0,002$) üzerinden ilerlenerek bir sonraki aşamaya geçilmiştir.

Sıradaki aşamada dışsal değişkenlerden içsel değişkenlere olan yol katsayılarının büyüklüğünün, örneklem gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya

konması gerekmektedir. Bunun için dışsal değişkenlerden içsel değişkenlere doğru yapısal ilişkileri gösteren yollar çizilmiştir. Araştırmacı AMOS yazılımında çoklu grup analizi çıktısındaki parametreleri görsel olarak yorumlayabileceği gibi, istatistiksel bir yöntemle katsayılar arası farklılıkların anlamlı olup olmadığını ortaya koyabilmektedir (Öztürk, 2015). Çalışmada istatistiki yöntem tercih edilmiştir.

İki farklı regresyon katsayısı büyüklüğünün birbirinden farklı olup olmadığını incelemek için genellikle aşağıda belirtilen z-değeri formülü kullanılmaktadır. Bu formül, regresyon katsayısını standart hata ile birlikte ele almaktadır (Cohen, 1983; Paternoster v.d., 1998).

$$z - değeri = \frac{b_1 - b_2}{\sqrt{SHb_1^2 + SHb_2^2}}$$

Yukarıdaki formülde dışsal değişkenden içsel değişkene olan yol katsayılarından “ b_1 ” birinci örneklem grubundaki yol katsayısını, “ b_2 ” ise ikinci örneklem grubundaki yol katsayısını ifade etmektedir. “ SHb ” ise standart hata miktarlarını temsil etmektedir. Formül sonucunda hesaplanan z-değeri, 0,05 anlamlılık düzeyinde kritik oran olan 1,96’dan büyük olduğunda (Kurtuluş, 1992), iki regresyon katsayısı büyüklüğü arasındaki farkın anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir.

AMOS yazılımında çoklu grup analizi çıktı penceresinde “Pairwise Parameter Comparisons” başlığı altında “Critical Ratios For Differences Between Parameters” seçeneği bulunmaktadır. Bu seçenek, yapısal modelde yer alan her bir parametrenin iki örneklem grubuna göre farklılık gösterip göstermediğine işaret eden z-değerlerini bir matris halinde sunmaktadır. Araştırmacı, mukayese etmek istediği parametrelerin z-değerlerini söz konusu matriste görebilmektedir.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan modelde hasta tatmini üzerinde etkisi anlamlı olarak saptanan internet kaynaklı deneyim, ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, doktor etkileşimi, hemşire etkileşimi, güven ve bekleme süreleri değişkenleri, bununla birlikte hasta tatminin anlamlı olarak etkilediği davranışsal niyet değişkeni yer almıştır. Her dışsal değişkenden içsel değişkene olan yol katsayıları arasındaki farkı ortaya koymak adına z-değerleri Tablo 4.42’de gösterilmiştir.

Tablo 4.42: Yapısal modeldeki yol katsayılarının örneklem grupları itibariyle hesaplanan z-değerleri

Yapısal ilişkiler			z-değeri
İnternet K. D.	—>	Hasta tatmini	-0,514
Ulaşılabilirlik ve E.	—>	Hasta tatmini	0,861
Doktor E.	—>	Hasta tatmini	0,995
Hemşire E.	—>	Hasta tatmini	-0,585
Güven	—>	Hasta tatmini	-1,009
Bekleme süreleri	—>	Hasta tatmini	-0,638
Hasta tatmini	—>	Davranışsal niyet	1,622

Çoklu grup analizinde yapısal modelde yer alan yol katsayıları ve standart hata miktarlarının dikkate alınarak hesaplandığı z-değerleri incelendiğinde, tüm yolların 0,05 anlamlılık düzeyinde kritik değer olan 1,96'dan küçük olduğu görülmektedir. Bu durumda, internet kaynaklı deneyim, ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, doktor etkileşimi, hemşire etkileşimi, güven ve bekleme sürelerinden hasta tatminine olan yol katsayılarının büyüklüğünün Hastane-1 ve Hastane-2 hastanelerinden oluşan örneklem gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ifade edilebilmektedir. Bu durum araştırma hipotezleri açısından değerlendirildiğinde H6 ve H7 hipotezleri ile H8 hipotezinin kabul edilmediği ifade edilebilmektedir.

Çoklu grup analizi sonucunda tüm yol katsayılarının büyüklüğünün Hastane-1 ve Hastane-2 hastanesi örneklemine göre anlamlı farklılık göstermemesine araştırma açısından şu şekilde yorum getirilebilmektedir: Araştırma modelinde yer alan söz konusu gizil yapılar arası ilişkilerin etki büyüklükleri, yüksek itibarlı ve düşük itibarlı olarak araştırmaya dahil edilen özel hastanelerde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu durumda, hasta tatmini üzerinde etkili olan tüm dışsal değişkenler ile hasta tatmininin davranışsal niyet üzerindeki olumlu etkisi, örneklem olarak seçilen iki özel hastaneden bağımsız olarak benzer öneme sahiptir.

Çoklu grup analizi sonucu, ölçme araçları açısından da yorumlanabilmektedir. Genel itibariyle yol katsayılarının büyüklüklerinde her iki grupta da anlamlı fark saptanmaması, araştırmada uygulanan ölçme modeli ve araçlarının her iki özel hastane örneklemini için de tutarlı olarak nitelendirilebileceğine işaret etmektedir. Ancak bu

durumun, örnekleme dahil edilecek diğer özel hastaneler için de geçerli olup olmadığı gelecekte yürütülecek çalışmalarla doğrulanabilecektir.

Çoklu grup analiziyle birlikte, araştırma amaçları doğrultusunda yürütülmesi gereken tüm analizler tamamlanmıştır. Yürütülen analizler sonucunda araştırma amaçları doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin son durumu, özet halinde Tablo 4.43'te gösterilmiştir.

Araştırma sonuçlarına dair gerekli açıklamalara yer verilmesinin ardından, sonuçlara dair teorik ve pratik açılarından hangi çıkarımların yapılabileceği, araştırma sonuçlarından yola çıkarak gelecekteki çalışmalar için ne gibi öneriler getirilebileceği bir sonraki başlıkta ele alınmıştır.

Tablo 4.43: Hipotez testleri sonucunda oluşan özet tablo

Araştırma Hipotezleri	Durum
H1: Hizmet karşılaşmaları öncesinde hastaların yaşadıkları deneyimlere dair algılamalar hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kısmen Kabul
H1.1: Çağrı merkezi deneyimi, hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Red
H1.2: İnternet kaynaklı deneyim, hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kabul
H1.3: Sosyal kaynaklı deneyim, hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Red
H2: Hizmet karşılaşmaları esnasında hastaların yaşadıkları deneyimlere dair algılamalar hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kısmen Kabul
H2.1.: Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kabul
H2.2: Fiziksel çevre hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Red
H2.3: Doktor-hasta etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kabul
H2.3: Hemşire-hasta etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kabul
H2.4: Diğer işgören-hasta etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Red
H2.5: Güven hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kabul
H2.6: Bekleme süreleri hasta tatminini olumlu yönde etkiler.	Kabul
H3: Hasta tatmini, davranışsal niyet üzerinde olumlu yönde etkilidir.	Kabul
H4: Hasta tatmini, hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşanan deneyimler ile davranışsal niyet arasında aracılık işlevi görmektedir.	Kısmen Kabul
H4.1: Çağrı merkezi deneyimi, hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Red
H4.2: İnternet kaynaklı deneyim, hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Kabul
H4.3: Sosyal kaynaklı deneyim, hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Red
H5: Hasta tatmini, hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan deneyimler ile davranışsal niyet arasında aracılık işlevi görmektedir.	Kısmen Kabul

H5.1.: Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Kabul
H5.2: Fiziksel çevre hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Red
H5.3: Doktor-hasta etkileşimi hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Kabul
H5.4: Hemşire-hasta etkileşimi hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Kabul
H5.5: Diğer işgören-hasta etkileşimi hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Red
H5.6: Güven hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Kabul
H5.7: Bekleme süreleri hasta tatminini aracılığıyla davranışsal niyeti dolaylı olarak etkiler.	Kabul
H6: Yüksek ve düşük itibarlı özel hastanelerde, hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşanan deneyimlerin hasta tatminine etkisi anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H6.1: Çağrı merkezi deneyiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H6.2: İnternet kaynaklı deneyiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H6.3: Sosyal kaynaklı deneyiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H7: Yüksek ve düşük itibarlı özel hastanelerde, hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan deneyimlerin hasta tatminine etkisi anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H7.1.: Ulaşılabilirlik ve erişebilirliğin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H7.2: Fiziksel çevrenin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H7.3: Doktor-hasta etkileşiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H7.4: Hemşire-hasta etkileşiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H7.5: Diğer işgören-hasta etkileşiminin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H7.6: Güven hasta tatmininin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H7.7: Bekleme sürelerinin hasta tatminine etkisi, hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red
H8: Hasta tatmininin davranışsal niyete etkisi hastanelere göre farklılaşmaktadır.	Red

BÖLÜM 5: SONUÇ

Araştırma amaçları doğrultusunda özel sağlık kuruluşlarında hizmet karşılaşmaları öncesi ve esnasında yaşanan hasta deneyimlerinin hizmet karşılaşmaları sonrası yaşana deneyimi nasıl etkilediğine dair hangi bulgulara ulaşıldığı bu başlık altında ele alınacaktır. Bununla birlikte, araştırma sonuçları dikkate alınarak teorik ve pratik açıdan hangi çıkarımların yapılabileceği tartışılacaktır.

Çalışmanın amacı, özel sağlık kuruluşlarında hizmet karşılaşmalarının hasta tatmini ve davranışsal niyeti nasıl etkilediğini ortaya koymaktır. Ortaya çıkan etkilerin büyüklük derecesinin yüksek ve düşük itibarlı özel hastanelerde farklılık gösterip göstermediğini saptamak ise çalışmanın alt amacını oluşturmaktadır.

Analiz sonucunda, etki büyüklüğüne göre sıralandığında hasta tatmini ($\beta=0,906$) davranışsal niyeti ($R^2=0,82$), güven ($\beta=0,369$), bekleme süreleri ($\beta=0,321$), doktor etkileşimi ($\beta=0,309$), ulaşılabilirlik ve erişebilirlik ($\beta=0,242$), internet kaynaklı deneyim ($\beta=0,205$), hemşire etkileşimi ($\beta=0,050$) hasta tatminini ($R^2=0,74$) olumlu yönde etkilemiştir.

Aracılık analizi Hayes'in (2018) oluşturduğu PROCESS makrosu kullanılarak yürütülmüştür. Analiz sonucunda etki büyüklüğüne göre sırasıyla doktor etkileşimi ($\beta=0,508$), güven ($\beta=0,497$), bekleme süreleri ($\beta=0,424$), hemşire etkileşimi ($\beta=0,410$), ulaşılabilirlik ve erişebilirlik ($\beta=0,381$), internet kaynaklı deneyim ($\beta=0,329$) davranışsal niyeti hasta tatmini üzerinden dolaylı olarak olumlu yönde etkilemiştir.

Araştırmanın alt amaçlarından biri, hizmet karşılaşmalarının hasta tatmini ve davranışsal niyete etkisinin farklı itibar düzeyine sahip iki özel hastane örnekleminde farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymaktır. Bu amaçla YEM uygulaması kapsamında çoklu grup analizi AMOS yazılımı aracılığıyla yürütülmüştür. Çoklu grup analizi sonucunda, internet kaynaklı deneyimden ($z=-0,514$), ulaşılabilirlik ve erişebilirlikten ($z=0,861$), doktor etkileşiminden ($z=0,995$), hemşire etkileşiminden ($z=-0,585$), güvenden ($z=-1,009$) ve bekleme sürelerinden ($z=-0,638$) hasta tatminine ve hasta tatmininden ($z=1,622$) davranışsal niyete olan yol katsayılarına dair z-

değerleri 1,96'dan küçük olduğundan, yüksek ve düşük itibarlı özel hastane örneklemelerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre hizmet karşılaşmaları öncesi yaşanan işletme kaynaklı deneyim olarak çağrı merkezi deneyimi incelenmiş, hasta tatminini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Bu durum, çağrı merkezinin nasıl yönetildiğinin sorgulanmasına yol açmaktadır. Çağrı merkezinin işletme kontrolü altında olması nedeniyle önemli bir işlevi yerine getirdiği aşıkardır. Ancak müşterilerin çağrı merkezi deneyiminin olumlu olması, tatmin ve sadakatleri üzerinde etkili olacağı anlamına gelmemektedir (Feinberg v.d., 2002). Keiningham v.d. (2006) araştırma sonucu ile paralel olarak, çağrı merkezi deneyiminin müşteri tatmini ile ilişkili olması beklenmesine rağmen genel olarak müşteri elde tutma üzerinde etkisi olmadığını saptamıştır.

Hizmet karşılaşmaları öncesi yaşanan müşteri deneyimi, internet kaynaklı ve sosyal kaynaklı olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Çalışmada internet kaynaklı deneyim hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir. İnternetin özellikle sağlık alanında sıkça başvurulmuş bilgi kaynaklarından birini oluşturduğu bilinmektedir. İnternet siteleri, sosyal medya (Zhao ve Zhang, 2017), blog sayfaları ve çeşitli web siteleri, özel hastaneler, doktorlar ve sağlık alanındaki hizmet sağlayıcıları hakkında çok sayıda bilgi barındırmaktadır. İnternet sağlık bilgisini gençlerde (Jacobs v.d., 2017) ya da yaşlılarda (Wu ve Li, 2016) pekiştirmede ve sağlık hizmetlerini değerlendirmede önemli bir araç haline gelmiştir (Chua v.d., 2018). Dolayısıyla çalışmada ulaşılan bulgudan hareketle, hizmet karşılaşmaları öncesi internette bilgi arama deneyiminin, hasta tatmininin belirleyicilerinden biri haline geldiği öngörülmektedir.

Çalışmada sosyal kaynaklı deneyimin hasta tatminini anlamlı etkilemediği saptanmıştır. Sosyal çevre, müşteri-müşteri etkileşiminin gerçekleşmesi bağlamında ele alınan, ayrıca hizmet deneyimini olumlu ya da olumsuz etkileyen bir kavram olarak öne çıkmaktadır. Hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşanan müşteri kontrolündeki diğer deneyim türü olarak müşterilerin kendi çevrelerinde yer alan bireylerle olan etkileşimleri müşteri tatmininin geliştirilmesinde bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Wu, 2007). Ancak sosyal kaynaklı yaşanan müşteri deneyiminin müşteri yaşam boyu

değerine etkisi olmadığını ortaya çıkaran araştırmalar (Cambra-Fierro v.d., 2021), çalışmada elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Diğer yandan, Altınay v.d. (2019) müşterilerin diğer müşterilerle gerçekleştirdiği sosyal etkileşimlerin müşteri tatminini olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Dolayısıyla çalışmada literatürle paralel bulgulara erişildiği ifade edilebilmektedir.

Çalışma sonucunda hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan hasta deneyimlerinin rolü incelenmiş, ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, doktor etkileşimi, hemşire etkileşimi, güven ve bekleme süreleri hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir. Fiziksel çevre ve diğer işgören etkileşiminin ise hasta tatmini üzerinde anlamlı etkisi olmadığı ortaya çıktığı saptanmıştır.

Ulaşılabilirlik ve erişebilirliğin hasta tatmini üzerinde anlamlı etkiye sahip olması farklı açılardan yorumlanabilmektedir. Öncelikle hizmetler doğası gereği dayanıksız olduğundan stoklanamamakta (McDonald ve Payne, 2006), eşzamanlı olduğundan dolayı üretildiği anda tüketilmektedir (Bruhn ve Georgi, 2006). Sağlık hizmetleri dikkate alındığında ise, bunun sonucunda hizmet sağlayıcısı ile alıcısının fiziksel olarak bir araya gelmesini gerektirdiğinden, hizmete erişimin önemini artmaktadır. Diğer yandan özel sağlık kuruluşları açısından ele alındığında hastaların sağlık kurumlarına kolaylıkla ulaşabilmesi, kurum içerisinde sunulan hizmetlere de konforlu bir şekilde erişebilmesinin hasta deneyimini etkileyebileceği öngörülmektedir. Araştırmada ulaşılabilirlik ve erişebilirliğin hasta tatminini olumlu yönde etkilemesi bu durumu desteklemekte, literatürdeki benzer çalışmalarla da örtüşmektedir (Lättman v.d., 2019; Mehmood ve Najmi, 2017; Kumar v.d., 2017; Gökkaya v.d., 2018).

Hasta tatmini üzerinde önemli etkiye sahip değişkenlerden biri doktor etkileşimi olmuştur. Doktor-hasta etkileşimi, sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli hizmet karşılaşmaları bileşenlerinden biri olmakla birlikte, hizmet deneyiminin de önemli göstergelerindendir (Thomas, 2010). Araştırma kapsamında özel hastanelerde doktor etkileşimi hasta tatmininin önemli belirleyicilerinden biri olarak öne çıkmıştır. Doktor etkileşimi hasta tatminini etkileyen kişiler arası faktörlerin başında gelmektedir. Dolayısıyla araştırma sonucunda, doktor etkileşiminin hasta tatminini olumlu yönde etkilediğini saptayan diğer çalışmalarla benzer bulgulara ulaşılmıştır (Yağcı ve

Duman, 2006; Boshoff ve Gray, 2004; Itumalla, Acharyulu ve Shekhar, 2014; Lien v.d., 2014; Bidmon v.d., 2020; Boissy v.d., 2016).

Hizmet karşılaşmaları esnasında yer alan değişkenlerden kişiler arası etkileşimin ikinci boyutunu oluşturan hemşire-hasta etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir. Hemşireler sağlık hizmetinin sunulmasında önemli rol üstlenen sağlık personelleri olarak görev yapmakta, doktorların sunduğu hizmetlere destek olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti süresince hastalarla etkileşim halinde olmaktadır (Altuğ ve Özhan, 2017). Araştırma sonucunda hizmet sunum sürecinde rol üstlenen ikinci işgören türü olarak hemşire etkileşimi hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir. Söz konusu bulgu literatürde yer alan diğer çalışmalarla örtüşmektedir (Kim v.d., 2017; Acar ve Çetin, 2017; Boshoff ve Gray, 2004; Varinli ve Çakır, 2004; Tarım, 2002; Johansson v.d., 2002; Karaca ve Durna, 2019; Alasad v.d., 2015).

Hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan hasta deneyimlerinden güven, hasta tatmini ve davranışsal niyeti olumlu olarak etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinde insan hayatının fiziksel ve psikolojik yönden iyileştirilmesi amaçlandığı için hastaların güven duygusu öne çıkması bu bulguyu desteklemektedir. Hizmet sağlayıcısı ve alıcısı arasındaki bilgi asimetrisinin belirgin olması, sağlık hizmetlerinin tüketiminde güveni önemli kılan diğer bir unsurdur. Araştırma sonucunda ulaşılan bulgu literatürde tatmin üzerinde güvenin etkisini inceleyen çalışmalarla örtüşmektedir (Vandamme ve Leunis, 1993; Chang, Chen ve Lan, 2013; Yılmaz ve Akkaya, 2009; Platonova, Kennedy ve Shewchuk, 2008; Wu, Li ve Li, 2016; Shan v.d., 2016).

Çalışmada olumlu bekleme süreleri algısının hasta tatminini olumlu yönde etkilemesi bazı gerekçelerle açıklanabilmektedir. Öncelikle hizmetlerin gerçekleşmesi belirli bir sürece bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetleri ise, diğer hizmetlere kıyasla karmaşık bir sürece sahip olduğundan, süreç genel olarak randevu alma işlemiyle başlamakta, muayene, tahlil, tedavi, taburcu olma ve ödeme gibi işlemlerle tamamlanmaktadır. Her bir işlemin gerçekleşmesi esnasında hastanın belirli sürelerle beklemesi kaçınılmaz olabilmektedir. Dolayısıyla bekleme sürelerinin hasta tarafından nasıl algılandığı, hastaların tatmin, tatminsizlik, şikayet etme, kulaktan kulağa iletişim

(WOM) yoluyla hizmet çıktılarını değerlendirmelerinde etkili olabilmektedir (Ramseook-Munhurrun, 2016).

Bekleme süreleri algısının hasta tatminini doğrudan, davranışsal niyeti ise dolaylı olarak etkilemesi Bielen ve Demoulin'in (2007) bulgularıyla ve sağlık alanında yürütülen diğer araştırmalarla (Mustafa v.d., 2018; Nottingham v.d., 2018) örtüşmektedir. Ancak Liu v.d., (2020) bekleme sürelerinin gereğinden uzun olarak algılanmasının sosyal etkileşime imkan sağlaması nedeniyle hasta tatminini olumlu olarak da etkileyebileceğini saptamıştır.

Hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan hasta deneyimlerinden fiziksel çevre ve diğer işgören etkileşimi hasta tatminini anlamlı etkilememiştir. Çalışma bu yönüyle literatürden farklı sonuçlar elde etmiştir (Kim v.d., 2017; Acar ve Çetin, 2017; Itumalla v.d., 2014; Chang v.d., 2013). Fiziksel çevre, hizmetin sunulduğu ortamdaki ekipman, işgörenlerin dış görünüşü, dekorasyon gibi somut bileşenleri içermektedir. Ancak Siddiqui ve diğerlerinin (2015) çalışması, hastaların hastanenin fiziksel ortamını olumlu bulmalarına rağmen, bu durumu almış oldukları muayene ve tedavi gibi sağlık hizmetlerinden ayrıştırarak değerlendirdiklerini ortaya koymuştur. Böylelikle hastaların tatmin olup olmadıklarını değerlendirmede, fiziksel ortam etkileşimi yerine kişiler arası etkileşimi dikkate almalarına sebep olabilmektedir. Çalışmada diğer işgören ile hasta etkileşiminin hasta tatmininin belirleyicileri arasında yer almaması, hastaların tatmin düzeylerini değerlendirmelerinde yalnızca doktor ve hemşire etkileşimini dikkate aldığını göstermiştir. Buna göre hastaların diğer işgörenleri sağlık hizmetleri sunumunun bir parçası olarak dikkate almadıkları anlamına gelebilmektedir.

Hizmet karşılaşmaları sonrasında yaşanan hasta deneyimleri hasta tatmini ve davranışsal niyet olarak ele alınmıştır. Çalışma sonucunda hasta tatmini davranışsal niyeti güçlü bir şekilde olumlu yönde etkilemiştir. Bu durum doğrulama teorisi (Oliver, 1980) temel alınarak açıklanabilmektedir. Hizmet karşılaşmaları öncesi ve esnasında yaşanan deneyim, doğrulama teorisine göre müşteri beklentilerini karşılamakta, böylelikle hastalar yaralandıkları sağlık hizmetlerinden tatmin olmaktadır. Tatmin olmuş hastalar ise tekrar ihtiyaç ortaya çıkması durumunda aynı

hastaneyi tercih etme ve başkalarına tavsiye eğilimine sahip olmaktadır (Fisk v.d., 1990; Fatima v.d., 2018; Kessler ve Mylod, 2011; Hoşgör ve Cengiz, 2019; Bozkurt, 2020). Çalışma literatürle paralel olarak hasta tatmininin davranışsal niyetin önemli bir öncülü olduğunu desteklemiştir.

Çalışmada, hizmet sağlayıcı ile alıcısının yoğun ilişki içerisine girdiği özel sağlık alanında müşterilerin hizmet deneyiminin, işletme kaynakları ile doğrudan veya dolaylı temas noktalarından oluşan karşılaşmaları temel alınmıştır. Bu yönüyle Voorhees v.d. (2017) ile Zeithaml, Bitner ve Gremler'in (2017) hizmet karşılaşmaları modeli genişletilerek sağlık alanına uyarlanmıştır. Çalışmada, nitel ve nicel tekniklerden oluşan karma yaklaşım benimsenmiş, bu doğrultuda ikincil ve birincil kaynaklardan veri toplanmış, elde edilen veriler yapısal eşitlik modellemesi aracılığıyla analize tabi tutulmuştur. Çalışma sonucunda ise, özel sağlık alanında hasta deneyimi alanında yürütülecek araştırmalara katkıda bulunmak, özel sağlık kuruluşlarının artan rekabet ortamında hizmet kalitesi yerine hizmet karşılaşmaları temelli bakış açısı benimseyerek müşteri değeri sunmaları ve rekabet avantajı elde etmeleri için yön göstermek hedeflenmiştir.

5.1. Literatüre katkılar

Literatürde müşteri deneyiminde hizmet sağlayıcı ile alıcısı arasında yaşanan etkileşimlerin rolünü özel sağlık kuruluşları çerçevesinde inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Çalışma, son yıllarda dikkate değer biçimde büyüyen özel sağlık sektöründe olumlu müşteri deneyimi oluşturma ve yönetme açısından yol haritası sunmayı hedeflemiştir. Bununla birlikte, özel sağlık hizmetlerinde, hizmet karşılaşmaları öncesi ve sonrasında oluşan müşteri deneyimi ilişkisini inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle özgün nitelik taşımaktadır.

Literatürde hasta tatminini inceleyen çalışmalar genellikle hizmet kalitesi yaklaşımı benimsenmektedir (Arısoy, 2017; Demirer ve Bülbül, 2014; Kondasani ve Panda, 2015). Ancak hizmet kalitesi perspektifinden yürütülen çalışmalar, hasta tatminin ağırlıklı olarak operasyonel bileşenler, fiziksel çevre unsurları ve hizmet sunucularının teknik kabiliyeti tarafından belirlendiğini öne sürmektedir (Kim v.d., 2017; Shan v.d., 2016; Chaniotakis ve Lymperopoulos, 2009). Söz konusu yaklaşım, değer in yalnızca

ürünlerin mübadele anında ortaya çıktığını ileri süren (Houston ve Gassenheimer, 1987) mübadele değeri (value-in-exchange) kavramıyla paralellik göstermektedir. Diğer yandan sağlık alanında hizmet kalitesine odaklanmak hizmet esnasında yaşanan hasta deneyimiyle sınırlı kalmakta, bu nedenle deneyimin hizmet öncesi, esnası ve sonrasını kapsayan bütüncül bir süreç olduğu görüşünün (Ozcelik v.d., 2021) göz ardı edilmesine sebep olmaktadır. Bu durum, özel sağlık kuruluşları işletme odaklı yaklaşımla (Grönroos, 1989) hareket etmelerine sebep olmakta, hizmet sunucuları ve alıcıları arasındaki etkileşimi iyileştirmek yerine, yeni tesis ve bina kurma, dekorasyonu iyileştirme, gelişmiş ekipman edinme, teknik kabiliyeti yüksek doktorların istihdamı gibi yatırımlarını önceleme riski ile karşı karşıya kalabilmektedir. Dolayısıyla hasta deneyiminde hizmet sunucusu ve alıcısı arasındaki etkileşimi ön plana çıkaran bakış açısının bütüncül hasta deneyimini belirlemede nispeten daha faydalı olacağı öngörülmektedir.

Çalışmada hasta tatminini ortaya çıkarmak için izlenen alternatif yöntem, ilişkisel pazarlama (Berry, 1995) temelinde ele alınan hizmet karşılaşmaları yaklaşımıdır. Hizmet karşılaşmaları, hizmet öncesi, esnası ve sonrası olmak üzere her aşamada hizmet sunucusu ve alıcısı arasında müşteri tatminini etkileyebilecek etkileşimleri değerlendirmeye odaklanmaktadır (Lee v.d., 2017; Söderlund, 2020; Song ve Noone, 2017). Buna ek olarak, değerin yalnızca mübadele bağlamı ile sınırlı kalmayıp tüketim süreci çerçevesinde ele alınması gerektiğini (Ng v.d., 2011) ifade eden kullanım değeri (value-in-use) görüşü ile örtüşmektedir. Bununla birlikte müşteri deneyimini bütüncül olarak değerlendirmeyi gerekli kılması nedeniyle, hizmet karşılaşmalarının hasta tatminini belirlemede etkili bir araç haline getirdiği düşünülmektedir.

Çalışmada, hizmet sağlayıcısı ile alıcısı arasında doğrudan-dolaylı etkileşimlerin yoğun ve sık olduğu sağlık gibi alanlarda hizmet kalitesi yerine, literatürde ise sınırlı sayıda çalışmaya konu olan hizmet karşılaşmaları yaklaşımı benimsenmiştir. Bu doğrultuda iki özel hastanenin hastaları üzerinde ampirik çalışma yürütülmüştür. Çalışma sonucunda hasta deneyimini bütüncül olarak etkin bir şekilde değerlendirmede hizmet karşılaşmaları bağlamından yararlanabileceği saptanarak alanyazına katkı sunulmuştur.

Çalışmanın literatüre diğer bir katkısı kurumsal faktörlerin müşteri değerlendirmelerindeki rolü ile ilgilidir. Kurumsal itibarın müşteri tatmini ve davranışsal niyeti etkilediğine yönelik çalışmalar (Tang, 2007; Caruana v.d., 2015; Pool et al., 2016), farklı kurumsal itibar düzeyine sahip işletmelerde müşteri değerlendirmelerini oluşturan bileşenlerin farklı etki düzeylerine sahip olabilme ihtimalini doğurmuştur. Ancak çalışmada aksi yönde bulguya ulaşılmıştır. Etkileşimin yoğun yaşandığı sağlık hizmetlerinde müşteri tatmini belirleyicilerinin önem ağırlığı, farklı itibar düzeyine sahip işletmeler için eşdeğer olabilmektedir. Diğer bir ifade ile müşterilerin hizmet karşılaşmaları boyunca yaşadıkları deneyimi oluşturan bileşenlerin etkisi, kurumsal itibardan bağımsız şekillenebilmektedir. Çalışmanın bu yönüyle literatüre farklı bir bakış açısı kazandırdığı ifade edilebilmektedir.

5.2. Öneriler

Çalışma sonucunda ulaşılan bilgilerden yola çıkılarak gelecekte ne gibi araştırmalar yürütülebileceğine dair önerilerde bulunulmuştur. Bununla birlikte, çalışma bulgularının özel sağlık sektöründe faaliyet gösteren işletmelere ve pratik alanda çalışmakta olan pazarlama yöneticilerine öneriler sunulmuştur.

5.2.1. Gelecekteki Çalışmalara Dair Teorik Öneriler

Çalışma kapsamında hizmet sağlayıcıları ile alıcıların doğrudan veya dolaylı olarak etkileşime girdiği kritik anları tanımlayan hizmet karşılaşmaları özel sağlık sektöründe ele alınmıştır. Bu doğrultuda hizmet karşılaşmaları öncesinde işletme ve müşteri kaynaklı deneyimlerden çağrı merkezi deneyimi, internet ve sosyal kaynaklı deneyim birincil kaynaklardan anket tekniği aracılığıyla incelenmiştir. Hizmet karşılaşmaları öncesinde başka ne gibi deneyimlerin yaşanabileceği, makine öğrenmesi (Bockhorst, 2017) gibi farklı ve yenilikçi tekniklerle keşfedilerek satın alma öncesi hizmet deneyimi konusunda yeni bulguların literatüre kazandırılabilmesi öngörülmektedir.

Çalışmada hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşanan internet kaynaklı deneyim hizmet karşılaşmaları sonrasında hasta tatmini doğrudan ve davranışsal niyeti dolaylı olarak olumlu yönde etkilemiştir. Günümüzde satın alma öncesi önemli bilgi kaynaklarından biri olan internet üzerinde bloglar, sosyal medya, web siteleri, portallar gibi çok sayıda platform bulunmaktadır. Gelecekte yürütülecek çalışmalarla özel sağlık

hizmetlerinden yararlanmadan önce hasta deneyimin şekillenmesinde farklı platformların rollerinin incelenmesinin literatüre katkı sağlayabileceği beklenmektedir.

Hizmet karşılaşmaları esnasında yaşanan hasta deneyimlerinden ulaşılabilirlik ve erişebilirlik, fiziksel çevre, doktor etkileşimi, hemşire etkileşimi, diğer işgören etkileşimi, güven ve bekleme süreleri çalışmanın modeline dahil edilmiştir. Hizmet karşılaşmalarının odak noktasında hizmet sağlayıcı ile alıcı arasındaki etkileşim baskın olduğundan bireysel faktörler değerlendirilmemiştir. Gelecekte sağlık hizmeti deneyiminde bireysel faktörlerden sağlık okur-yazarlığı (Balçık v.d., 2014), ilgilenim (Boote v.d., 2002; Arslan, 2020), ölüm kaygısı (Neimeyer ve Van Brunt, 2018), materyalizm (Wang v.d., 2017), dindarlık (Alves, 2010) gibi değişkenlerin hasta tatmini ve davranışsal niyet üzerindeki muhtemel etkisinin incelenmesinin ilgili alana katkı sunması öngörülmektedir.

Çalışmada hasta tatminini en güçlü etkileyen faktör hasta güveni olmuştur. Bundan hareketle hasta güveninin öncüllerini belirlemeye yönelik psikolojik, sosyolojik ve kurumsal bileşenlerin araştırılması, özel sağlık hizmetlerinde hasta güveninin nasıl kazanılabileceği problemine muhtemel yanıtlar sunabileceği tahmin edilmektedir.

Hizmet karşılaşmalarında yaşanan deneyimler üzerinde hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ziyaret sıklığı gibi farklı demografik kriterlerin düzenleyici etkisini ortaya çıkarmaya yönelik gelecekte yürütülebilecek çalışmaların literatüre farklı açılardan katkılar sunabileceği öngörülmektedir.

5.2.2. Pazarlama Yöneticileri ve Uygulayıcılara Dair Pratik Öneriler

Son yıllarda global çapta gerçekleşen salgın hastalıklar sağlığın ve sağlık kuruluşlarının rolünü bir kez daha ön plana çıkarmıştır. Dünyada ve Türkiye’de artış gösteren sağlık harcamaları, bireyler, işletmeler ve devletler için stratejik yatırım aracı haline gelmiştir. Diğer yandan sağlık sisteminin işleyişinde özel sektör ayrı bir role sahiptir. Türkiye’de 2000 yılında 261 olan özel hastane sayısı (TTB, 2001), 2021’de 572’ye yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Özel sağlık kuruluşlarıyla birlikte, bu kuruluşlarda istihdam edilen uzman hekim sayıları da artış göstermiştir. 2008’de bu sayı 18.876 iken, 2015’te 23.394’e, 2018’de 25.109’a yükselmiştir (TUSEB, 2020).

Özel sağlık kuruluşları hastalarına değer sunma amacıyla yeni tesis, ekipman, teknoloji gibi fiziksel çevre faktörlerine yatırım yapmaya ve nitelikli hizmet sunucularını (alanında uzman hekimler) istihdam etmeye yönelmektedir. Ancak özel sağlık kuruluşlarına yönelik müşteri şikayetlerinin düzenli bir şekilde artması, yatırım çabalarının rekabet avantajının önemli bir göstergesi olan müşteri değeri (Parasuraman, 1997) oluşturmada yetersiz kaldığına işaret etmektedir.

Türkiye’de faaliyet gösteren hastanelere yönelik hastaların şikayetlerinin kaynağında genellikle doktorların ilgisizliği, faturalandırma hizmetlerinde yaşanan aksaklıklar, kalifiye olmayan işgörenlerin istihdam edilmesi, empati eksikliği gibi hizmet sürecine ve müşteri ilişkileri yer almaktadır (Şantaş v.d., 2019; Hoşgör ve Hoşgör, 2019; Erbay v.d., 2018). Bu durum, işletmelerin müşterilere değer sunma amacıyla gerçekleştirdiği girişimlerinin müşteri tatminini sağlama amacına hizmet edip etmediğinin sorgulanmasına sebep olmaktadır.

Yukarıda yer verilen açıklamalar özel sağlık kuruluşlarının müşteriye değer sunma doğrultusunda gerçekleştirdiği faaliyetlerin başarılı olmasını engelleyen bazı faktörlerin bulunduğu işaret etmektedir. Bu doğrultuda çalışma sonucunda ulaşılan bulgulardan hareket edilerek özel sağlık sektöründe faaliyet gösteren yöneticiler ve uygulayıcılara yönelik bazı çıkarımlar yapılmış ve öneriler getirilmiştir.

Çalışmada yaygın kabul gören görüşün aksine, tesis, ekipman, işgörenlerin dış görünüşü gibi fiziksel çevre bileşenlerinin hasta tatmini üzerinde anlamlı etkisi bulunmadığı saptanmıştır. Bu durum, özel sağlık kuruluşlarının fiziksel çevre gibi iç çevre faktörlerini geliştirmeye ağırlık vererek tüketici istek, ihtiyaç ve beklentilerini ihmal ettikleri durumu belirten pazarlama miyopluğu (Levitt, 2004) tehlikesi ile karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Dolayısıyla özel sağlık kuruluşlarının rekabet avantajı elde etmek için pazar odaklı değil, işletme odaklı yaklaşımla (Grönroos, 1989) hareket ettiğini göstermektedir. Diğer yandan fiziksel çevrenin hasta tatminini anlamlı etkilememesi, öneminin göz ardı edilebileceği anlamına gelmemektedir. Özel sağlık kuruluşları fiziksel çevre bileşenlerine yatırım yaparken, farklı seviyelerdeki işgörenler ile hastaların etkileşimlerinin iyileştirmelerini ikinci plana atmamaları gerektiğine işaret etmektedir. Özellikle danışma, hasta kaydı, otopark hizmetleri,

yiyecek hizmetleri gibi alanlarda görev alan işgörenlerin hastalarla etkileşime geçmeleri, hastalarda olumlu izlenim bırakmaları teşvik edilmelidir.

Çalışma sonucunda hizmet karşılaşmaları öncesinde yaşana hasta deneyimlerinden çağrı merkezi ve sosyal kaynaklı deneyimin, hasta tatmini ve davranışsal niyeti anlamlı etkilemediği saptanmıştır. Söz konusu bulgu göz önüne alınarak, özel sağlık kuruluşlarının, çağrı merkezlerinde ve hastaların sosyal çevrelerinde yaşanan deneyimlerine duyarlı hale gelmesinin hasta tatmininin oluşmasına katkıda sağlayabileceği öngörülmektedir. Bunun için çağrı merkezlerini yalnızca hastalara bilgi veren ve yönlendiren bir birim olmanın ötesinde, hasta hakları birimiyle eşgüdümlü olarak hastaların şikayetlerini alan ve problem çözen ilişkisel pazarlama (Haimowitz, 2016) yaklaşımıyla yeniden yapılandırmaları önerilmektedir. Şikayetleri çözüme kavuşan hastaların sosyal çevrelerinde ve internet platformlarında kulaktan kulağa iletişim yoluyla özel sağlık kuruluşu hakkında olumlu izlenimlerini aktarması (Ferguson v.d., 2006), pazarlama iletişimi faaliyetlerini ve bağlılık oluşumunu destekleyecektir.

Çalışmada hizmet karşılaşmaları öncesinde internet kaynaklı hasta deneyimi hasta tatminini olumlu yönde etkilemiştir. Özel sağlık kuruluşlarının interneti stratejik iletişim aracı olarak benimseyerek olumlu hasta değerlendirmeleri elde edebileceği düşünülmektedir. Buna göre web siteleri ve sosyal medya hesaplarının tek yönlü iletişim temelli değil, çift yönlü etkileşim temelli olması hastaların sağlık hizmeti sunum süreci hakkında geri bildirimde bulunmalarına imkan sağlamaktadır. İnternette ve sosyal medyada paylaşılan içeriklerin etkileşime zemin hazırlayabilecek nitelikte olması, paylaşımlara verilen yanıt ve tepkilerin dikkate incelenmesi, kullanıcılara geri bildirimde bulunulması çift yönlü etkileşime örnek gösterilebilmektedir. İnternet ortamında özel sağlık kuruluşlarının kontrolünde olmayan bloglar, haber siteleri, forum gibi platformlarda ise kuruluş aleyhinde olan içeriklerin periyodik olarak taranması, raporlanması ve gereken durumlarda müdahale edilmesi, hastaların hizmet karşılaşmaları öncesinde olumlu deneyim yaşamalarına katkı sağlayabileceği tahmin edilmektedir.

Çalışmada ulaşılabilirlik ve erişebilirlik hasta tatmini ve davranışsal niyeti olumlu yönde etkilemiştir. Bundan yola çıkarak özel hastanenin merkezi bir konumda bulunmasının, hastalar için bir tatmin sebebi olduğu ifade edilebilmektedir. Diğer yandan merkezi konumda bulunmayan kuruluşlar için düzenli olarak müşteri servislerinin faaliyete geçirilmesinin ulaşılabilirliği artırarak kuruluşa avantaj sağlayabileceği öngörülmektedir. Erişebilirliğin yaygınlaştırılması içinse özel hastane içerisinde hastaların aradıkları birimleri pratik bir şekilde bulabilmelerini sağlayan kolay anlaşılabilir kiosk gibi elektronik cihazlar, haritalar, yönlendirme levhalarının bulundurulmasının hasta tatminini olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir. Diğer yandan kuruluş içerisindeki birimler arası erişim rotaları üzerinde belirli sürelerle diğer işgörenler bulundurarak hasta ile olumlu etkileşimin teşvik edilmesinin, laboratuvar gibi tetkik sonuçlarına çevrimiçi ve çevrimdışı erişim imkanı sunulmasının hasta tatmininin oluşumunu destekleyebileceği tahmin edilmektedir.

Çalışmada doktor ve hemşire etkileşimi hasta tatminini önemli ölçüde olumlu etkilemiştir. Doktor ve hemşirelerin sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik rol üstlendikleri bilinmektedir. Ancak doktorların ve hemşirelerin hastalarla empatik, saygılı, içten, nazik ve etkili iletişim kurabilme becerilerinin bir performans kriteri olarak dikkate alınmasının yalnızca hastanın sağlık hizmetinden memnun olması ile sınırlı kalmayacağı, aynı zamanda sağlık kuruluşunu yeniden ziyaret etmelerini ve başkalarına tavsiye etmelerini beraberinde getireceği öngörülmektedir. Özel sağlık sektöründeki yoğun rekabet ortamı göz önüne alındığında, bu durumun önemli bir rekabet avantajı elde etmelerini sağlayacağı beklenmektedir.

Çalışmada hasta tatminini en güçlü etkileyen faktör güven olarak saptanmıştır. Hasta güveninin, sağlık hizmetlerinin öne çıkan karakteristik özelliklerinden birini oluşturması söz konusu bulguyu destekler niteliktedir. Özel sağlık kuruluşları hasta güvenini geliştirmek amacıyla bazı adımlar atabilecektir. Yönetimin teşhis, muayene, tedavi süreçlerinin özenle izlendiği, faturalandırma aşamasında gereksiz maliyetlerin en aza indirildiği ve yalnızca sağlık hizmetlerinin özü ile ilgili işlemler için ödeme alındığı izlenimi oluşturmasının, hastalarda güven duygusunun uyandırabileceği beklenmektedir. Bunun için herhangi bir hizmet karşılaşması deneyimlenmeden önce hastalara muayene, tedavi ve ödeme gibi işlemler hakkında ön bilgi verilmesinin,

yapılacak veya yapılmış işlemlerin detaylı açıklamalarının hastalara e-posta veya SMS yoluyla gönderilmesinin hasta güvenini destekleyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların bekleme süreleri algısının olumlu yönde gerçekleşmesi, tatmin düzeylerini de olumlu etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlere nazaran karmaşık bir yapıya sahip olması önemli bir problemi beraberinde getirmektedir. Birden fazla işgörenle muhatap olmak veya prosedürden geçmek, süreç içerisinde yer alan aşamalar arası bekleme süreleri ortaya çıkabilmektedir. Bekleme sürelerinin gereğinden fazla uzadığı algısı, hasta tatminini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle özel sağlık kuruluşları bekleme sürelerini en aza indirecek şekilde hizmet tasarımını gerçekleştirmekle yükümlüdür. Özel sağlık kuruluşlarının Özgün Durum Simülasyonu (Al-Araidah v.d., 2012) gibi farklı tekniklerden yararlanarak sağlık hizmetleri sunum süreçlerini optimize edebileceği tahmin edilmektedir. Hastaların kısa süreli beklemeler esnasında bulunduğu ortamın fiziki imkanları iyileştirilerek hastaya konfor alanı sağlanması, uzun süreli beklemelerde ise hastanın bilgilendirilmesi veya mümkün olduğu durumlarda ertelenmesi önerilmekte, böylelikle bekleme sürelerinin gereğinden uzun algılanmasının önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda ulaşılan bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, özel sağlık kuruluşlarının yoğun rekabet ortamında hastalarına değer sunmak için kalite odaklı perspektif yerine karşılaşma odaklı yaklaşım benimsemeleri önerilmektedir. Böylelikle hizmet karşılaşmaları iyileştirilerek hastalara olumlu deneyim sunulabileceği, bunun da olumlu hasta değerlendirmelerini beraberinde getirebileceği öngörülmektedir.

KAYNAKÇA

- AKBAŞ, E., 2014 "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)", **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü**, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- AKTURAN, U., Z. BOZBAY, 2016 "Markaya Sahip Olan Ve Olmayan Tüketicilerin Markaya Yönelik Kredibilite Ve Değer Algısı Farkı", **International Journal Of Economic & Administrative Studies**, (16), 139-152.
- AL-ARAIHAH, O., A. BORAN, A. WAHSHEH, 2012 "Reducing delay in healthcare delivery at outpatients clinics using discrete event simulation", **International Journal of Simulation Modelling**, 11(4), 185-195.
- ALASAD, J., N. A. TABAR, M. E. ABURUZ, 2015 "Patient satisfaction with nursing care: measuring outcomes in an international setting", **JONA: The Journal of Nursing Administration**, 45(11), 563-568.
- ALTINAY, L., H. SONG, M. MADANOGLU, X. L. WANG, 2019 "The influence of customer-to-customer interactions on elderly consumers' satisfaction and social well-being", **International Journal of Hospitality Management**, 78, 223-233.
- ALTUĞ, N., Ş. ÖZHAN, 2017 **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İstanbul, Paradigma Akademi.
- ALTUNIŞIK, R., R. COŞKUN, S. BAYRAKTAROĞLU, E. YILDIRIM, 2012 **Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS Uygulamalı**, Sakarya, 7. Baskı, Sakarya Yayıncılık.
- ALVES, R. R. D. N., H. D. N. ALVES, R. R. D. BARBOZA, W. D. M. S. SOUTO, 2010 "The influence of religiosity on health", **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4), 2105-2111.
- ANDALEEB, S. S., A. KARA, 2014 "The structure and measures of service quality perceptions for multiple-encounter services: A study of hospitals in Bangladesh", **International Journal of Healthcare Management**, 7(2), 92-102.
- ANDREASSEN, T. W., B. LINDESTAD, 1982 "Customer loyalty and complex services The impact of corporate image on quality, customer satisfaction and loyalty for customers with varying degrees of service expertise", **International Journal of Service Industry Management**, 9(1), 7-23.

- ANDREASSEN, T. W., B. LINDESTAD, 1998 "The Effect of Corporate Image in the Formation of Customer Loyalty", **Journal of Service Research**, 1(1), 82–92.
- ARISOY, D. Ş., 2017 "Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi Ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama", **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**.
- ARSLAN, Y., 2020 "Fonksiyonel gıdalara yönelik güvenin satın alma isteği üzerindeki etkisi: Genel sağlık ilgileniminin düzenleyici rolü", **Business and Economics Research Journal**, 11(1), 279-291.
- ASUBONTENG, P., K. J. MCCLEARY, J. E. SWAN, 1996 "SERVQUAL revisited: a critical review of service quality", **Journal of Services Marketing**, Vol. 10 No. 6, pp. 62-81.
- AYCAN, Y., 2016 "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Tavas Dış Tedavi Ve Protez Merkezi Örneği", **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**.
- BACK, K.-J., S. C. PARKS, 2003 "A Brand Loyalty Model Involving Cognitive, Affective, and Conative Brand Loyalty and Customer Satisfaction", **Journal of Hospitality & Tourism Research**, 27(4), 419–435.
- BALÇIK, P. Y., S. TAŞKAYA, B. ŞAHİN, 2014 "Sağlık okur-yazarlığı", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 13(4), 321-326.
- BALMER, J. M. T., 2001 "Corporate identity, corporate branding and corporate marketing", **European Journal of Marketing**, 35(4), 248–291.
- BALMER, J. M. T., S. A. GREYSER, 2003 "Revealing the corporation: perspectives on identity, image, reputation, corporate branding, and corporate-level marketing", 1st Edition, Routledge.
- BARON, R. M., D.A. KENNY, 1986 "The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations", **Journal of Personality And Social Psychology**, 51(6), 1173-1182.
- BARTIKOWSKI, B., G. WALSH, S. E. BEATTY, 2011 "Culture and age as moderators in the corporate reputation and loyalty relationship", **Journal of Business Research**, 64(9), 966–972.
- BATBAATAR, E., J. DORJDAGVA, A. LUVSANNYAM, M. M. SAVINO, P. AMENTA, 2017 "Determinants of patient satisfaction: a systematic review", **Perspectives in Public Health**, 137(89), 89-101.

- BAYRAM, N., 2018 "Ölçme değişmezliği ve çoklu grup analizleri", **İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 20(1), 1-15.
- BENNINGTON, L., J. CUMMANE, P. CONN, 2000 "Customer satisfaction and call centers: an Australian study", **International Journal of Service Industry Management**, 11(2), 162-173.
- BENTLER, P.M., 1990 "Comparative fit indexes in structural models", **Psychological Bulletin**, 107(2), 238-246.
- BERG, B. L., H. LUNE, 2019 **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, (Çeviren A. Arı), Konya, Eğitim Yayınevi.
- Berry, L. L., 1995 "Relationship marketing of services—growing interest, emerging perspectives", **Journal of the Academy of Marketing Science**, 23(4), 236-245.
- BIDMON, S., O. ELSHIEWY, R. TERLUTTER, Y. BOZTUG, 2020 "What patients value in physicians: analyzing drivers of patient satisfaction using physician-rating website data", **Journal of Medical Internet Research**, 22(2), e13830, 1-17.
- BIELEN, F., N. DEMOULIN, 2007 "Waiting time influence on the satisfaction-loyalty relationship in services", **Managing Service Quality: An International Journal**, Vol. 17 No. 2, pp. 174-193.
- BITNER, M. J., H. B. BERNARD, M. S. TETREAULT, 1990 "The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents", **Journal of Marketing**, 54(1), 71-84.
- BOBÂLCĂ, C., C. GÂTEJ(BRADU), O. CIOBANU, 2012 "Developing a Scale to Measure Customer Loyalty", **Procedia Economics and Finance**, 3(12), 623–628.
- BOCKHORST, J., S. YU, L.POLANIA, G. FUNG, 2017 "Predicting self-reported customer satisfaction of interactions with a corporate call center". In **Joint European Conference on Machine Learning and Knowledge Discovery in Databases** (pp. 179-190). Springer, Cham.
- BOISSY, A., A. K. WINDOVER, D. BOKAR, M. KARAFI, K. NEUENDORF, R. M. FRANKEL, J. MERLINO, M. B. ROTHBERG, 2016 "Communication skills training for physicians improves patient satisfaction", **Journal of general internal medicine**, 31(7), 755-761.
- BOOTE, J., R. TELFORD, C. COOPER, 2002 "Consumer involvement in health research: a review and research agenda", **Health policy**, 61(2), 213-236.
- BOSHOF, C., B. GRAY, 2004 "The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry". **South African Journal of Business Management**, 35(4), 27–37.

- BOULDING, W., A.
KALRA, R. STAELIN, V. A.
ZEITHAML, 1993
- BOZKURT, İ., 2020
- BRISLIN, R. W., 1970
- BROWN, T. A., 2015
- BROWNE, M.W., R.
CUDECK, 1993
- BRUHN, M., D. GEORGI,
2006
- BRYANT, F. B., 2000
- BYRNE, B. M., 2016
- CAMBRA-FIERRO, J., L. X.
GAO, I. MELERO-POLO,
2021
- CARLSON, K. D., A.
O.HERDMAN, 2012
- CARRILLAT, F. A., F.
JARAMILLO, J. P. MULKI,
2007
- CARUANA, A., 2002
- CARUANA, A., B.
RAMASASHAN, K. A.
KRENTLER, , 2015
- "A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions", **Journal of Marketing Research**, 30(1), 7-27.
- "Hastaların bilgi ihtiyacının memnuniyet ve sadakate etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisi (gaziantep örneği)", **Journal of Institute of Economic Development and Social Researches**, vol. 6. no. 24. 562-580.
- "Back-Translation For Cross-Cultural Research", **Journal Of Cross-Cultural Psychology**, 1(3), 185-216.
- Confirmatory Factor Analysis For Applied Research**, Second Edition, New York, Guilford Publications.
- Alternative Ways of Assessing Model Fit**, In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), Testing Structural Equation Models (Vol. 154, pp. 136-162), Newbury Park, CA, Sage Focus Editions.
- Services marketing: Managing the service value chain**, Pearson Education.
- Assessing the validity of measurement**, In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), Reading and understanding MORE multivariate statistics (pp. 99–146), American Psychological Association.
- Structural equation modeling with Amos: basic concepts, applications, and programming**, Third edition, New York, Routledge.
- "The power of social influence and customer–firm interactions in predicting non-transactional behaviors, immediate customer profitability, and long-term customer value", **Journal of Business Research**, 125, 103-119.
- "Understanding the impact of convergent validity on research results", **Organizational Research Methods**, 15(1), 17-32.
- "The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales: A meta-analytic view of 17 years of research across five continents", **International Journal of Service Industry Management**, 18(5), 472–490.
- "Service Loyalty: The effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction", **European Journal of Marketing**, 36(7/8), 811–828.
- Corporate Reputation, Customer Satisfaction, & Customer Loyalty: What is the Relationship?, **Assessing the Different Roles of Marketing Theory and Practice in the Jaws of Economic Uncertainty** içinde, (s. 301-301), Springer.

- CHANG, C. S., S. Y. CHEN, Y. T. LAN, 2013 "Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters", **BMC health services research**, 13(1), 1-11.
- CHANIOTAKIS, I. E., C. LYMPEROPOULOS, 2009 "Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry", **Managing Service Quality: An International Journal**, 19(2), 229-242.
- CHEUNG, G. W., R. B. RENSVOLD, 2002 "Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance", **Structural Equation Modeling**, 9(2), 233-255.
- CHIU, C.M., H.Y. LIN, S.Y. SUN, M.H. HSU, 2009 "Understanding customers' loyalty intentions towards online shopping: an integration of technology acceptance model and fairness theory", **Behaviour & Information Technology**, Vol. 28 No. 4, pp. 347-360.
- CHOI, K.-S., W.-H. CHO, S. LEE, H. LEE, C. KIM, 2004 "The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study", **Journal of Business Research**, 57(8), 913-921.
- CHUA, G. P., H. K. TAN, M. GANDHI, 2018 "Information sources and online information seeking behaviours of cancer patients in Singapore". **Ecancermedicalsecience**, 12, 880, 1-12.
- CHUN, R., 2005 "Corporate reputation: Meaning and measurement", **International Journal of Management Reviews**, 7(2), 91-109.
- COHEN, A., 1983 "Comparing regression coefficients across subsamples: A study of the statistical test", **Sociological Methods & Research**, 12(1), 77-94.
- CRONIN, J. J., S. A. TAYLOR, 1992 "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", **Journal of Marketing**, 56(3), 55.
- CROSBY, P. B., 1984 **Quality Without Tears: The Art of Hassle-free Management**, New York, McGraw-Hill.
- CZEPLER, J. A., L. J. ROSENBERG, 1977 "Consumer Satisfaction: Concept and Measurement", **Journal of the Academy of Marketing Science**, 5(3), 403-411.
- ÇAKMUR, H., 2012 "Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 11(3), 339-344.
- DABHOLKAR, P. A., D. I. THORPE, J. O. RENTZ, 1996 "A Measure of Service Quality for Retail Stores: Scale Development and Validation", **Journal of the Academy of Marketing Science**, 24(1), 3-16.
- DAGGER, T. S., J. C. SWEENEY, L. W. JOHNSON, 2007 "A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model", **Journal of Service Research**, 10(2), 123-142.
- DEMING, W. E., 1986 **Out of the crisis**, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology.

- DEMİRER, Ö., H. BÜLBÜL, 2014 "Kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tercihi arasındaki ilişki: Karşılaştırmalı bir analiz", **Amme İdaresi Dergisi**, 47(2), 95-119.
- DEMMING, C. L., S. JAHN, Y. BOZTUĞ, 2017 "Conducting mediation analysis in marketing research", **Marketing: ZFP–Journal of Research and Management**, 39(3), 76-93.
- DERİN, N., E. T. DEMİREL, 2011 "Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Ünu İle Hasta Tutum Ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği", **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 21(2), 208–235.
- DICICCIO, T. J., B. EFRON, 1996 "Bootstrap confidence intervals", **Statistical Science**, 11(3), 189-228.
- DONABEDIAN, A., 1966 "Evaluating the quality of medical care", **The Milbank memorial fund quarterly**, 44(3), 166-206.
- DONABEDIAN, A., 1988 "The quality of care: how can it be assessed?", **The Journal of the American Medical Association**, 260(12), 1743-1748.
- DONABEDIAN, A., 1996 "The effectiveness of quality assurance", **International Journal For Quality In Health Care**, 8(4), 401–407.
- DONABEDIAN, A., 2002 **An introduction to quality assurance in health care**, Oxford University Press.
- DOYLE, P., P. STERN, 2006 **Marketing Management and Strategy**, 4th Edition, Essex, Prentice Hall.
- DÖLARSLAN, E. Ş., A. ÖZER, 2014 "Hizmet kalitesi, tatmin ve güvenin daha fazla ödeme eğilimi üzerindeki etkileri", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 14(1), 31–58.
- EFRON, B., 1987 "Better bootstrap confidence intervals", **Journal of the American Statistical Association**, 82(397), 171-185.
- ERBAY, E., C. KARAAĞAÇ, A. E. ESATOĞLU, 2019 "Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi", **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 10(24), 287-304.
- ERDEM, R., S. RAHMAN, L. AVCI, B. DEMİREL, S. KÖSEOĞLU, G. FIRAT, T. KESİCİ, Ş. KIRMIZIGÜL, S. ÜZEL, C. KUBAT, 2008 "Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi", **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 31, 95-110.

- FATIMA, T., S.A. MALIK, A. SHABBIR, 2018 "Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems", **International Journal of Quality & Reliability Management**, 35(6), 1195-1214.
- FEINBERG, R.A., L. HOKAMA, R. KADAM, I. KIM, 2002 "Operational Determinants of Caller Satisfaction in The Banking/Financial Services Call Center", **International Journal of Bank Marketing**, 20(4), 174-180.
- FERGUSON, R. J., M. PAULIN, E. LEIRIAO, 2006 "Loyalty and positive word-of-mouth: patients and hospital personnel as advocates of a customer-centric health care organization", **Health marketing quarterly**, 23(3), 59-77.
- FERKETICH, S., 1990 "Internal consistency estimates of reliability", **Research in nursing & health**, 13(6), 437-440.
- FERNANDES, T., M. MORGADE, M. A. RODRIGUES, 2018 "The Role Of Employee Emotional Competence In Service Recovery Encounters", **Journal Of Service Marketing**, 32(7), 835-849.
- FISCHER, S., 2014 "Hospital Positioning and Integrated Hospital Marketing Communications: State-of-the-Art Review, Conceptual Framework, and Research Agenda", **Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing**, 26(1), 1-34.
- FIK, T. A., C. J. BROWN, K. CANNIZZARO, B. NAFTAL, 1990 "Creating patient satisfaction and loyalty", **Journal of health care marketing**, 10(2), 5-16.
- FOMBRUN, C. J., 1998 "Indices of corporate reputation: An analysis of media rankings and social monitors' ratings", **Corporate reputation review**, 1(4), 327-340.
- FORNELL, C., D. F. LARCKER, 1981 "Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error", **Journal of marketing research**, 18(1), 39-50.
- FREIDEN, J. B., R. E. GOLDSMITH, 1989 "Prepurchase information-seeking for professional services", **Journal of Services Marketing**, 3(1), 45-55.
- GEORGE, D., P. MALLERY, 2003 **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference**, 4th edition, Boston, Allyn & Bacon.
- GERBING, D. W., J. G. HAMILTON, 1996 "Viability Of Exploratory Factor Analysis As A Precursor To Confirmatory Factor Analysis", **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, 3(1), 62-72.
- GOODWIN, C., C. D. FRAME, 1989 "Social Distance Within the Service Encounter: Does the Consumer Want to Be Your Friend?", in NA - **Advances in Consumer Research** Volume 16, eds. Thomas K. Srull, Provo, UT : Association for Consumer Research, 64-71.
- GÖKKAYA, D., D. İZGÜDEN, R. ERDEM, 2018 "Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği", **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi**, 9(20), 136-148.

- GÖKKAYA, D., R. ERDEM, 2017 "Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi", **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 1(26), 26149–26184.
- GRÖNROOS, C., 1984 "A Service Quality Model and its Marketing Implications", **European Journal of Marketing**, 18(4), 36–44.
- GRÖNROOS, C., 1988 "New Competition In The Service Economy: The Five Rules Of Service". **International Journal Of Operations & Production Management**, 8(3), 9–19.
- GRÖNROOS, C., 1989 "Defining Marketing: A Market-Oriented Approach", **European Journal Of Marketing**, 23(1), 52-60.
- GUIRY, M., 1992 "Consumer and Employee Roles in Service Encounters", in NA - **Advances in Consumer Research** Volume 19, eds. John F. Sherry, Jr. and Brian Sternthal, Provo, UT : Association for Consumer Research, Pages: 666-672.
- GUMMESSON, E., 1991 "Marketing-Orientation Revisited: The Crucial Role of the Part-time Marketer", **European journal of Marketing**, 25(2), 60-75.
- GÜMÜŞ, S., 2017 **Hizmet Pazarlaması (Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler)**, Hiper Yayın.
- GÜRBÜZ, S., 2019 **Sosyal bilimlerde aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri**, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- GÜRBÜZ, E., A. ERGÜLEN, 2011 "Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Grönroos Modeli Üzerine Bir Araştırma", **İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, (35), 173–190.
- GÜRBÜZ, S., F. ŞAHİN, 2018 **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Felsefe-Yöntem-Analiz**, 5. Baskı; Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- HAIMOWITZ, I. J., 2016 **Healthcare relationship marketing: strategy, design and measurement**, Routledge.
- HAIR, J. F., W. C. BLACK, B. J. BABIN, R. E. ANDERSON, 2014 **Multivariate Data Analysis**, Seventh edition, Essex, Pearson Education Limited.
- HAIR, J. F., W. C. BLACK, B. J. BABIN, R. E. ANDERSON, 2019 **Multivariate Data Analysis**, Eight edition, Hampshire, Cengage Learning.
- HARRIS, R., K. HARRIS, S. BARON, 2003 "Theatrical service experiences: Dramatic script development with employees", **International Journal of Service Industry Management**, 14(2), 184-199.
- HAYES, A. F., 2009 "Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium", **Communication Monographs**, 76(4), 408-420.
- HAYES, A. F., 2018 **Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach**, Second edition, New York, The Guilford Press.

- HAYWOOD-FARMER, J., 1988
- HAYWOOD-FARMER, J., F. I. STUART, 1988
- HELM, S., 2007
- HENSON, R. K., 2001
- HERBIG, P., J. MILEWICZ, 1995
- HOLDEN, R., 2010
- HOŞGÖR, D. G., H. HOŞGÖR, 2019
- HOŞGÖR, H., E. CENGİZ, 2019
- HOŞGÖR, H., K. MEMİŞ, D. GÜNDÜZ HOŞGÖR, S. KOÇ TÜTÜNCÜ, 2017
- HOUSTON, F. S., J. B. GASSENHEIMER, 1987
- HOX, J. J., T. M. BECHGER, 1998
- HUANG, C. C., Y. M. WANG, T. W. WU, P. A. WANG, 2013
- ISHIKAWA, K., 1985
- ISHIZAKA, A., P. NEMERY, 2013
- ISO, 2021
- "A Conceptual Model of Service Quality", **International Journal of Operations & Production Management**, Vol. 8 No. 6, pp. 19-29.
- "The management of service operations", **In Proceedings of the 3rd Annual International Conference of the UK, Operations Management Association.**
- "One reputation or many? Comparing stakeholders' perceptions of corporate reputation", **Corporate Communications: An International Journal**, 12(3), 238–254.
- "Understanding internal consistency reliability estimates: A conceptual primer on coefficient alpha", **Measurement and evaluation in counseling and development**, 34(3), 177-189.
- "The relationship of reputation and credibility to brand success", **Journal of Consumer Marketing**, 10(1), 18–24.
- "Face Validity", **The Corsini Encyclopedia of Psychology.**
- "Sağlık Hizmeti Tüketicileri Perspektifinden Özel Hastane Şikâyetlerinin İncelenmesi (Sikayetvar. Com Örneği)", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 22(4), 823-842.
- "İlişkisel Pazarlama Perspektifinden Hastaların Davranışsal Niyet Öncülleri: Kavramsal Bir Model Önerisi", **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 8(4), 501-509.
- "Kurumsal Hastane İmajı, Algılanan Fiyat Uygunluğu, Hasta Tatmini Ve Sadakati Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modeliyle İncelenmesi", **International Journal of Academic Value Studies**, 16(3), 439-453.
- "Marketing and exchange", **Journal of Marketing**, 51(4), 3-18.
- "An introduction to structural equation modeling", **Family Science Review**, (11), 343-373.
- "An empirical analysis of the antecedents and performance consequences of using the moodle platform", **International Journal of Information and Education Technology**, 3(2), 217.
- What is total quality control? The Japanese way**, Prentice Hall.
- Multi-Criteria Decision Analysis: Methods And Software**, Sussex, John Wiley & Sons.
- ISO 9000 Family Quality Management. Erişim adresi: <https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html>

- ITC, 2020
- "Trade Map: Trade Statistics For International Business Development", Erişim adresi: https://www.trademap.org/Service_SelService_TS.aspx?nvpm=1%7c%7c%7c%7c%7c%7c%7cS00%7c1%7c3%7c1%7c1%7c2%7c1%7c5%7c1%7c1%7c1
- ITUMALLA, R., G. V. R. K. ACHARYULU, B. R. SHEKHAR, 2014
- "Development of HospitalQual: A Service Quality Scale for Measuring In-patient Services in Hospital", **Operations and Supply Chain Management**, 7(2), 54–63.
- İSLAMOĞLU, A. H., K. AYDIN, 2016
- Hizmet Pazarlaması**, 4. Baskı, İstanbul, Beta Basım.
- JACOBS, W., A. O. AMUTA, K. C. JEON, 2017
- "Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults", **Cogent Social Sciences**, 3(1), 1302785, 1-11.
- JOHANSSON, P., M. OLENI, B. FRIDLUND, 2002
- "Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study", **Scandinavian journal of caring sciences**, 16(4), 337-344.
- JÖRESKOG, K. G., D. SÖRBOM, 1993
- LISREL 8: User's reference guide**, Hillsdale, Erlbaum.
- KALAYCI, 2014
- SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, 6. Baskı, Asil Yayın Dağıtım.
- KANDAMPULLY, J., 1998
- "Service quality to service loyalty: A relationship which goes beyond customer services", **Total Quality Management**, 9(6), 431–443.
- KANG, G., J. JAMES, G.-D. KANG, 2004
- "Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model", **Managing Service Quality: An International Journal**, 14(4), 266–277.
- KARACA, A., Z. DURNA, 2019
- "Patient satisfaction with the quality of nursing care", **Nursing open**, 6(2), 535-545.
- KARAÇOR, S., A. ARKAN, 2014
- "Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma", **Selçuk İletişim Dergisi**, 8(2), 90-118.
- KASSİM, N., N. ASIAH ABDULLAH, 2010
- "The effect of perceived service quality dimensions on customer satisfaction, trust, and loyalty in e-commerce settings", **Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics**, 22(3), 351–371.
- KEININGHAM, T. L., L. AKSOY, T. WALLIN ANDREASSEN, B. COOIL, B. J. WAHREN, 2006
- "Call Center Satisfaction And Customer Retention in A Co-Branded Service Context", **Managing Service Quality: An International Journal**, 16(3), 269-289.
- KESSLER, D.P., D. MYLOD, 2011
- "Does patient satisfaction affect patient loyalty?", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 24 No. 4, pp. 266-273.

- KHAN, M., 2006
Consumer Behavior and Advertising Management, New Delhi, New Age International.
- KIM, C. E., J. S. SHIN, J. LEE, Y. J. LEE, M. KIM, A. CHOI, K. B. PARK, H. J. LEE, I. H. HA, 2017
"Quality Of Medical Service, Patient Satisfaction And Loyalty With A Focus On Interpersonal-Based Medical Service Encounters And Treatment Effectiveness: A Cross-Sectional Multicenter Study Of Complementary And Alternative Medicine (CAM) Hospitals", **BMC Complementary and Alternative Medicine**, 17(174), 2–12.
- KLINE, R. B., 1998
"Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL", **Journal of psychoeducational assessment**, 16(4), 343-364.
- KLINE, R. B., 2011
Principles and practice of structural equation modeling, 3rd edition, New York, Guilford.
- KLINE, R. B., 2019
Yapısal Eşitlik Modellemesinin İlkeleri ve Uygulaması. (Çeviren S. Şen), Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- KOBAYASHI, H., Y. TAKEMURA, K. KANDA, 2011
"Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory", **Scandinavian journal of caring sciences**, 25(3), 419-425.
- KOERNER, M. M., 2000
"The Conceptual Domain of Service Quality for Inpatient Nursing Services", **Journal of Business Research**, 48, 267–283.
- KOLLAT, D. T., R. D. BLACKWELL, J. F. ENGEL, 1972
"The Current Status of Consumer Behavior Research: Developments During the 1968-1972 Period", in **SV - Proceedings of the Third Annual Conference of the Association for Consumer Research**, eds. M. Venkatesan, Chicago, Association for Consumer Research, 576-585.
- KONDASANI, R. K. R., R. K. PANDA, 2015
"Customer perceived service quality, satisfaction and loyalty in Indian private healthcare", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 28(5), 452-467.
- KOTLER, P., G. ARMSTRONG, 2016
Principles of Marketing, Essex, Pearson.
- KOTLER, P., G. ARMSTRONG, M. O. OPRESNIK, 2018
Principles of marketing, 17th edition, London, Pearson.
- KOTLER, P., J. SHALOWITZ, R. J. STEVENS, 2008
Strategic Marketing for Health Care Organizations, San Francisco, Jossey-Bass.
- KOUTHOURIS, C., K. ALEXANDRIS, 2005
"Can service quality predict customer satisfaction and behavioral intentions in the sport tourism industry? An application of the SERVQUAL model in an outdoors setting", **Journal of Sport & Tourism**, 10(2), 101–111.

- KUMAR, P., S. BERA, S. CHAKRABORTY, 2017 "An Examination of the Association between Service Convenience Flexibility in Healthcare Delivery Systems and Patient Satisfaction", **South Asian Journal of Management**, 24(4), 35–54.
- KURTULUŞ, K., 1992 **Pazarlama Araştırmaları**, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları.
- KURTULUŞ, K., A. OKUMUŞ, 2006 "Fiyat algılamasının boyutları arasındaki ilişkilerin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi", **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi**, 17(53), 3-17.
- LÄTTMAN, K., L. E. OLSSON, M. FRİMAN, S. FUJII, 2019 "Perceived accessibility, satisfaction with daily travel, and life satisfaction among the elderly", **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, 16(22), 4498, 1-15.
- LEE, D., 2019 "A model for designing healthcare service based on the patient experience", **International Journal of Healthcare Management**, 12(3), 180-188.
- LEE, S., E. K. KIM, 2017 "The effects of Korean medical service quality and satisfaction on revisit intention of the United Arab Emirates government sponsored patients", **Asian Nursing Research**, 11(2), 142-149.
- LEE, W. I., C. W. CHEN, T. H. CHEN, C. Y. CHEN, 2010 "The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan", **African Journal of Business Management**, 4(4), 448.
- LEMON, K. N., P. C. VERHOEF, 2016 "Understanding customer experience throughout the customer journey", **Journal of marketing**, 80(6), 69-96.
- LEVITT, T., 1960 **Marketing Myopia**, Harvard Business Review, 38(4), 45–56.
- LIEN, C.-H., J.-J. WU, Y.-H. CHEN, C.-J. WANG, 2014 "Trust transfer and the effect of service quality on trust in the healthcare industry", **Managing Service Quality: An International Journal**, 24(4), 399–416.
- LIU, Y. F., J. F. LIAO, J. JOU, 2020 "Exploring The Dual Effects Of Perceived Waiting On Healthcare Service Satisfaction Among Outpatients", **Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics**, 32(2), 495-518.
- LOVELOCK, C. H., 1999 **Principles of service marketing and management**, Prentice Hall.
- LUO, X., C. HOMBURG, J. A. N. WIESEKE, 2010 "Customer Satisfaction, Analyst Stock Recommendations, and Firm Value", **Journal of Marketing Research**, 47(6), 1041-1058.
- MALHOTRA, N. K., 2010 **Marketing research: An applied orientation**, Prentice Hall, Sixth edition, New Jersey.
- MANGELSDORFF, A. D., 1979 "Patient satisfaction questionnaire", **Medical care**, 17(1), 86–90.

- MANGOLD, W. G., E. BABAKUS, 1991 "Service Quality: the Front-stage vs. the Back-stage Perspective", **Journal of Services Marketing**, 5(2), 103–111.
- MARDIA, K. V., 1980 "9 Tests of univariate and multivariate normality", **Handbook of statistics**, 1, 279-320.
- MARTÍNEZ, P., DE LEANIZ, G., I. R. RODRÍGUEZ DEL BOSQUE, 2016 "Corporate Image and Reputation as Drivers of Customer Loyalty", **Corporate Reputation Review**, 19, 166–178.
- MATTSSON, J., 1992 "A service quality model based on an ideal value standard", **International Journal of Service Industry Management**, 3(3), 18-33.
- MCDONALD, M., A. PAYNE, 2006 **Marketing Plans For Service Business: A Complete Guide**, 2nd edition, Burlington, Butterworth-Heinemann.
- MCMULLAN, R., 2005 "A multiple-item scale for measuring customer loyalty development", **Journal of Services Marketing**, 19(7), 470–481.
- MEADE, A. W., E. C. JOHNSON, P. W. BRADDY, 2008 "Power and sensitivity of alternative fit indices in tests of measurement invariance", **Journal of Applied Psychology**, 93(3), 568-592.
- MEHMOOD, S. M., A. NAJMI, 2017 "Understanding the impact of service convenience on customer satisfaction in home delivery: Evidence from Pakistan", **International Journal of Electronic Customer Relationship Management**, 11(1), 23-43.
- MENGI, P., 2009 "Customer Satisfaction with Service Quality: An Empirical Study of Public and Private Sector Banks", **IUP Journal of Management Research**, 8(9), 7–17.
- MEYDAN, C. H., H. ŞEŞEN, 2015 **Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları**, Detay Yayıncılık.
- MILES, M. B., A. M. HUBERMAN, 1994 **Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook**, Sage.
- MUDIE, P., A. PIRRIE, 2006 **Service Marketing Management**, 3rd edition, Burlington, Butterworth-Heinemann.
- MUSTAFA, N., T. A. SALIM, A. WATSON, 2018 "The Impact of Waiting Time on Hospital Service Perception and Satisfaction: The moderating role of Gender", **International Journal of Business & Management Science**, 8(1), 131-150.
- NAKİP, M., V. ÖZÇİFTÇİ, 2015 "Sağlık Hizmetlerinde İlişki Pazarlaması Ve Hasta Memnuniyeti: Aksaray Aile Sağlığı Merkezlerinde Uygulama", **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, (46), 1-20.

- NEDERHOF, A. J., 1985 "Methods Of Coping With Social Desirability Bias: A Review", **European Journal Of Social Psychology**, 15(3), 263-280.
- NEIMEYER, R. A., D. VAN BRUNT, 2018 **Death anxiety**, In Dying: Facing the facts (s. 49-88), Taylor & Francis.
- NG, I., R. MAULL, L. SMITH, 2011 Embedding the New Discipline Of Service Science. **The Science of Service Systems** içinde (s. 13-35), Boston, Springer.
- NGUYEN, N., G. LEBLANC, 2001 "Corporate image and corporate reputation in customers' retention decisions in services", **Journal of Retailing and Consumer Services**, 8(4), 227–236.
- NOEL, H., 2009 **Basics marketing 01: Consumer behaviour**, Lausanne, AVA Publishing.
- NOTTINGHAM, Q. J., D. M. JOHNSON, R. S. RUSSELL, 2018 "The Effect of Waiting Time on Patient Perceptions of Care Quality", **Quality Management Journal**, 25(1), 32-45.
- OH, H., 1999 "Service quality, customer satisfaction, and customer value: A holistic perspective", **International Journal of Hospitality Management**, 18(1), 67–82.
- OKUMUŞ, A., 2018 **Tüketici Davranışı: Teorik ve Uygulamalı Bir Yaklaşım**, 2. Baskı, İstanbul, Türkmen Kitabevi.
- OLIVER, R. L., 1980 "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions", **Journal of Marketing Research**, 17(4), 460–469.
- OLIVER, R. L., 1993a "A conceptual model of service quality and service satisfaction: Comparative goals, different concepts", **Advances in service marketing and management**, 2, 65-85.
- OLIVER, R. L., 1993b "Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response", **Journal of Consumer Research**, 20(3), 418-430.
- OLIVER, R. L., 1999 "Whence Consumer Loyalty?", **Journal of Marketing**, 63, 33–44.
- OLIVER, R. L., R. T. RUST, 1994 **Service quality: New directions in theory and practice**, Sage.
- OLSEN, S. O., 2003 "Understanding the relationship between age and seafood consumption: the mediating role of attitude, health involvement and convenience", **Food Quality and Preference**, 14, 199–209.
- OZCELIK, A. B., K. VARNALI, S. BURNAZ, 2021 "A holistic framework for patient experience: 5P model", **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, 15(4), 516-533.

- ÖZ, M., E. UYAR, 2014 "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma", **KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, 16(26), 123-132.
- ÖZEN, Ü., H. ÇAM, F. YALÇIN ASLAY, 2011 "Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde Örnek Uygulama", **İnönü Üniversitesi Akademik Yaklaşım Dergisi**, 2(1), 25-43.
- ÖZER, A., E. ÇAKIL, 2007 "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler", **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 5(3), 140-143.
- ÖZTÜRK, S. A., 2016 **Hizmet pazarlaması: kuram, uygulama ve örnekler**, 15. Baskı, Bursa, Ekin Basım.
- PALCIC, I., B. LALIC, 2009 "Analytical Hierarchy Process as a tool for selecting and evaluating projects", **International Journal of Simulation Modelling**, 8(1), 16-26.
- PARASURAMAN, A., 1997 "Reflections on gaining competitive advantage through customer value", **Journal of the Academy of marketing Science**, 25(2), 154-161.
- PARASURAMAN, A., V. A. ZEITHAML, L. BERRY, 1985 "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", **Journal of Marketing**, 49(4), 41-50.
- PARASURAMAN, A., V. A. ZEITHAML, L. BERRY, 1988 "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality", **Journal of Retailing**, 16(1), 12-37.
- PARDO, A., M. ROMÁN, 2013 "Reflections on the Baron and Kenny model of statistical mediation", **Anales de psicología**, 29(2), 614-623.
- PATERNOSTER, R., R. BRAME, P. MAZEROLLE, A. PIQUERO, 1998 "Using the correct statistical test for the equality of regression coefficients", **Criminology**, 36(4), 859-866.
- PELTEKOĞLU, F. B., 1997 "Kurumsal İletişim Sürecinde İmajın Yeri", **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, 4, 125-145.
- PELTIER, J., T. BOYT, J. SCHIBROWSKY, 1998 "Relationships building: Measure service quality across health care encounters", **Marketing Health Services**, 18(3), 16-24.
- PETROKAITE, K., J. STRAVINSKIENE, 2013 "Corporate reputation management decisions: Customer's perspective", **Engineering Economics**, 24(5), 496-506.
- PHILIP, G., S. A. HAZLETT, 1997 "The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model", **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol. 14 No. 3, pp. 260-286.
- PODSAKOFF, P. M., S. B. MACKENZIE, J. Y. LEE, N. P. PODSAKOFF, 2003 "Common Method Biases In Behavioral Research: A Critical Review Of The Literature And Recommended Remedies", **Journal Of Applied Psychology**, 88(5), 879-903.

- POLSA, P., W. FUXIANG, M. SÄÄKSJÄRVİ, P. SHUYUAN, 2013 "Cultural values and health service quality in China", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 26(1), 55–73.
- POOL, A. K., M. K. POOL, M. J. TAGHIPOURIAN, 2016 "Customer satisfaction through corporate reputation: The mediating role of perceived value", **International Journal of Humanities And Cultural Studies**, 3(2), 1424-1434.
- PUNCH, K. F., 2005 **Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar**, Çeviren D. Bayrak, H.B. Aslan, Z. Akyüz, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- PURCĂREA, T. V., 2016 "Creating the ideal patient experience", **Journal of Medicine & Life**, 9(4), 380–385.
- QIN, H., K. BOONME, B. GEORGE, V. PRYBUTOK, 2017 "The Moderating Effect of Gender in Urgent Care Service Satisfaction", **Quality Management Journal**, 24(3), 20–30.
- RAMSARAN-FOWDAR, R. R., 2008 "The relative importance of service dimensions in a healthcare setting", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 21(4), 104–124.
- RAMSARAN-FOWDAR, R., 2008 "The relative importance of service dimensions in a healthcare setting", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 21 No. 1, pp. 104-124.
- RAMSEOOK-MUNHURRUN, P., 2016 "A critical incident technique investigation of customers' waiting experiences in service encounters", **Journal of Service Theory and Practice**, vol. 26 no. 3, 246-272.
- RAVICHANDRAN, K., B. T. MANI, S. A. KUMAR, S. PRABHAKARAN, 2010 "Influence of service quality on customer satisfaction application of servqual model", **International Journal of Business and Management**, 5(4), 117-124.
- RUI, C., Z. YUHUANG, L. WENJING, 2013 "Mediation Analysis: Principles, Procedures, Bootstrap Methods and Applications", **Journal of Marketing**, 9(4), 120-135.
- RUSKIN-BROWN, I., 2005 **Marketing Your Service**, London, Thorogood Publishing.
- SAEIDI, S. P., S. SOFIAN, P. SAEIDI, S. P. SAEIDI, S. A. SAAEIDI, 2015 "How does corporate social responsibility contribute to firm financial performance? The mediating role of competitive advantage, reputation, and customer satisfaction", **Journal of Business Research**, 68, 341–350.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, 2021 **Özel Hastane Listesi (Faal)**, Erişim adresi: <https://shgmozeldb.saglik.gov.tr/TR-53567/ozel-hastane-listesi-faal.html>
- SCHUMACKER, R. E., R. G. LOMAX, 1996 **A beginner's guide to structural equation modeling**, Hillsdale. U., Erlbaum.
- SCHUMACKER, R. E., S. T. BEYERLEIN, 2000 "Confirmatory Factor Analysis With Different Correlation Types And Estimation Methods", **Structural Equation Modeling**, 7(4), 629-636.

- SCOTTI, D., R. STINEROCK, 2003 "Cognitive Predictors of Satisfaction with Hospital Inpatient Service Encounters Among the Elderly", **Journal of Hospital Marketing & Public Relations**, 14(2), 3–22.
- SEGGIE F. N., Y. BAYYURT, 2021 **Nitel Araştırma: Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları**, Anı Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara.
- SETHNA, Z., BLYTHE, J. 2016 **Consumer Behavior**, 3rd Edition, Sage Publications Ltd.
- SHABBIR, A., S. A. MALIK, S. A. MALIK, 2016 "Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan", **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol. 33 No. 5., 1-29.
- SHAN, L., Y. LI, D. DING, Q. WU, C. LIU, M. JIAO, Y. HAO, Y. HAN, L. GAO, J. HAO, L. WANG, W. XU, J. REN, 2016 "Patient Satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care", **Plos One**, 11(10), 1–18.
- SHEMWELL, D. J., U. YAVAS, 1999 "Measuring service quality in hospitals: scale development and managerial applications", **Journal of Marketing Theory and Practice**, 7(3), 65-75.
- SHOSTACK, G. L., 1977 "Breaking Free from Product Marketing", **Journal of Marketing**, 41(2), 73-80.
- SHOSTACK, G. L., 1982 "How to Design a Service". **European Journal of Marketing**, 16(1), 49–63.
- SIDDIQUI, Z. K., R. ZUCCARELLI, N. DURKIN, A. W. WU, D. J. BROTMAN, 2015 "Changes in patient satisfaction related to hospital renovation: experience with a new clinical building", **Journal of hospital medicine**, 10(3), 165-171.
- SIMONDS, V. W., R. T. GOINS, E. M. KRANTZ, E. M. GARROUTTE, 2013 "Cultural identity and patient trust among older American Indians", **Journal Of General Internal Medicine**, 29(3), 500–506.
- SMALL, N. J. H., 1980 "Marginal Skewness And Kurtosis in Testing Multivariate Normality", **Applied Statistics**, Vol. 29, No. 1 (1980), pp. 85-87.
- SMITH, W. L., 1996 "A Framework For The Application Of Uncertainty Reduction (UCR) Theory To Service Encounters", **International Journal of Organizational Analysis**, 4(3), 299.
- SOHAIL, S. M., 2003 "Service quality in hospitals: more favourable than you might think", **Managing Service Quality: An International Journal**, Vol. 13 No. 3, pp. 197-206.

SOLOMON, M. R., 2018

Consumer Behaviour: Buying, Having, Being, Twelfth Edition, Essex, Pearson Education Limited.

SOLOMON, M., G.
BAMOSSY, S.
ASKEGAARD, M.K.
HOGG, 2006

Consumer Behaviour: A European Perspective, Third edition, Essex, Pearson Education Limited.

SOLOMON, M. R., C.
SURPRENANT, J. A.
CZEPIEL, E. G. GUTMAN,
1985

"A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter", **Journal of marketing**, 49(1), 99-111.

SONG, M., B. M. NOONE,
2017

"The moderating effect of perceived spatial crowding on the relationship between perceived service encounter pace and customer satisfaction", **International Journal of Hospitality Management**, 65, 37-46.

SÖDERLUND, M., 2020

"Employee norm-violations in the service encounter during the corona pandemic and their impact on customer satisfaction", **Journal of Retailing and Consumer Services**, 57(102209), 1-6.

SPRENG, R. A., R. D.
MACKOY, 1996

"An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction", **Journal of retailing**, 72(2), 201-214.

SRIVASTAVA, M. S., 1984

"A measure of skewness and kurtosis and a graphical method for assessing multivariate normality", **Statistics & Probability Letters**, 2(5), 263-267.

SRIVORAVILAI, N., T. C.
MELEWAR, M. J. LIU, N.
YANNOPOULOU, 2011

"Value marketing through corporate reputation: An empirical investigation of Thai hospitals", **Journal of Marketing Management**, 27(3-4), 243-268.

STREINER, D. L., 1994

"Figuring out factors: the use and misuse of **factor analysis**", **The Canadian Journal of Psychiatry**, 39(3), 135-140.

SURESHCHANDAR, G. S.,
C. RAJENDRAN, R. N.
ANANTHARAMAN, 2002

"The relationship between service quality and customer satisfaction – a factor specific approach", **Journal of Services Marketing**, 16(4), 363-379.

ŞANTAŞ, F., G. ŞANTAŞ,
G. ERİĞÜÇ, 2019

"Türkiye’de özel hastanelere ve devlet hastanelerine yönelik elektronik şikâyetlerin incelenmesi", **Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, 5(3), 291-301.

ŞENCAN, H., 2005
ŞİKAYETVAR, 2021

Güvenilirlik ve geçerlilik, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
Özel Hastane İle İlgili Gündemdeki Şikayetler, Erişim adresi: <https://www.sikayetvar.com/ozel-hastane>

- TABACHNICK, B. G., L. S. FIDELL, 2014 **Using multivariate statistics**, International edition, Pearson.
- TABACHNICK, B. G., L. S. FIDELL, 2019 **Çok Değişkenli İstatistiklerin Kullanımı**, Using Multivariate Statistics, 6. Basım, Çeviri editörü M. Baloğlu. Nobel Yayıncılık.
- TAM, J. L. M., 2004 "Customer satisfaction, service quality and perceived value: An integrative model", **Journal of Marketing Management**, 20, 897–917.
- TANG, W. W., 2007 "Impact of corporate image and corporate reputation on customer loyalty: A review", **Management Science and Engineering**, 1(2), 57-62.
- TARIM, M., 2002 "Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçülmesi: Servqual modeli ve bir hastane uygulaması", **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası**, 52(2), 15–36.
- TAYLOR, BERNARD W., 2002 **Introduction To Management Science**, New Jersey, Pearson Education.
- TENGİLİMOĞLU, D., T. DURSUN-KİLİC, GÜLEÇ, D., 2012 "Preferences, attitudes, and behaviors of health services consumers in Turkey", **American journal of health behavior**, 36(2), 203-217.
- TENGİLİMOĞLU, D., 2016 **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, 4. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- THANASEGARAN, G., 2009 "Reliability and Validity Issues in Research", **Integration & Dissemination**, 4, 35–40.
- THOMAS, R. K., 2010 **Marketing Health Services**, Second edition, Chicago, Health Administration Press.
- TİMOR, M., 2010 **Yöneylem Araştırması**, İstanbul, Türkmen Kitabevi.
- TOMES, A. E., S. CHEE, P. NG, 1995 "Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 8(4), 25–33.
- TTB., 2001 **Türkiye Sağlık Sektöründe Kurumlar: Niceliksel ve Niteliksel Yetersizlik**, Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/kurumlar.pdf
- TTB., 2005 **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi**, Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240
- TUSEB, 2020 **Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/uploads/yayinlar/diger/pdf/02-07-2020__5efdc79d4b380__tuspeanaliz05_turkiyede_ozel_saglik_kurumlari_sektoru.pdf

TÜFEKÇİ, N., O. G. İNCE,
Ö. K. TÜFEKÇİ, 2016

TÜFEKÇİ, N., Ö. K.
TÜFEKÇİ, 2006

TÜİK, 2019

TÜİK, 2020A

TÜİK, 2020B

TÜİK, 2021

TZENG, G. H., J. J.
HUANG, 2011

ULUBAŞOĞLU, G., 2008

UNCTAD, 2020

USHAŞ, 2021

VAN DE SCHOOT, R., P.
LUGTIG, J. HOX, 2012

VAN RIEL, C. B. M., J. M.
T. BALMER, 1997

VANDAMME, R., J.
LEUNIS, 1993

"Isparta'daki Özel Hastanelerin Marka Stratejilerini Belirleyen Faktörlere Yönelik Bir Araştırma", **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 21(1), 321–339.

"Bankacılık Sektöründe Farklı Olma Üstünlüğünün ve Müsteri Sadakatinin Yarattığı Değer: Isparta İlinde bir Uygulama", **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2(4), 170-183.

Hanehalkı Tüketim Harcaması (Bölgesel), 2019 (Yayın no: 33594). Erişim adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Tuketim-Harcamasi-\(Bolgesel\)-2019-33594](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Tuketim-Harcamasi-(Bolgesel)-2019-33594)

Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019 (Yayın no: 33659). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659>

Yıllık Sanayi ve Hizmet İstatistikleri, 2019 (Yayın no: 33599). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yillik-Sanayi-ve-Hizmet-Istatistikleri-2019-33599>

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020 (Yayın no: 37210). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210>

Multi Attribute Decision Making: Methods and Applications, USA, CRC Press.

"The impact of technological advances on consumer information search behavior: A model of online versus offline search behavior", **İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İşletme Mühendisliği Ana Bilim Dalı Doktora tezi.**

Total trade in services, Erişim adresi: <https://stats.unctad.org/handbook/Services/Total.html>

Sağlık Turizmi Verileri, Erişim adresi: <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>

"A checklist for testing measurement invariance", **European Journal of Developmental Psychology**, 9(4), 486-492.

"Corporate identity: the concept, its measurement and management", **European Journal of Marketing**, 31(5/6), 340–355.

"Development of a multiple item scale for measuring hospital service quality", **International Journal of Service Industry Management**, 4(3), 30–49.

- VARİNLİ, İ., A. ÇAKIR, 2004 "Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki - Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma", **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 17(2), 33–52.
- VOORHEES, C. M., P. W. FOMBELLE, Y. GREGOIRE, S. BONE, A. GUSTAFSSON, R. SOUSA, T. WALKOWIAK, 2017 "Service encounters, experiences and the customer journey: Defining the field and a call to expand our lens", **Journal of Business Research**, 79, 269-280.
- VURAL, Z. B. A., M. BAT, 2013 **Kurumsal iletişim: teoriden pratiğe**, İstanbul, İletişim Yayınları.
- WALKER, J. L., 1995 "Service encounter satisfaction: conceptualized", **Journal of Services Marketing**, 9(1), 5–14.
- WALSH, G., S. E. BEATTY, 2007 "Customer-based corporate reputation of a service firm: Scale development and validation", **Journal of the Academy of Marketing Science**, 35(1), 127–143.
- WANG, G., L. LIU, X. TAN, W. ZHENG, 2017 "The moderating effect of dispositional mindfulness on the relationship between materialism and mental health", **Personality and Individual Differences**, 107, 131-136.
- WESTAWAY, M. S., P. RHEEDER, D. G. VAN ZYL, J. R. SEAGER, 2003 "Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status", **International journal for quality in health care**, 15(4), 337-344.
- WIDAMAN, K. F., J. S. THOMPSON, 2003 "On specifying the null model for incremental fit indices in structural equation modeling", **Psychological methods**, 8(1), 16-37.
- WIRTS, J. C. LOVELOCK, 2018 **Essentials of Service Marketing**, Person Education Limited, Essex, 3rd edition.
- WOODSIDE, A. G., L. L. FREY, R. T. DALY, 1989 "Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention", **Journal of Health Care Marketing**, 9(4), 5–17.
- WTO, 2021 **Services Trade**, Erişim adresi: https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/serv_e.htm
- WU, C. H. J., 2007 "The impact of customer-to-customer interaction and customer homogeneity on customer satisfaction in tourism service—the service encounter prospective", **Tourism Management**, 28(6), 1518–1528.
- WU, C. H.-J., R.-D. LIANG, 2009 "Effect of experiential value on customer satisfaction with service encounters in luxury-hotel restaurants", **International Journal of Hospitality Management**, 28(4), 586–593.
- WU, D., & LI, Y., 2016 "Online health information seeking behaviors among Chinese elderly", **Library & Information Science Research**, 38(3), 272-279.

- WU, H. C., LI, T., M. Y. LI, 2016 "A study of behavioral intentions, patient satisfaction, perceived value, patient trust and experiential quality for medical **tourists**", **Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism**, 17(2), 114-150.
- YAĞCI, M. İ., T. DUMAN, 2006 "Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması", **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 7(2), 218-238.
- YAŞİN, B., E. ÖZKAN, S. BALOĞLU, 2017 "Tüketicilerin Çevrimiçi Perakende Alışveriş Sitelerine Yönelik Sadakatleri Üzerinde Memnuniyet, Güven ve Kalite Algılarının Rolü", **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi**, 28(83), 24-47.
- YAŞLIOĞLU, M. M., 2017 "Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması", **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, 46, 74-85.
- YILDIZ, M. A., 2016 "On measurement equivalence and gender-based examination of measurement equivalence for General Belongingness Scale (GBS) in young adults", **Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 9(2), 50-72.
- YILMAZ, V., S. VAROL, 2015 "HAZIR YAZILIMLAR İLE YAPISAL EŞİTLİK MODELLEMESİ: AMOS, EQS, LISREL", **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, (44). 28-44.
- YILMAZ, V., Z. İ. DALBUDAK, 2018 "Aracı Değişken Etkisinin İncelenmesi: Yüksek Hızlı Tren İşletmeciliği Üzerine Bir Uygulama", **Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi**, 14(2), 517-534.
- YONG, A. G., S. PEARCE, 2013 "A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis", **Tutorials in quantitative methods for psychology**, 9(2), 79-94.
- YURDUGÜL, H., 2005 **Faktör analizinde KMO ve Bartlett testleri neyi ölçer?**, Erişim adresi: <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Kuresellik.pdf>
- ZEITHAML, V. A., M. J. BITNER, D. D. GREMLER., 2017 **Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm**, 7th edition, New-York, McGraw-Hill Education.
- ZHAO, Y., J. ZHANG, 2017 "Consumer health information seeking in social media: a literature review", **Health Information & Libraries Journal**, 34(4), 268-283.

EK-1: ANKET FORMU



ÖZEL HASTANELERDE HİZMET KARŞILAŞMALARININ HASTA TATMİNİ VE DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Pazarlama Anabilim Dalında Doktora Tezi kapsamında yürütülmekte olan bir çalışmanın ürünüdür. Çalışmada özel hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyeti ve bunu etkileyen faktörler incelenmektedir. Elde edilen veriler üçüncü şahıslardan titizlikle korunacaktır. Yayımlayacağınız her bir bölümden önce değerlendirmenizi rica ettiğimiz ifadelerle ilgili genel bir açıklama bulunmaktadır. Çalışmaya katkı sağladığınız için şimdiden teşekkürlerimizi sunarız.

Bu anket formunu, [Redacted] Hastanesi'nden son almış olduğunuz sağlık hizmeti deneyimlerinizi düşünerek yanıtlamanızı rica ederiz.

1) Son 6 ay içerisinde bu hastanenin sunduğu herhangi bir sağlık hizmetinden yararlandınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır (anketi sonlandırınız)

2) 18 yaşın üzerinde misiniz?

- ☐ Evet
☐ Hayır (anketi sonlandırınız)

3) Sağlık hizmetinden bizzat kendiniz mi yararlandınız?

- ☐ Evet
☐ Hayır (anketi sonlandırınız)

4) En son hangi tıbbi birimden hizmet aldınız?

.....

5) [Redacted] Hastanesinin çağrı merkezi ile iletişime geçtiniz mi?

- ☐ **Hayır** (6. Sorudan devam ediniz.)
☐ **Evet** (Aşağıdaki ifadeleri çağrı merkezi ile yaşadığınız deneyimi göz önünde bulundurarak değerlendiriniz.)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Çağrı merkezi bu hastane ile ilgili güvenilir bilgi sağladı.					
Çağrı merkezi bu hastane hakkında bilgiye erişimi kolaylaştırdı.					
Çağrı merkezi bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.					

6) [Redacted] Hastanesi hakkında internette araştırma yaptınız mı?

- ☐ **Hayır** (7. Sorudan devam ediniz.)
☐ **Evet** (İnternetteki bilgi kaynakları, hizmet satın almadan önce bireylerin bilgi edindikleri internet siteleri, haberler, bloglar, forumlar ve sosyal medyadaki paylaşımları içermektedir. Aşağıdaki ifadeleri bu kaynakları dikkate alarak değerlendiriniz.)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane hakkında güvenilir bilgi edinmemi sağladı.					
İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane hakkında yeterli bilgiye erişimi kolaylaştırdı.					
İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.					

7) Hastanesi hakkında çevrenizde bulunan kişilerden herhangi bir bilgi aldınız mı?
☐ **Hayır** (8. Sorudan devam ediniz)
☐ **Evet** (Sosyal kaynaklar, arkadaş, akraba, komşu, eş, dost gibi çevrenizdeki kişileri ifade etmektedir. Aşağıdaki ifadeleri bu hastane hakkında çevrenizdeki kişilerden hastane hakkında edindiğiniz bilgileri dikkate alarak değerlendiriniz.)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane ile ilgili güvenilir bilgi sağladı.					
Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane hakkında yeterli bilgiye erişmeyi kolaylaştırdı.					
Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.					

8) Bu hastaneye ulaşımınızı ve hastane içerisinde gitmek istediğiniz noktalara nasıl eriştiğinize dair aşağıdaki ifadeleri değerlendiriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastanenin bulunduğu konuma rahatlıkla ulaşabildim.					
Bu hastaneye adım attığımda dansabileceğim bir görevliyi kolaylıkla bulabildim.					
Bu hastaneye girdiğimden itibaren görevliler tarafından özenli bir şekilde yönlendirildim.					
Bu hastanenin tahlil, muayene veya operasyon sonuçlarına kolaylıkla erişebildim.					
Hastanenin otoparkından yararlandığınız aşağıdaki ifadeyi değerlendiriniz. Aksi halde boş bırakınız.					
Bu hastanenin otopark/vale hizmetleri (kapasite, yönlendirme vb.) yeterliydi.					

9) Aşağıdaki ifadeleri bu hastanenin dış görünüş, dekorasyon gibi fiziksel görünüşleri dikkate alarak değerlendiriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastanenin fiziki görünümü ve dekorasyonu güzeldi.					
Bu hastane personelinin dış görünüşleri (giyim-kuşamı, bakımı) düzgündü.					
Hizmetin verildiği ortamda kullanılan araç-gereç, ekipmanlar modern idi.					
Muayene / tetkik odaları, lavabolar temiz ve hijyenikti.					
Bekleme yerleri yeterli ve rahatı.					
Kantin / cafe / yemek hizmetleri yeterli ve iyiydi.					

10) Aşağıdaki ifadeleri, bu hastanede sizi muayene ve tedavi eden doktorun işlemlerini dikkate alarak değerlendirmenizi rica ederiz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastanede doktor muayene ve tedavi süreçleri hakkında beni bilgilendirdi.					
Bu hastanede doktorun teşhis ve tedavisi güven vericiydi.					
Bu hastanede doktor ilgili, nazık ve saygılıydı.					
Bu hastanede doktor inanç ve değerlerime karşı anlayışlıydı.					

11) Hemşireler hastanın tedavi sürecini takip eder, tedavi hakkında doktoru bilgilendirirler. Muayene ve tedavi sürecinde hasta ile sürekli etkileşime geçmektedirler. Aşağıdaki ifadeleri, sizinle en sık temasa geçen, işlemlerinizi takip eden hemşireyi dikkate alarak değerlendiriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastanede hemşire, yaptıkları işlemler hakkında beni bilgilendirdi.					
Bu hastanede hemşirenin yaptıkları işlemler güven vericiydi.					
Bu hastanede hemşire, özel istek ve ihtiyaçlarım karşı anlayışlıydı.					
Bu hastanede hemşire ilgili, nazık ve saygılıydı.					

12) Diğer işgörenler, sağlık mensubu olmayan özel hastane personelini kapsamaktadır. Örneğin danışma, muhasebe, temizlik, yemek, otopark hizmetinde bulunan çalışanlardır. Tedavi süreciniz esnasında sizinle en sık temas kuran veya sizin en sık temasa geçtiğiniz çalışanı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri değerlendiriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastanede çalışan, taleplerimi hızlı bir şekilde yakından ilgilendirilerek karşıladı.					
Bu hastanede çalışan, dış görünüş olarak düzenliydi.					
Bu hastanede çalışan, özel istek ve ihtiyaçlarım karşı anlayışlıydı.					
Bu hastanede çalışan, kibar ve nazıktı.					

13) Aşağıdaki ifadeleri bu hastaneden aldığınız son sağlık hizmetine göre genel olarak değerlendiriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastanede, teşhis koyulmadan önce dikkatli bir muayeneden geçirdim.					
Bu hastanede, muayene ve tedaviler dikkatli bir şekilde yürütüldü.					
Bu hastanede, sağlık hizmetlerini doğru bir şekilde faturalandırma özen gösterildi.					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastanede, istek ve taleplerime hızlı bir şekilde yanıt verildi.					
Bu hastanede, işlemlerin hızından memnunuz.					
Bu hastanede muayene / tetkik / tahlil işlemlerini kısa sürede yaptırabildim.					
Bu hastanede, muayene öncesi bekleme süreleri gereğinden fazla uzundu.					

14) Bu hastaneden almış olduğunuz sağlık hizmetine dair memnuniyetinizi göz önünde bulundurarak aşağıdaki ifadeleri değerlendiriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Bu hastaneden almış olduğum sağlık hizmeti beklentilerimi karşıladı.					
Bu hastaneden aldığım hizmetlerden genel olarak memnun kaldım.					
Bu hastaneden almış olduğum sağlık hizmeti ihtiyaçlarımı karşıladı.					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Tekrar sağlık hizmeti ihtiyacım olsa yine bu hastaneyi tercih ederim.					
Bu hastaneden hizmet almaya devam etme niyetim var.					
Diğer hastaneler daha iyi hizmet sunmuş olsalar bile bu hastaneyi kolay kolay bırakmam.					
Yakın çevremdeki insanlara bu hastaneyi tavsiye ederim.					
Bu hastane hakkında diğer insanlara olumlu şeyler söylerim.					

15) Aşağıdaki ifadeleri bireysel özelliklerinize göre yanıtlayınız.

• Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek	• Daha önce kaç kez bu hastaneden hizmet aldınız? ☐ İlk kez ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6 ve üzeri
• Yaşınız: ☐ 18-28 ☐ 29-39 ☐ 40-50 ☐ 51-61 ☐ 62 ve üzeri	• Hizmet alırken faydalandığınız sigorta türü hangisiydi? ☐ SGK ☐ Özel Sağlık Sigortası ☐ Anlaşmalı Kurumlar ☐ Sigorta yok
• Eğitim durumunuz: ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü	• Bu hastaneyi tercih etmenizde en çok etkili olan sebep hangisiydi? ☐ Doktor ☐ Hastaneye güvendiğim için ☐ Ulaşım kolaylığı ☐ Fiyat uygunluğu ☐ Daha önce de geldiğim için ☐ Yakınım çalıştığı için ☐ Tavsiye üzerine ☐ Diğer (.....)
• Aylık geliriniz: ☐ 2500TL ve altı ☐ 2501- 5000TL ☐ 5001-7500TL ☐ 7501TL-10.000TL ☐ 10.001 ve üzeri	
• Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar	

EK-2: KATILIMCILARIN HİZMET ALDIKLARI TIBBİ BİRİMLERİN LİSTESİ

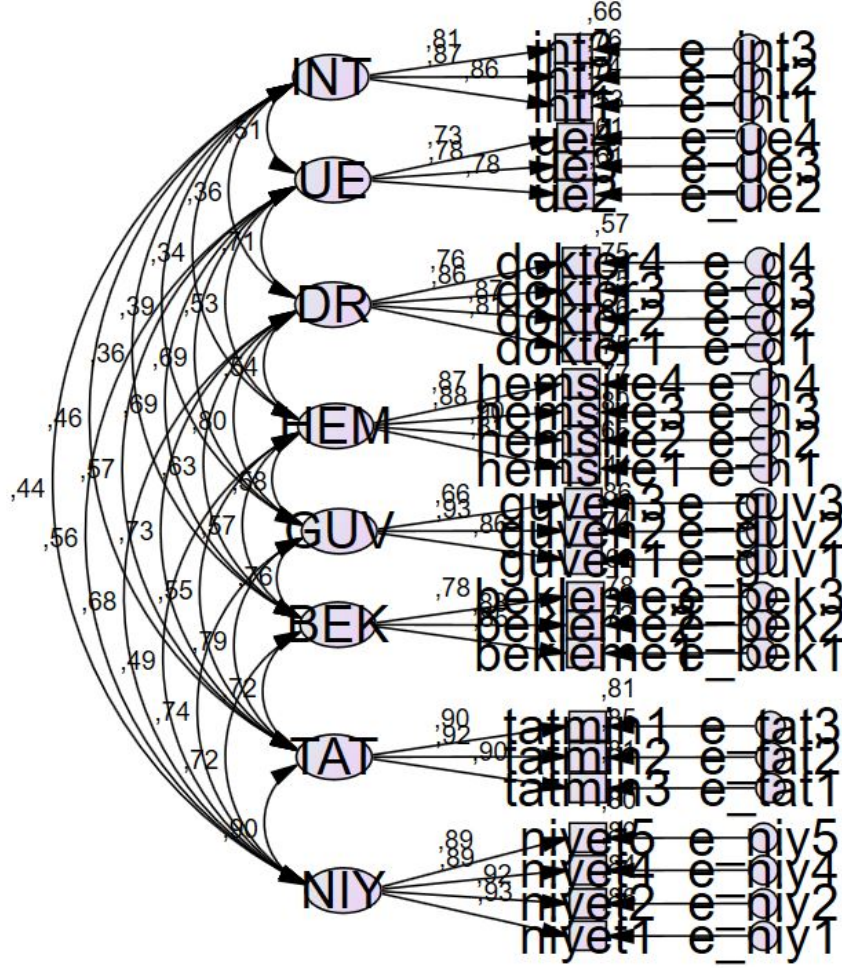
Tıbbi Birimler	n
Dahiliye	191
Kulak Burun Boğaz	168
Kadın Hastalıkları ve Doğum	123
Göz Hastalıkları	85
Ortopedi	85
Ağız ve Diş Sağlığı	78
Dermatoloji	62
Genel Cerrahi	61
Kalp Damar Cerrahisi	49
Nöroloji	22
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	21
Göğüs Hastalıkları	17
Gastroenteroloji	14
Üroloji	10
Diğer	37
Toplam	1023

EK-3: DEĞİŞKENLERİ ÖLÇMEDE KULLANILAN ÖLÇEKLERE AİT KODLAR

KOD	İFADE
	<i>Çağrı merkezi deneyimi (CM)</i>
cm1	Çağrı merkezi bu hastane ile ilgili güvenilir bilgi sağladı.
cm2	Çağrı merkezi bu hastane hakkında bilgiye erişimi kolaylaştırdı.
cm3	Çağrı merkezi bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.
	<i>İnternet kaynaklı deneyim (INT)</i>
int1	İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane hakkında güvenilir bilgi edinmemi sağladı.
int2	İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane hakkında yeterli bilgiye erişmemi kolaylaştırdı.
int3	İnternetteki bilgi kaynakları bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.
	<i>Sosyal kaynaklı deneyim (SOS)</i>
sos1	Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane ile ilgili güvenilir bilgi sağladı.
sos2	Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane hakkında yeterli bilgiye erişmemi kolaylaştırdı.
sos3	Sosyal bilgi kaynaklarım bu hastane ile ilgili doğru karar vermemde yardımcı oldu.
	<i>Ulaşılabilirlik ve erişebilirlik (UE)</i>
ue1	Bu hastanenin bulunduğu konuma rahatlıkla ulaşabildim.
ue2	Bu hastaneye adım attığımda danışabileceğim bir görevliyi kolaylıkla bulabildim.
ue3	Bu hastaneye girdiğimden itibaren görevliler tarafından özenli bir şekilde yönlendirildim.
ue4	Bu hastanenin tahlil, muayene veya operasyon sonuçlarına kolaylıkla erişebildim.
	<i>Fiziksel çevre (FİZ)</i>
otopark	Bu hastanenin otopark/vale hizmetleri (kapasite, yönlendirme vb.) yeterliydi.
fiziksel1	Bu hastanenin fiziki görünümü ve dekorasyonu güzeldi.
fiziksel2	Bu hastane personelinin dış görünüşleri (giyim-kuşamı, bakımı) düzgündü.
fiziksel3	Hizmetin verildiği ortamda kullanılan araç-gereç, ekipmanlar moderndi.
fiziksel4	Muayene / tetkik odaları, lavabolar temiz ve hijyenikti.
fiziksel5	Bekleme yerleri yeterli ve rahattı.
fiziksel6	Kantin / cafe / yemek hizmetleri yeterli ve iyiydi.
	<i>Doktor etkileşimi (DR)</i>
doktor1	Bu hastanedeki doktor muayene ve tedavi süreçleri hakkında beni bilgilendirdi.
doktor2	Bu hastanedeki doktorun teşhis ve tedavisi güven vericiydi.

doktor3	Bu hastanedeki doktor ilgili, nazik ve saygılıydı.
doktor4	Bu hastanedeki doktor inanç ve değerlerime karşı anlayışlıydı.
<i>Hemşire etkileşimi (HEM)</i>	
hemsire1	Bu hastanedeki hemşire, yaptıkları işlemler hakkında beni bilgilendirdi.
hemsire2	Bu hastanedeki hemşirenin yaptıkları işlemler güven vericiydi.
hemsire3	Bu hastanedeki hemşire, özel istek ve ihtiyaçlarıma karşı anlayışlıydı.
hemsire4	Bu hastanedeki hemşire ilgili, nazik ve saygılıydı.
<i>Diğer işgören etkileşimi (DIG)</i>	
isgoren1	Bu hastanedeki çalışan, taleplerimi hızlı bir şekilde yakından ilgilenilerek karşıladı.
isgoren2	Bu hastanedeki çalışan, dış görünüş olarak düzenliydi.
isgoren3	Bu hastanedeki çalışan, özel istek ve ihtiyaçlarıma karşı anlayışlıydı.
isgoren4	Bu hastanedeki çalışan, kibar ve nazikti.
<i>Güven (GUV)</i>	
guven1	Bu hastanede, teşhis koyulmadan önce dikkatli bir muayeneden geçirildim.
guven2	Bu hastanede, muayene ve tedaviler dikkatli bir şekilde yürütüldü.
guven3	Bu hastanede, sağlık hizmetlerini doğru bir şekilde faturalandırmada özen gösterildi.
<i>Bekleme süreleri (BEK)</i>	
bekleme1	Bu hastanede, istek ve taleplerime hızlı bir şekilde yanıt verildi.
bekleme2	Bu hastanedeki işlemlerin hızından memnunum.
bekleme3	Bu hastanede muayene / tetkik / tahlil işlemlerini kısa sürede yaptırabildim.
bekleme4	Bu hastanede, muayene öncesi bekleme süreleri gereğinden fazla uzundu. (ters kodlu)
<i>Hasta tatmini (TAT)</i>	
tatmin1	Bu hastaneden almış olduğum sağlık hizmeti beklentilerimi karşıladı.
tatmin2	Bu hastaneden aldığım hizmetlerden genel olarak memnun kaldım.
tatmin3	Bu hastaneden almış olduğum sağlık hizmeti ihtiyaçlarımı karşıladı.
<i>Davranışsal niyet (NIY)</i>	
niyet1	Tekrar sağlık hizmeti ihtiyacım olsa yine bu hastaneyi tercih ederim.
niyet2	Bu hastaneden hizmet almaya devam etme niyetim var.
niyet3	Diğer hastaneler daha iyi hizmet sunmuş olsalar bile bu hastaneyi kolay kolay bırakmam.
niyet4	Yakın çevremdeki insanlara bu hastaneyi tavsiye ederim.
niyet5	Bu hastane hakkında diğer insanlara olumlu şeyler söylerim.

EK-4: NİHAİ ÖLÇÜM MODELİ VE UYUM İYİLİĞİ DEĞERLERİ



Uyum İyiliği İndeksleri	Değer	Durum
<i>Mutlak Uyum İyiliği</i>		
Ki-kare	1469,860	-
Serb. Der.	296	-
Ki-kare/Serb. Der.	4,966	İyi uyum
RMSEA	0,062	İyi uyum
<i>Marjinal Uyum İyiliği</i>		
CFI	0,949	İyi uyum
TLI	0,935	İyi uyum
IFI	0,949	İyi uyum
NFI	0,937	İyi uyum
RFI	0,919	İyi uyum

ÖZGEÇMİŞ

Mahmut Selami AKIN, İlköğretim ve lise eğitimini Özel Asfa Eğitim Kurumları'nda tamamladı. 2005 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Bölümünde lisans eğitimine başlayıp 2009 yılında bitirdi. 2010 yılında aynı üniversitenin Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. “Pazarlama Araştırmacıları Perspektifinden Nöropazarlama: Keşifsel Bir Araştırma” başlıklı yüksek lisans tezi ile 2014 yılında yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2015 yılında İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Pazarlama Anabilim Dalında doktora eğitimine başladı. 2009 ile 2015 yılları arasında özel sektörde satın alma uzmanlığı, e-ticaret ve dijital pazarlama uzmanlığı alanlarında çalıştı. 2016 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak göreve başladı. Halen aynı kurumda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.