



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**SAĞLIK KURUMLARINDA İLİŞKİSEL PAZARLAMA İLE
DAVRANIŞSAL NİYET İLİŞKİSİNDE HİZMET TELAFİSİNİN
ARACILIK ROLÜ**

Doktora Tezi

Ebrar YALTAGİL

Sivas
Mart 2022

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı

**SAĞLIK KURUMLARINDA İLİŞKİSEL PAZARLAMA İLE
DAVRANIŞSAL NİYET İLİŞKİSİNDE HİZMET TELAFİSİNİN
ARACILIK ROLÜ**

Doktora Tezi

Ebrar YALTAGİL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Derya Fatma Biçer

Sivas
Mart 2022

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Doktora tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntılarladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

İmza

Ebrar YALTAGİL

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimde tanıştığım; gerek akademik zengin bilgileri ile beni donatan gerek hayat tecrübesi ile her alanda bana ışık tutan kısa sürede hayatıma dokunan ve iyi ki dediğim çok kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Derya Fatma Biçer'e bana ve tezime katkılarından dolayı canı gönülden sonsuz teşekkür ederim.

Eğitim yaşamına ilk adımımı attığımda, anne şefkatiyle yanımda olan ve hala etkilerini üzerinde hissettiğim değerli hocam Emine Kuşakçı'ya; lisans eğitimimden bu zamana kadar bana yol gösteren, destek olan bu günlere gelmemde büyük emeği olan kıymetli hocam Doç. Dr. Enis Baha Biçer' e, yüksek lisans eğitimim sürecinde ve sonrasında akademik olarak beni yetiştiren ve doktora tez sürecime katkıda bulunan değerli hocam Prof. Dr. Zekai Öztürk'e, doktora eğitimim süresince destek olan Prof. Dr. İlhan Çetin, Dr.Üyesi Üyesi Naim Karagöz hocalarıma ve her alanda bana destek olan, motivasyon katan Sayın Hocam Prof. Dr. Ünal Kılıç' a; kısacası hayatıma güzel dokunuşları ile anlam katan tüm hocalarıma, canı gönülden teşekkür ederim.

Tez sürecimde bulunarak tezime verdiği değerli katkıları için Prof. Dr. Sezer Korkmaz ve Prof. Dr. Erkan Sağlık hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Her anımda sonsuz destek olan, her zaman arkamda dağ gibi duran anneme, babama ve kardeşlerime, tez sürecimde desteğini esirgemeyen, büyük bir sabır ve fedakarlık gösteren sevgili eşim Emetullah Yaltagil' e, aynı odayı paylaştığımız mesai arkadaşım Rukiye Aslan'a ve yanımda olan herkese canı gönülden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK KURUMLARI VE HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı.....	5
1.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları	5
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
1.2.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	10
1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	11

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK KURUMLARINDA İLİŞKİSEL PAZARLAMA VE HİZMET TELAFİSİ

2.1. İlişkisel Pazarlama Gelişimi ve Tanımı.....	14
2.1.1. İlişkisel Pazarlamada Başarı Kriterleri	16
2.1.2. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlama ve Önemi.....	17
2.1.3. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlama Stratejileri.....	21
2.1.3.1. Temel Hizmet Stratejisi.....	21
2.1.3.2. İlişki Özelleştirme Stratejisi.....	21
2.1.3.3. Hizmet Artırımı Stratejisi.....	22
2.1.3.4. İlişki Fiyatlandırması Stratejisi	22
2.1.3.5. İç Pazarlama Stratejisi.....	23
2.1.4. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlamanın Boyutları	24
2.1.4.1. Empati-Güven	24
2.1.4.2. Hasta Odaklılık-İletişim	25
2.1.4.3. Taahhüt-İşbirliği.....	26

2.1.5. Sağlık Kurumlarında Müşteri İlişkileri Yönetimi Temelli İlişkisel Pazarlama	27
2.1.6. Sağlık Kurumlarında Müşteri Kavramı	29
2.1.7. Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti Kavramı	31
2.1.8. Sağlık Kurumlarında Davranışsal Niyet	37
2.1.8.1. Hasta Bağlılığı	37
2.1.8.2. Sağlık Kurumlarında WOMM ve E-WOMM	39
2.1.9. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlamanın Etkin Yürütülemedi Nedenleri.....	45
2.2. Sağlık Kurumlarında Hizmet Hatası ve Telafisi.....	46
2.2.1. Sağlık Kurumlarında Hizmet Hatası	47
2.2.2. Sağlık Kurumlarında Hizmet Telafisi ve Telafi Süreci	50
2.2.3. Sağlık Kurumlarında Hizmet Telafi Stratejileri.....	52
2.2.4. Hizmet Telafisi ve Adalet Kavramı İlişkisi	55
2.2.5. Sağlık Kurumlarında Etkili Hizmet Telafisinin Faydaları.....	57
2.2.6. Hizmet Telafi Paradoksu.....	59

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK KURUMLARINDA İLİŞKİSEL PAZARLAMA İLE DAVRANIŞSAL NİYET İLİŞKİSİNDE HİZMET TELAFİSİNİN ARACI ROLÜ

3.1. Araştırmanın Amacı	61
3.2. Araştırmanın Önemi	62
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	64
3.4. Meteryal ve Yöntem.....	65
3.4.1. Evren-Örneklem/Çalışma Grubu	65
3.4.2. Araştırma Modeli	66
3.4.3. Verilerin Toplanması	70
3.4.4. Verilerin Çözümlemesi	73
3.4.4.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)	74
3.4.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	75
3.4.4.3. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM)	76
3.5. Araştırmanın Bulguları	77
3.5.1. Çalışmaya Ait Frekans Analizleri	77
3.5.2. Hizmet Hatası ve Telafisine Ait Veriler ile Ki-Kare Analizleri	79
3.5.3. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait Analizler	88
3.5.3.1. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğinin Normallik Analizi.....	88

3.5.3.2. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğinin Ortalama Değerleri	89
3.5.3.3. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait AFA Sonuçları	90
3.5.4. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait DFA Sonuçları	92
3.5.5. Hizmet Telifisi Ölçeğine Ait Analizler	95
3.5.5.1. Hizmet Telifisi Ölçeğinin Normallik Analizi	95
3.5.5.2. Hizmet Telifisi Ölçeğinin Ortalama Değerleri	95
3.5.5.3. Hizmet Telifisi Ölçeğine Ait AFA Sonuçları	97
3.5.5.4. Hizmet Telifisi Ölçeğine Ait DFA Sonuçları	98
3.5.6. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait Analizler	101
3.5.6.1. Hasta Tatmini Ölçeğinin Normallik Analizi	101
3.5.6.2. Hasta Tatmini Ölçeğinin Ortalama Değerleri	101
3.5.6.3. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait AFA Sonuçları	102
3.5.6.4. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait DFA Sonuçları	103
3.5.7. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait Analizler	105
3.5.7.1. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Normallik Analizi	105
3.5.7.2. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ortalama Değerleri	105
3.5.7.3. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait AFA Sonuçları	106
3.5.7.4. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait DFA Sonuçları	107
3.5.8. Araştırmada Kullanılan Tüm Ölçek Analizlerinin Özetlenmesi	109
3.5.9. Parametrik Test Sonuçları	111
3.5.9.1. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları	111
3.5.9.2. Hizmet Telifisi Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları	115
3.5.9.3. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları	117
3.5.9.4. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları	120
3.5.10. Yapısal Eşitlik Modellerinin Test Edilmesi	123
3.5.10.1. CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğine Ait YEM Modelleri	124
3.5.10.2. Aracılı Yapısal Modeller	130
SONUÇ VE TARTIŞMA	141
KAYNAKÇA	159
EKLER	177

KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADSM: ağız ve diş sağlığı merkezleri

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

AMA: American Medical Association

CAMA: Bağlam Duyarlı Mobil Yaklaşım

CRM: Customer Relations Management

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DMP: Dossier Medical Partage

E-WOMM: Elektronik Ağızdan Ağıza Pazarlama

MİY: Müşteri İlişkileri Yönetimi

S-O-R: (Stimulus) Uyaran → (Organism) Yapı → (Response) Tepki

WOMM: Word of Mouth Marketing (Ağızdan Ağıza pazarlama)

YEM: Yapısal Eşitlik Modeli

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. İlişkisel Pazarlamada Müşteri Çekme ve Elde Tutma Stratejileri.....	16
Tablo 3.1. Araştırma Kapsamında Yer Verilen Ölçekler ve Bilimsel Kökenleri	72
Tablo 3.2. Ön Test Güvenilirlik- Normallik Dağılım Sonuçları	72
Tablo 3. 3. YEM Model Uyumu ile İlgili Değerler	77
Tablo 3.4. Katılımcılara Ait Demografik Veriler	78
Tablo 3.5. Hastaların Değerlendirdikleri Sağlık Kurumlarına Ait Veriler	79
Tablo 3.6. Hizmet Hatası ile Karşılaşıp Şikayette Bulunulan Zaman Aralığı.....	80
Tablo 3.7. Sağlık Kurumunda Karşılaşılan Hizmet Hatası.....	80
Tablo 3. 8. Hizmet Telafisi için Başvurulan Yöntem	82
Tablo 3. 9. Sağlık Kurumunun Şikayete Yönelik Verdiği Tepki	83
Tablo 3. 10. Hizmet Hatasıyla Karşılaşma Durumu ile Sağlık kurumunun türü Arasındaki İlişkiyi Ölçen Ki-kare Testi.....	84
Tablo 3. 11. Hizmet Hatasıyla Karşılaşma Durumu ile Kurumda Değerlendirmeye Alınan Hizmet Türü Arasındaki İlişkiyi Ölçen Ki-kare Testi.....	86
Tablo 3. 12. Hizmet Hatasıyla Karşılaşma Durumu ile Sağlık Kurumunun Bölgesi Arasındaki İlişkiyi Ölçen Ki-Kare Testi	87
Tablo 3. 13. İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları	88
Tablo 3.14. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Faktörlerine Ait Ortalama Değerleri.....	89
Tablo 3. 15. CRM odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait AFA Sonuçları	91
Tablo 3. 16. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri	92
Tablo 3. 17. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlamaya Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri	93
Tablo 3. 18. Hizmet Telafisi Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları	95
Tablo 3. 19. Hizmet Telafisi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ortalama Değerleri	96
Tablo 3. 20. Hizmet Telafisi Ölçeğine Ait AFA Sonuçları	97
Tablo 3. 21. Hizmet Telafisi Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri.....	98
Tablo 3. 22. Hizmet Telafisine Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri	99
Tablo 3. 23. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları	101
Tablo 3. 24. Hasta Tatmini Ölçeğinin Ortalama Değerleri.....	102
Tablo 3. 25. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait AFA Sonuçları	102
Tablo 3. 26. Hasta Tatmini Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri	103

Tablo 3. 27.	Hasta Tatmini Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri.....	104
Tablo 3. 28.	Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları	105
Tablo 3. 29.	Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ortalama Değerleri.....	105
Tablo 3. 30.	Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait AFA Sonuçları.....	106
Tablo 3. 31.	Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri	107
Tablo 3. 32.	Davranışsal Niyet Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri.....	108
Tablo 3. 33.	Ölçek ve Faktör Puan Ortalamaları	109
Tablo 3. 34.	Ölçek ve Faktör Ortalamaları	110
Tablo 3. 35.	CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	112
Tablo 3.36.	CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bölgelere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	113
Tablo 3.37.	CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	114
Tablo 3.38.	CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hizmet Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	115
Tablo 3. 39.	Hizmet Telafisi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	116
Tablo 3. 40.	Hizmet Telafisi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	117
Tablo 3. 41.	Hasta Tatmini Ölçek Puanının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	118
Tablo 3. 42.	Hasta Tatmini Ölçek Puanının Bölgelere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	118
Tablo 3. 43.	Hasta Tatmini Ölçek Puanının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	119
Tablo 3. 44.	Hasta Tatmini Ölçek Puanının Hizmet Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	119
Tablo 3. 45.	Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	120
Tablo 3. 46.	Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Bölgelere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	121
Tablo 3. 47.	Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	121
Tablo 3.48.	Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Hizmet Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	122
Tablo 3.49.	Hizmet Hatası ve Telafisinin Tatmin ve Davranışsal Niyete Etkisi	123
Tablo 3. 50.	Model 1 Uyum İndeksleri.....	124
Tablo 3. 51.	Model 1 Parametre Değerleri	125

Tablo 3. 52. Model 2 Uyum İndeksleri.....	127
Tablo 3. 53. Model 2 Parametre Değerleri	127
Tablo 3.54. Model 3 Uyum İndeksleri.....	129
Tablo 3.55. Model 3 Parametre Değerleri	129
Tablo 3.56. Model 4 Uyum İndeksleri.....	131
Tablo 3.57. Model 4 Parametre Değerleri	132
Tablo 3.58. Model 5 Uyum İndeksleri.....	134
Tablo 3.59. Model 5 Parametre Değerleri	135
Tablo 3.60. Model 6 Uyum İndeksleri.....	137
Tablo 3.61. Model 6 Parametre Değerleri	138
Tablo S.1. Tüm Yapısal Modellerin Analiz Sonuçları	148
Tablo S.2. Araştırma Modeline Ait Yapısal Modellerin Standardize Yol Katsayıları ve Analiz Sonuçları.....	149
Tablo S.3. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları	154

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması	7
Şekil 1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	10
Şekil 2.1. İlişkisel Pazarlama Stratejileri	21
Şekil 2.2. Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler.....	30
Şekil 3.1. Sağlık Kurumlarında Hizmet Hatalarına Karşın Hasta Tepkileri	49
Şekil 3.2. Hizmet Telafi Süreci	51
Şekil 3.3. Sağlık Kurumlarında Hizmet Telafi Starejileri.....	52
Şekil 3.1. Araştırma Modeli	67
Şekil 3.2. YEM İçin İzlenmesi Gereken Aşamalar	74
Şekil 3.3. Sağlık Kurumunun Şikayete Tepkisi	83
Şekil 3.4. Sağlık Kurumunun Türüne Göre Hizmet Hatası ile Karşılaşma Durumu	85
Şekil 3.5. Alınan Hizmet Türüne Göre Hizmet Hatası ile Karşılaşma Durumu	86
Şekil 3.6. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait DFA Diyagramı	94
Şekil 3.7. Hizmet Telafisi Ölçeğine Ait DFA Diyagramı	100
Şekil 3.8. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait DFA Diyagramı	104
Şekil 3.9. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait DFA Diyagramı	108
Şekil 3.10. Model 1 Diyagramı	126
Şekil 3.11. Model 2 Diyagramı	128
Şekil 3.12. Model 3 Diyagramı	130
Şekil 3.13. Model 4 Diyagramı	133
Şekil 3.14. Model 5 Diyagramı	136
Şekil 3.15. Model 6 Diyagramı	139

ÖZET

İnsanın en değerli kaynağının sağlık olduğu, ikamesi ve telafisinin olmadığı herkesçe kabul edilen bir gerçektir. Bu sebeple, ülkelerin gelişmişlik ve refah göstergelerinden birisi de sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliğidir. Bu bağlamda; nicel yöntemle (çevrimiçi anket) yapılan bu araştırmada temel amaç; müşteri ilişkileri yönetimi odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisini belirlemede hizmet telafisinin aracı rolü olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu temel amaç ışığında, araştırmada müşteri ve iletişim odaklı bir pazarlama yaklaşımı olan, ilişkisel pazarlama uygulamalarının neler olduğu, çalışanlar ve hastalarca nasıl algılandığı, bu uygulamaların hastaların memnuniyet düzeylerini, kuruma karşı bağlılık derecelerini, ağızdan ağıza pazarlama yoluyla bu deneyimlerini başkaları ile paylaşma tutumlarını doğrudan ne ölçüde etkilediği; ayrıca uygulanan hizmet telafi yöntemlerinin neler olduğu, hizmet hatasıyla karşılaşmış hastalarda, hizmet telafisi uygulamalarının sayılan bu değişkenlerin üzerindeki aracılık etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Türkiye’de sağlık hizmeti almış 1000 kişinin katıldığı anket çalışması ile hasta ve çalışanlarla yapılan mülakattan derlenen, keşifsel ve tanımlayıcı nitelikte olan araştırma verileri istatistiksel analiz programları ile değerlendirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliğin sağlandığı tespit edilmiş, yapısal eşitlik modeli kullanılarak hipotezler test edilmiştir. Uyarın-Yapı-Tepki modeli ile geliştirilmiş, yapısal eşitlik yöntemi ile modeli doğrulanmış araştırma sonucunda; hizmet hatası olarak; en fazla çalışanların saygı, nezaket eksikliği ve ilgisiz olmaları ile ilgili sorunların ortaya konduğu; randevu, tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmelerin bu sorunları takip ettiği tespit edilmiştir. Müşteri ilişkileri yönetimi odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların tatmin düzeylerine ve davranışsal niyetlerine etkisinin yüksek olduğu, hizmet telafisinin de bu etkiye aracı rolü olduğu görülmüştür. Ayrıca elde edilen bulgulara göre; aile hekimliklerinde, özel hastanelerde ve şehir hastanelerinde, ilişkisel pazarlama ile hizmet telafi uygulamalarının eğitim araştırma ve devlet hastanelerine oranla daha etkin yürütüldüğünü söylemek mümkündür. Bir diğer önemli bulgu ise; hizmet hatası ile karşılaşmış ve hizmet telafisi almış hastaların, hizmet telafisi almamış olanlara göre tatmin düzeylerinin ve olumlu davranışsal niyetlerinin çok daha yüksek olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, İlişkisel Pazarlama, Hizmet Telafisi, Davranışsal Niyet

ABSTRACT

It is a reality accepted by everyone that the most valuable resource of human beings is health, and there is no substitute or compensation. For this reason, one of the development and welfare indicators of countries is the efficiency and productivity of health services. In this context; The main purpose of this research, which was conducted with a quantitative method (questionnaire); The aim of this study is to reveal whether service compensation has a mediating role in determining the effect of customer relationship management-oriented relationship marketing practices on behavioral intentions of patients. In the light of this main purpose, in the research, the relationship marketing practices, which is a customer and communication oriented marketing approach, how they are perceived by the employees and patients, the satisfaction levels of these practices, the degree of loyalty to the institution, and their attitudes to share these experiences with others through word of mouth marketing. The extent to which it directly affects; In addition, it was tried to determine the service compensation methods applied, the mediation effect of service compensation applications on these variables in patients who encountered service failure. The exploratory, descriptive and experimental research data compiled from the questionnaire study with the participation of 1000 people who received health care in Turkey and the interviews with the patients and employees were evaluated with statistical analysis programs, validity and reliability were determined, and hypotheses were tested using the structural equation model.

As a result of the research, which was developed with the Stimulus-Structure-Response model and whose model was confirmed with the structural equation method; as a service error; the problems related to the lack of respect, courtesy and indifference of the employees were revealed the most; Delays in appointment, access to treatment or admission have been found to follow these problems. It has been observed that customer relations management oriented relational marketing applications have a high effect on the satisfaction levels and behavioral intentions of patients, and service compensation has a mediating role in this effect. In addition, according to the findings; It is possible to say that relational marketing and service compensation practices are carried out more effectively in family medicine, private hospitals and city hospitals compared to education, research and state hospitals. Another important finding is;

patients who encountered service failure and received service compensation had much higher satisfaction levels and positive behavioral intentions than those who did not receive service compensation.

Keywords: Health, Relationship Marketing, Service Compensation, Behavioral Intent



GİRİŞ

İnsanın en değerli kaynağının sağlık olduğu, ikamesi ve telafisinin olmadığı herkesçe kabul edilen bir gerçektir. Günümüzde hizmet işletmelerinin payı her geçen gün artmaktadır. Sağlık kurumları da hizmet sektörünün en geniş müşteri talebine cevap veren hizmet koludur. Tüm işletmeler gibi sağlık kurumları da varlıklarını devam ettirebilmek için çabalamak zorundadırlar. Bir sağlık kurumu mülkiyeti ister özel, isterse kamu olsun, devamlılığını sağlayabilmek için belirli şartları yerine getirmelidir. Bu şartlar, denetimlerinin devlete ait olduğu tüm sağlık kurumları için öncelikli olarak; toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla tüm kaynakları etkin ve verimli kullanmak, böylelikle hizmeti aksatmadan sürdürmektir. Bu şartı yerine getirebilmek şüphesiz para, insan gücü, ekipman gibi tüm kaynaklara sahip olmakla mümkün olmaktadır.

Sağlık kurumlarına devletçe atfedilen bu zorunluluğun yanı sıra; artan rekabet, teknolojik gelişmeler, pazar yapısının değişmesi, müşteri istek ve beklentilerinin çeşitlenmesi gibi etmenler, sağlık kurumlarının hayatta kalabilmeleri için topluma fayda odaklı çalışmalarını zorunlu hale getirmiştir. Özel hastanelerin sayısının günden güne artması, sağlık hizmetlerinin değişen yapısı, toplumun bilinçlenmesi gibi birçok faktör, müşteri odaklı bakış açısının sadece özel sağlık sektörünün değil kamu sağlık sektöründeki kurumların da önceliği haline gelmiştir. Yani; müşteri odaklılık kaliteli hizmet anlayışının temel taşı olmakla birlikte, temel amacı topluma hizmet etmek olan, sağlık hizmetleri için vazgeçilemez bir öneme sahiptir. Sağlık kurumları da modern pazarlamanın günümüzde en popüler uygulama alanı olan ilişkisel pazarlama faaliyetleri ile müşteri odaklı hale gelebilmektedirler.

Sağlık kurumlarında ilişkisel pazarlama; hasta ve yakınları, çalışanlar, tedarikçiler ve çevre ile güven, memnuniyet, iletişim, empati, işbirliği, fırsatçı olmayan, risk altına sokmayan ve çatışmaya neden olmayan davranışlar temelinde şekillenen; böylelikle mevcut müşteriler arasında sadakat sağlamayı amaçlayan bir yaklaşımdır (Hoşgör 2017: 523).

Sağlık kurumlarında ilişkisel pazarlama uygulamalarına; eğitim seminerleri, yılda iki kez verilen indirimli check-up hizmetleri, yeni bir hekimin göreve başlamasını mesaj yolu ile bildirme, laboratuvar ve tetkik sonuçlarının kişisel e-

postaya gönderilmesi, özellikle kanser gibi hastalıkların tanı ve teşhisinde kullanılan yeni cihazların kişisel olarak bildirilmesi, müşterilerin 7/24 arayabilecekleri telefonda sunulan sağlık danışmanlığı hizmeti, online mobil uygulama, sosyal medyada aktif olma (facebook, twitter, Instagram, linkedin vb.), canlı destek hattı, ‘Sizi dinliyoruz?’ gibi sloganlar yoluyla müşterilerden sürekli geri bildirim alma, seçilen müşteriler ile telefonda memnuniyet anketi uygulaması vb. örnekler verilebilir (Kurşun 2019: 49).

Hasta odaklı sağlık hizmetleri ise hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunan çalışanlar arasında işbirliğine dayalı bir biçimde yürütülen, hastanın değer, ihtiyaç ve önceliklerinin dikkate alınarak sunulan sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyetini ve sunulan hizmetin kalitesini arttırdığı, tıbbi hataları azalttığı görülmektedir (Kumbasar 2016: 85). Bu bağlamda İngilizce açıklaması Customer relations management (CRM) olan, Türkçe alan yazında müşteri ilişkileri yönetimi (MİY) olarak geçen; CRM odaklı ilişkisel pazarlama kavramı sağlık kurumları için büyük öneme sahiptir.

Bununla birlikte; bir sağlık kurumuna başvuran hastanın kendisine sunulan hizmet ya da gerçekte algıladığı hizmet ile ilgili sorunlar yaşaması veya kurumdan kaynaklanan kusurlar olması, anlamına gelmekte olan hizmet hatası ile karşılaşması durumunda; ilgili kurum, zaman kaybetmeden, oluşan hizmet hatalarına karşılık, hastanın memnuniyetsizliğini gidermek ve hastayı kaybetmemek için gerçekleştirilen faaliyetler olarak ifade edilen (Cengiz vd. 2015) hizmet telafisi yaklaşımıyla düzeltme yoluna gittiği takdirde, hasta kurumun kaliteli hizmet sunduğunu düşünmekte ve kuruma karşı güven duygusu da artmaktadır. Bu sayede hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanan (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010: 475) hasta memnuniyetini beraberinde getirmektedir. Bu memnuniyetin sürekliliği ise alan yazında davranışsal niyet olarak yer alan; hastanın gereksinim duyması halinde tekrar aynı sağlık kurumunu tercih etmesi, sağlık kurumuna karşı olumlu tutum geliştirmesi, sağlık kurumunu yakınlarına önerme eğilimleri ile birlikte, hasta taahhüdü, güveni ve tatminin bir sonucu olarak ortaya çıkan hasta-sağlık kurumu ilişkisini güçlendiren bir kavram (Bayın 2013: 26) olarak tanımlanan, hasta bağlılığını oluşturacaktır. Şöyle ki hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta bağlılığı oranı da artmaktadır (Karahan vd. 2017: 278). Tatmin düzeyi artıkça memnuniyet, memnuniyet düzeyi

arttıkça da bağlılık duygusu gelişmektedir. Sağlık kurumuna bağlı olan hasta beraberinde yakın çevresini de ağızdan ağıza iletişim ve tavsiye yoluyla kurumdan hizmet almaya yönlendirecektir.

Davranışsal niyet değişkeni içerisinde yer alan, “Ağızdan Ağıza İletişim-Word of Mouth- (WOM)” binlerce yıllık insanlık tarihinin, en içselleştirilmiş kavramlarından birisidir. Ağızdan ağıza pazarlama iletişimi, kişilerin bir kurum ile ilgili düşüncelerini ve deneyimlerini yakın çevresiyle paylaşmasıdır. Ağızdan ağıza iletişim genellikle yüz yüze gerçekleşmektedir, ancak günümüz teknolojisiyle birlikte telefonla, sosyal medya aracılığıyla, dijital cihazlar üzerinden de sağlanabilmektedir. Bu yolla kurulan iletişim “Elektronik Ağızdan Ağıza İletişim (E-WOM)” olarak adlandırılmaktadır. Tüketicinin karar verme sürecinde elektronik ağızdan ağıza iletişim (E-WOM) kaynaklarının önemli bir rolü bulunması E-WOM’un önemini ortaya koymaktadır (Koçyiğit ve Çakırkaya 2019: 2). Bu iletişim türünün bu kadar etkili olmasının nedeni mesajı verenin mesajı verirken hiçbir ticari kazanç ve kaygı taşımaması ve güvenilir olmasıdır.

Alan yazında sağlık hizmetlerinde kullanılan müşteri kavramı eleştirilmekle birlikte; sağlık kurumlarının müşteri çevresinin sadece hastalardan oluşmadığı, alan yazında iç ve dış müşteri olarak nitelendirilen müşteri kavramının; bir kurumla alışveriş içinde olan herkes olarak tanımlandığı (Odabaşı 2017: 3); bu bağlamda sağlık kurumlarının çok geniş iç (paydaşlar, sağlık çalışanları, idari çalışanlar vd.) ve dış (devlet, toplum, sosyal güvenlik kurumu (SGK), sigorta kurumları, hasta ve hasta yakınlar vd.) müşteri portföyüne sahip olduğu unutulmamalıdır. Fakat bu araştırma konusu ve amacı bakımından sağlık hizmet sunucuları ve sağlık kurumlarından hizmet almakta olan hastalar ile sınırlandırıldığı için çalışmada, müşteri kavramı değil; çalışan ve hasta kavramları kullanılacaktır.

Araştırma kapsamında ilk olarak sağlık kurumlarından bahsedilmiştir, sonrasında sağlık kurumlarında müşteri ilişkileri yönetimi odaklı ilişkisel pazarlama ve devamında sağlık kurumlarında hizmet telafisi kavramı açıklanmıştır. Devamında hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet kavramları açıklanmıştır. Son bölümde ise araştırma verilerine yer verilmiştir. Müşteri ilişkileri yönetimi odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisini belirlemede hizmet telafisinin aracı rolü olup olmadığını ortaya koymak amacı ile yapılan araştırmanın yöntemi, anket nicel yöntemi içermektedir. Bu bağlamda nicel

veriler yapısal model ile test edilmiştir. Araştırma bulgularına göre; müşteri ilişkileri yönetimi odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisini belirlemede hizmet telafisinin aracı rolünün olduğu görülmüştür.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK KURUMLARI VE HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

İnsan hayatının en temel ve önemli unsurlarından birisi olan sağlık kavramı DSÖ tarafından: “Yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 1981). Bu tanımda yer alan tam bir iyilik hali eleştirilmekle birlikte sağlığa bütüncül yaklaşması açısından kabul görmüş bir ifadedir. Bu sağlık tanımı, 1986 yılında hazırlanmış olan Ottawa sözleşmesinde; “bir birey ya da grubun bir yanda arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya; diğer yanda çevresini değiştirmeye ve onunla baş etmeye muktedir olabilmesi” şeklinde genişletilmiştir (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat 2017: 69). Sağlık kavramına bütüncül olarak yaklaşan Blum’un, sağlık kavramına çevresel yaklaşımına göre sağlığı; nüfus, ekolojik denge, kültürel sistemler, ekonomi gibi çevresel faktörler, kalıtım, davranışlar ve en nihayetinde sağlık bakım hizmetleri etkilemektedir (Biçer, İlman 2019: 10).

Bu tanımlar ve Henrick L. Blum’un çevresel yaklaşımı çerçevesinde sağlığın çok yönlü olduğu ve dolayısıyla birçok faktörden de etkilendiği bilinmektedir.

1.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı temel bir insan hakkı olup; 20. yüzyılda yasalarla koruma altına alınmıştır. Gross, sağlık hakkı kavramının; 19. yüzyılda başlayan halk sağlığı hareketi ve 20. yüzyılda açığa çıkan sosyal hakların tanınması şeklinde iki tarihi gelişme sonucunda ortaya çıktığını ifade etmiştir (Gross 1998: 292). Bu temel hakkı insanlara sağlamak ise, hükümetlerin sorumluluğunda olmakla birlikte, yerine getirilmesi için gerçekleştirilen tüm çabalar sağlık hizmetleri kapsamındadır.

Sağlık hizmetleri, yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” şeklinde tanımlanmıştır (SHYHY, Madde 4).

Tengilimoğlu vd. ise sağlık hizmetleri için; “sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunun önüne geçmek, hastalıkları imkanların elverdiği en erken zamanda teşhis ederek hastaları tedavi etmek, olası sakatlıkların önüne geçmek, sakatlanmış olanlara tıbbi ve sosyal sağlık hizmeti sağlamak ve insanların nitelikli, huzurlu ve uzun bir yaşam sürmelerini sağlamak için sunulan hizmetlerin tamamıdır” (2017: 72) şeklinde daha kapsamlı bir tanım yapmıştır.

Sağlık kurumları ise, sağlık hizmetlerini sunmak için; kişilerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların tanı ve tedavisinin yapılması, aynı zamanda tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi amacıyla kurulan ve yönetilen; kamuya, tüzel ve özel kişilere ait olarak hizmet veren yerler olarak tanımlanabilir (Biçer 2020: 14).

Sağlık kurumlarının en geniş halkasını hastaneler oluşturmakla birlikte; aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve buna benzer birçok farklı şekilde hizmet üretmek için faaliyet göstermektedirler. Hastaneler, sağlık hizmetleri sisteminin en önemli ögesidir ve tarihin en eski kurumları arasında yer almaktadır. Hastanelerde tedavi hizmetinin verilmesinin yanı sıra; eğitim, araştırma ve tüm sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Ağırbaş, 2016: 16). Sağlık kurumlarının türü ve özelliklerine göre verdikleri sağlık hizmetleri de farklılık göstermektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasının ayrıntılı olarak incelenmesi önem arz etmektedir.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin ve sağlık kurumlarının tanımında yer alan; koruma, tedavi etme, rehabilite etme ve sağlığı geliştirme işlevleri aynı zamanda sağlık hizmetleri sınıflandırmasında da yer almaktadır. Bu bağlamda; sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan sağlık kurumları Şekil 1.1’de gösterildiği üzere dört temel sınıfa ayrılmıştır.



BÜTÜNCÜL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURUMLAR(Sağlık Yönetimi Sistemi)
(Sağlığın Korunması Organizasyonları, Anlaşılabilir Kurumlar, Hekim Hastane Organizasyonları)

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

Kaynak (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 35)

1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde birey ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir (Ateş 2012: 6). Koruyucu sağlık hizmetlerinde temel amaç, kısa ve uzun vadede birey ve toplumun karşılaşabileceği, hastalığa neden olan etkenlerin riskini en aza indirmek ve böylece sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak hayat standardını geliştirebilmektir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı olma ve sağlığı korumanın öncelikli olarak kişinin sorumluluğunda olduğunu aşılama çalışmalarıdır. Hekim, hemşire, ebe gibi sağlık çalışanlarının sunduğu bu hizmetler; kişiye yönelik olarak yapılan ilaçla ve serumla koruma, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, hastalıklara erken tanı konulması ve tedavi edilmesi, yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme

alışkanlığı kazandırılması, aile planlaması, sağlık eğitiminin verilmesi konularını kapsamaktadır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamında ise biyolojik, fiziksel ve sosyal çevredeki olumsuz koşullar sonucunda ortaya çıkan sağlık sorunlarını engellemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler yer almaktadır. Bu bağlamda; atıkların denetimi, temiz su kaynaklarının temin edilmesi ve denetlenmesi, zararlı canlılarla mücadele, besinlerin sanitasyonu, iş sağlığı ve güvenliği, hava kirliliğinin denetimi gibi konular çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Sözü edilen bu sağlık hizmetleri, ilgili alanda uzmanlaşmış mühendisler, biyologlar, çevre sağlığı teknisyenleri gibi meslek mensuplarınca sağlanmaktadır (Ertürk Atabey 2018: 12).

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları şu şekilde sıralanabilir:

- Aile Sağlığı Merkezleri
- Toplum Sağlığı Merkezleri
- Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri
- Aile Hekimlikleri
- Çevre Sağlık Birimleri
- Halk Sağlığı Laboratuvarları
- Gezici Sağlık Birimleri
- Evde Bakım Hizmetleri (Koruyucu Bakım)
- İş Sağlığı Hizmetleri

Bu sağlık kurumları il bazında Halk Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak hizmet sunmakta olup, tüm vatandaşların ücretsiz olarak faydalanabileceği şekilde yürütülmektedir.

1.2.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst seviyesidir. Hastalık, yaralanma, kaza gibi durumlara maruz kalan bireylerin tanısı, tedavisi, bedensel rahatsızlıkların azaltılması, gerekli durumlarda ameliyatların yapılması, ölümlerin önlenmesi aynı zamanda doğum işlemlerinin gerçekleştirilmesi

için uzman hekim sorumluluğunda tüm sağlık çalışanlarının ekip olarak çalışması ve uygun teknolojiler kullanılarak sunulan sağlık hizmetleridir (Ateş 2012: 12).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayaktan (günübirlik) ve yataklı tedavi olmak üzere iki farklı şekilde değerlendirilmektedir. Ayaktan tedavi hizmetleri günübirlik olarak bireylerin sağlık hizmeti aldığı poliklinik, evde bakım, acil servis, revir, diyaliz gibi hizmetleri; yataklı tedavi hizmetleri ise bireylerin hastane servislerinde en az bir gece kalmaları ile verilen hizmetleri kapsamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları şu şekilde sıralanabilir:

- Özel Muayenehaneler
- 112 Acil Sağlık Merkezleri
- Ayaktan Cerrahi Hizmetleri
- Evde Bakım Hizmetleri (Tedaviye yönelik)
- Diyaliz Merkezleri
- Hemşirelik Bakım Merkezleri
- Terminal Dönem Bakım Merkezleri
- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri
- İlaç ve Tıbbî Malzemeye Erişim Hizmetleri
- Hastaneler

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin en önemli halkasını; hastaneler oluşturmaktadır; çünkü hastaneler, birçok farklı sağlık hizmetini aynı anda bünyesinde bulundurmaktadır ve sağlık kurumları içerisinde en fazla yoğunluğa sahip olan kurumlardır. Hastanelerde sağlık hizmetlerinin sunulmasının yanı sıra; eğitim ve araştırma hizmetleri de verilmektedir (Ağırbaş 2016: 16). Literatürde hastanelerin farklı fonksiyonlarını içeren birçok tanım vardır.

Bu noktada kapsamlı bir tanım yapmak gerekirse, hastaneler; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilen sağlık hizmetlerini aldıkları, tüm bu işlevleri ile insanların sağlık ihtiyaçlarını gideren sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu; aynı zamanda eğitim, araştırma, otelcilik ve lokantacılık faaliyetlerinin yürütüldüğü kuruluşlardır.

Hastaneler amaçları ve işleyişlerine göre farklı şekilde sınıflandırılmaktadırlar (Beyatlı 2017: 30-32). Hastanelerin sınıflandırılması Şekil 1.2’de verilmiştir.

Mülkiyetine Göre Hastaneler	• Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastaneler • Eğitim ve Araştırma (Üniversite) Hastaneleri • Özel Hastaneler • Şehir Hastaneleri
Büyükliklerine Göre Hastaneler	• 50-100 Yataklı Küçük Hastaneler • 100-400 Yataklı Orta Ölçekli Hastaneler • 400 ve Üstü Yataklı Büyük Ölçekli Hastaneler
Hastaların Yatış Süresine Göre Hastaneler	• Akut Bakım Hastaneleri • Kronik Bakım Hastaneleri
Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler	• Eğitim ve Araştırma Hastaneleri • Eğitim Vermeyen Hastaneler
Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler	• Akredite Edilen Hastaneler • Akredite Edilmeyen Hastaneler
Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler	• Genel Hastaneler • Özel Dal Hastaneleri

Şekil 1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastanelerin, bu sınıflandırma çerçevesinde, hizmet verdiği hasta grubu, tedavi yöntemleri, kullanılan teknoloji, çalışma prensipleri farklılık göstermektedir.

1.2.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaza veya hastalık sonucunda kişilerin kaybettiği zihinsel ve fiziksel becerilerinin yeniden kazandırılmasını sağlamak, başkalarına bağımlı kalmadan yaşamlarını sürdürebilmek için yapılan hizmetlerdir (Hayran 1997: 18).

Rehabilitasyon hizmetleri yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulmakta olup, bu hizmetler; tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Sözen, Özdevecioğlu 2002: 4):

Tıbbi Rehabilitasyon hizmetleri, hastane ve rehabilitasyon merkezlerinde sağlık çalışanları tarafından, fiziksel bozukluk ve sakatlıkların mümkün olduğunca iyileştirilmesi için yürütülen hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon hizmetleri ise; sosyal hizmet uzmanları tarafından sakatlanan veya çalışma gücünü kaybeden bireylerin eski üretkenliğine kavuşması için iş bulunması, işe uyum sağlanması, gündelik hayatının kolaylaştırılması için sunulan hizmetlerdir.

1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramını ilk defa 1945 yılında önemli tıp tarihçilerinden birisi olan Henry E. Sigerist kullanmış olup, eğitim, iyi çalışma koşulları, dinlenme ve eğlenme anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu sağlıklı bir yaşam standardı sağlanması ile sağlığın geliştirilebileceğini ileri sürmüştür (Terris 1992: 265). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge kapsamında sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; " Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, halkın sağlık eğitimi, toplum kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesi çalışmalarını da kapsayan, toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hızlandırıcı hizmetlerdir. " şeklinde ifade edilmiştir (SHYHY, Madde 4).

Günümüzde karşılaşılan birçok sağlık sorununun bireylerin; dengesiz beslenme, hareketsizlik, uykusuzluk gibi düzensiz yaşam tarzları, alkol sigara gibi kötü alışkanlıkları vb. sebeplerden kaynaklandığı düşünülmekte olup; temel sorumluluk bireyde olmasına karşın, bireylere yönelik bilinçlendirme ve farkındalık faaliyetleriyle önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini sunan sağlık kurumları şöyle sıralanabilir (Ağırbaş 2016: 31):

- Sağlık Eğitim Merkezi
- Toplum Sağlığı Merkezi
- Ana Çocuk Sağlığı Merkezi
- Spor Tesisleri
- Fitness Kulüpleri

Sağlık hizmetlerinin, alan yazında genel kabul görmüş bu sınıflandırmasının yanı sıra sunulan hizmetlerin kapsamı bakımından; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde düzeylerinin olduğu da bilinmektedir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 40)

Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık sisteminin giriş kapısı niteliğinde olup, topluma ve bireye yönelik koruyucu, tanı koyucu ve ayaktan tedavi edici hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetleri sunan sağlık kurumları ise; aile hekimlikleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, eczaneler, revirler, halk sağlığı laboratuvarları, 112 acil sağlık hizmetleri olarak sıralanabilir. Birinci basamak sağlık kurumları; hastanın acil müdahale gerektiren durumlar haricinde ilk temasa geçtiği, sağlık çalışanlarının bulunduğu, kişi ile uzun süreli geçmişe dayanan, sürekli

bakımın sağlandığı kurumlardır (Ateş 2013: 2). Birinci basamak sağlık kurumlarının hizmet kapsamı dar, ulaşılabilirliği kolay ve hizmet maliyetleri düşüktür.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman hekim ve sağlık çalışanlarının yer aldığı farklı büyüklük ve yapıdaki hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı hizmetleri içermektedir. Birinci basamakta tedavisi sağlanamayan kişilerin, tedavi süreci ikinci basamak sağlık kurumlarında ayaktan veya yatırılarak yerine getirilmekte olup, sağlık bakanlığı hastaneleri, özel hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), diyaliz merkezleri bu kurumlar içerisinde yer almaktadır. İkinci basamak sağlık kurumlarının hizmet kapsamı birinci basamağa göre daha geniş, ulaşılabilirliği ve hizmet maliyetleri ise orta düzeydedir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde de tedavi amacı ön planda olmakla beraber, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavisi mümkün olmayan, yoğun bilgi ve yüksek teknoloji gerektiren karmaşık vakalara yönelik hizmetler sunulmaktadır. Bu bağlamda; bölge hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinin verdiği hizmetler üçüncü basamak sağlık hizmetidir. Yani; özel dal hastaneleri, gerek kamu gerekse özel eğitim ve araştırma hastaneleri, şehir hastaneleri üçüncü basamak sağlık kurumlarına örnek olarak verilebilir. Üçüncü basamak sağlık kurumlarının hizmet kapsamı geniş, ulaşılabilirliği diğer basamaklara oranla daha zor ve hizmet maliyetleri ise oldukça yüksektir (Ateş 2016: 11; Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 41).

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK KURUMLARINDA İLİŞKİSEL PAZARLAMA VE HİZMET TELAFİSİ

Pazarlama disiplini temel olarak “pazarlama kavramı” olarak adlandırılan felsefe üzerine kuruludur. Eğer doğru şekilde uygulanırsa pazarlama, kurum çapında, müşteri ihtiyaçlarını anlamayı isteyen ve bu ihtiyaçları karşılamak için ürün veya hizmet tekliflerini uyarlama çabalarını önceleyen müşteri odaklı bir yaklaşım olanağı sağlamaktadır. Ne yazık ki, birçok kurum günlük faaliyetlerinde pazarlama kavramının gerekliliklerini doğru bir şekilde uygulayamamaktadır (Stock 2017: 1).

Pazarlama söz konusu olduğunda, birçok hizmet işletmesi çabalarının çoğunu ve kaynaklarını yeni müşteriler çekmek için kullanmakta iken, var olan müşterileri koruma çabaları asgari düzeydedir. Berry (2002) bu pazarlama görüşünü-ki kendisi, kurumların var olan değerleri koruyarak da fayda sağlayabileceğini düşündüğü için- kısıtlayıcı ve savurgan olarak değerlendirmektedir. Bu bağlamda günümüz koşullarında geleneksel pazarlama anlayışı yetersiz kalmakta ve iş dünyası yeni pazarlama anlayışlarına ihtiyaç duymaktadır. Geleneksel pazarlamada, örgütler tarafından formüle edilen tutundurma stratejilerinin büyük bir bölümü kullanılıyor olsa da ilişkisel pazarlama gibi yeni paradigmlar hem pazar hem de müşteri payını istikrarlı bir şekilde artırmaktadır.

Bununla beraber pazarlama yaklaşımlarını benimseyen ve önemseyen işletmelerin, faaliyet alanlarının genel olarak özel sektör olduğu anlayışı geçerliliğini yitirmekle beraber, günümüzde kamu sektörü de pazarlama faaliyetlerinin gerekliliğini hissetmektedir. Şöyle ki son yıllarda, kamu hizmetleri hem hesap verebilirlikleri ve şeffaf yürütülmeleri hem de kullanıcı ihtiyaçlarına yanıt verme kabiliyetleri açısından artan bir baskıya maruz kalmaktadır. Hizmet kullanıcısının ihtiyaçlarına yanıt verebilmek için öncelikle ihtiyaçların doğru bir şekilde anlaşılması gerekmektedir, bu ise etkin ve sürekli bir iletişim ile mümkün olmaktadır. İlişkiyi sürdürmek için ise; iyi ve kaliteli bir hizmet sunumu gerekmektedir. Burada iletişimi başlatan ve sürdüren hizmet çalışanları olmakla birlikte kullanıcı odaklı bir hizmet sunumu için iletişimin anlamlı ve kalıcı bir ilişkiye dönüşmesi de çalışanlar sayesinde gerçekleşecektir. George ve Berry (1981) müşterileri elde tutmanın etkili bir yolu olarak hizmet sunucularının performansını iyileştirmeyi vurgulamışlardır.

2.1. İlişkisel Pazarlama Gelişimi ve Tanımı

Pazarlama doğası odağında “insan” olan, statik olmayan uygulamalı bir disiplindir. Sanat ve bilimin farklı bir karışımı olan pazarlama stratejisi, diğer insanların (müşteriler, hissedarlar, iş ortakları, çalışanlar) ve kuruluşun kendisinin ihtiyaç ve isteklerini karşılamak için olağanüstü değer sunmanın yollarını bulmakla ilgilidir. Bu bağlamda, bir kuruluşun pazarlama stratejisi özünde psikoloji temeline dayanmaktadır. Kar amacı güden ve gütmeyen tüm kuruluşlar, etkin bir şekilde çalışmak için etkili planlama ve derin bir pazarlama stratejisine ihtiyaç duymaktadır. Zira bu çabalar olmadan kurumlar müşterileri veya diğer paydaşlarının ihtiyaçlarını tatmin etme yeteneğine sahip olmayacağı aşikardır (Ferrell, Hartline 2012: 14). Günümüzde etkileşimin ve rakabetin artması ile birlikte pazarlama faaliyetlerinin etkinliğinin iletişim ile mümkün olduğu açıktır. Bu durum ise ilişkisel pazarlama kavramının açığa çıkmasına ve gelişmesine sebep olmuştur.

Pazarlama literatüründe yeni bir paradigma olan ilişki pazarlamasını ilk defa Berry 1983 yılında American Marketing Association Services Marketing konferansında ifade etmiştir (Berry 2002: 59). İlişkisel pazarlama müşteriler ve diğer paydaş gruplarıyla ilişkilerin kurulması, geliştirilmesi ve sürdürülmesine vurgu yapmaktadırlar (Grönroos 2004: 100). Bu nedenle, ilişkisel pazarlama, geleneksel işlemsel pazarlama paradigmasından daha geniş bir odağa sahiptir ve yalnızca alıcılar ve tedarikçiler arasındaki ilişkilerle değil, aynı zamanda bir tedarikçinin kendi tedarikçileri ile olan ilişkisini ve dahili müşteriler olarak çalışanlarla olan ilişkilerini de ilgilendirmektedir. İlişki pazarlaması, temel kavramın ürün alışverişi olduğu işlemsel pazarlamanın aksine, etkileşim süreçlerinin yönetimini ifade etmektedir (Wright, Taylor 2005: 205).

İlişkisel pazarlama faaliyetlerini diğer pazarlama faaliyetlerinden farklı kılan üç temel paradigma; aralarında ilişkinin gerçekleştiği hizmet sunucusu ve alıcısının etkileşiminin devam etmesini sağlayan süreklilik, işletmenin müşterilerin kişisel ihtiyaçlarını temel alarak geliştirdiği pazarlama karması elemanları ile müşteriyi daha iyi tanıması ve ihtiyaçlarına cevap vermesi sayesinde daha güçlü değer kazanmasını sağlayan bireysellik ve kişilik kazandırmasıdır (Taşkın vd. 2014: 122).

İlişkisel pazarlama, müşteriler ile karşılıklı yarar için işbirliği merkezli bir etkileşim oluşturmak üzere kişilerarası ilişkiler geliştirmeyi amaçlamaktadır. Yüz yüze

etkileşimi hedef alan bu pazarlama yaklaşımında temel amaç, karşılıklı yarar sağlayarak mevcut müşterileri elde tutmaktır (Farha vd. 2019: 773).

Bilindiği gibi modern pazarlamanın hedefinde, memnun ve kuruma bağlı müşteriler kazanmak vardır. İlişki pazarlamasının da ilk şartı, yaşam boyu mutlu, memnun ve sadık müşteri kazanmaktır (Öncü, 2019: 28). Bir başka ifadeyle ilişkisel pazarlama, birbirine bağlı iş gereksinimlerinden kaynaklanan ilişkileri geliştirerek ve sürdürerek müşteri sadakatini korumaya dayanmaktadır. Hem ara tüketici hem de nihai tüketici için geçerli olmakla birlikte, müşteri memnuniyetinin bir öncelik haline geldiği ve hem üreticinin hem de satıcının varlığını koşullandıran, kalite ve üstün hizmete vurgu yapan optik bir değişiklikten oluşmaktadır. Kuruluşun amacı, finansal performansı optimize etmek için, farklı müşteri segmentlerini, dağıtım kanallarının uygun şekilde geliştirilmesini ve ara maliyetlerin düşürülmesini hedeflemektir. Temel olarak, ilişkisel pazarlama, müşterilerin gerçek ekonomik, duygusal ve ahlaki taleplerini bilmek ve bunları karlılık açısından tatmin etmeye çalışmak anlamına gelmektedir. İlişki pazarlamasında başarının anahtarı ise müşterinin psikolojik duyarlılığıdır. Doğrudan pazarlama ürün özelliklerine ve faydalarına odaklanırken, ilişkisel pazarlama, müşteri tarafından kazanılacak duygusal ödüllere odaklanmaktadır. Müşterinin ihtiyaçlarının doğru belirlenmesinin yanı sıra, belirli müşteri profillerine uyarlanabilecek ürün ve hizmetlerle ilişkili olabilecek durumların anlaşılmasını ifade etmektedir. İlişkisel pazarlama da önemli olan diğer bir unsur da tüketicinin elde tutulması ve öncesinde de nasıl elde edilebileceğidir. Yani ilişkisel pazarlama, tüketicileri çekmek ve elde tutmak temelinde, sadakati ve müşterilerle olan ilişkiyi güçlendirmeyi amaçlayan stratejilerden oluşan bir pazarlama modeli barındırmaktadır (Doina vd. 2018: 353). İlişkisel pazarlama temelde dört ilişki grubunu ifade etmektedir (Gummesson 2002: 39).

- ✓ Kuruluş ve müşterileri arasındaki ilişkiler (dış pazarlama),
- ✓ Kuruluşun çalışanları ve müşterileri arasındaki ilişkiler (etkileşimli pazarlama),
- ✓ Kuruluş ve çalışanları arasındaki ilişkiler (iç pazarlama),
- ✓ Kuruluş ve kendi tedarikçi ağı arasındaki ilişkiler.

Gray ve Hooley ifade ettiği şekliyle, bir ilişki pazarlaması yönelimi geliştirmenin temel taşı, çalışanların kurumun elde etmeye çalıştığı arzu edilen kültürü benimsemesini ve dile getirmesini sağlamaktır (2002: 983). Bu ise pazardaki

gelişmelere duyarlı olmalarının kritik olduğunu çalışanlara sürekli hatırlatarak, üst düzey yöneticilerin pazar yönelimine verdikleri önem derecesinin artmasıyla kolaylaşacaktır.

2.1.1. İlişkisel Pazarlamada Başarı Kriterleri

Müşteri sadakati, ilişkisel pazarlamanın temel bir ögesidir. Son yıllarda, müşteriler yalnızca kuruluş dışındaki alıcılar olarak değil, işletmenin "uzun vadeli" varlıkları olarak da görülmektedirler. Kurumlar, sadık müşterilere sahip olmanın yeni müşterileri çekmekten çok daha basit ve daha düşük maliyetli olduğunu fark etmiş, bu nedenle uzun vadeli ilişkiler kurmaya ve hangi müşterilerin katma değerli olduğunu keşfetmeye odaklanmışlardır. Bir kuruluşun müşteri portföyünde tüm müşterileri sürekli olarak tutması mümkün değildir. Keza tüm müşterilerini portföyde tutması karlı da değildir. Tedarikçi kuruluşun, belirli müşterilerin kâr değil zarar verdiğini tespit ettiği durumlar veya kârsız bir müşteriyle ilişkisini sürdürmenin, sağlayıcının stratejik hedeflerine ulaşılmasına engel olduğu durumlar söz konusu olabilmektedir. Bu koşullar altında, belirli müşteriler için özel stratejilere başvurarak vazgeçmek tercih edilmektedir. Aşağıdaki tablo, müşterilerin işletme için cazibesi ve elde tutulmasıyla temsil edilen bu iki işlemi gerçekleştirmek için gerekli yöntemler içermektedir (Doina vd. 2018: 354).

Tablo 2.1. İlişkisel Pazarlamada Müşteri Çekme ve Elde Tutma Stratejileri

Müşterilerin ilgisini çekmek	Müşteriyi elde tutmak
Kuruluşun pazardaki görünürlüğü ve faaliyetlerinin başlaması	Artan fiyatlar
Pazar payını önemli ölçüde artırmak veya pazar kapsamını artırmak için saldırgan stratejilerle hedeflere ulaşmak	Yeni fiyat seviyelerinin oluşturulmasına izin veren temel parçalarda tedarikin sağlanması
Belirli bir pazar segmenti için talepteki artış eğiliminin sunduğu fırsatlardan yararlanmak	Kârlı olmayan müşterilere ürünün çekiciliğini azaltmak için ürünü yeniden tasarlamak
Müşterinin şu anda kaybetmekte olan bir kuruluşun portföyünde değişen pozisyonları	Kitle içerisindeki kâr getirisi düşük müşterilerine yönelik pazarlama kampanyalarından kaçınmak
Çok sayıda müşteri kaybından sonra kuruluşun kurtarılması	Satış temsilcileri veya satış danışmanları yerine telefon veya internet iletişim kanallarının kullanılması.
Yeni büyük müşterilerin belirlenmesi, mevcut portföy müşterileriyle ilişkilendirilenden daha uzun bir tedarikçi ilişkisi üzerinden güncel bir kâr getirisi elde edilmesi.	Kârlı olmayan müşterilerin talep ve şikayetlerine hizmet etmemek ve bunları karşılamak için ayrılan insan, zaman, malzeme ve mali kaynakların azaltılması.

Bir kurum, müşteri beklentilerini karşılayarak ve onlarla uzun vadeli bir ilişki kurarak, onları sadık müşterilere dönüştürebilmekte ve tüketicilerden geri bildirim olarak alınan taleplere göre ürünlerini ve hizmetlerini geliştirebilmektedir (Şengün 2016: 105).

Müşterilerle etkileşim, bir kurumun ayakta kalabilmesi için önemli bir faktördür; çünkü müşteriler takdir ve saygı duyma istekliliğindedir. Müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak için kurumların bunları tanımlamaları ve anlamaları gerekmektedir.

Ürünler veya hizmetler kurumun imajıdır ve müşterilerin kalitelerini nasıl algıladıklarına bağlı olarak ürün / hizmet tedarikçileri arasında fark yaratmaktadırlar. Ürün ve hizmet kalitesi, tüketicinin deneyimini belirlemekte, bu da kurumun gelirini etkilemektedir. Dolayısıyla, bir kurumun sunduğu ürün ve hizmetler ana gelir kaynağıdır. Müşterileri, kurumu her ziyaret ettiklerinde istedikleri ürünlerle tanıştırmak - ayrıca yararlı ve hedefli öneriler ve promosyonlar sunmak - sadakati teşvik etmekte ve onlara kişiselleştirilmiş bir deneyim sağlamaktadır. (Sarı, Kulualp 2019: 50).

2.1.2. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlama ve Önemi

Thomas'a göre “sağlık hizmeti pazarlaması, sağlık bakım ürünlerinin geliştirilmesi, paketlenmesi, fiyatlandırılması, dağıtımı ve bu ürünleri tanıtmak için kullanılan herhangi bir mekanizma ile ilgili her türlü faaliyeti içermektedir” (2008: 1).

Diğer sektörlere kıyasla sağlık hizmetlerinde pazarlama nispeten yenidir. Bu durumun üç ana nedeni aşağıda listelenmiştir (Stock 2017: 8).

Birincisi, yıllar içinde hastaların tutumunun değiştiği gerçeğidir. Hastalar geçmişte bir hekime danıştıklarında seçeneklerini karşılaştırmayı gerçekten düşünmemiş olsalar da, artık sahip oldukları geniş imkanların ve alternatiflerin farkındadırlar. Bu yeni durum, internetteki bilgi zenginliği tarafından teşvik edilmektedir (Berlet vd. 2014: 432). İnternet ortamındaki ve sosyal medya mecralarında takip edilme ve içerik değerlendirme imkanı sayesinde hastalar, çevrede en çok hangi sağlık kurumunun tavsiye edildiğini tek bir tıklama ile öğrenebilmektedir. Bu nedenle günümüzde kurumların rakiplerinden farklı ve üstün yönlerini vurgulamak için tıbbi uygulamalarında sundukları hizmetleri güncel pazarlama yaklaşımları ile ifade etmeleri gerekmektedir.

İkincisi, uzun yıllar bu profesyonel alanda pazarlama faaliyetleri uygun görülmediği için sağlık kurumları etik çatışmalarla karşı karşıya kalmıştır. Çoğu insan, sağlık hizmetinin sosyal bir fayda olduğu ve para kazanma aracı olmadığı görüşünü paylaşmıştır (Holden, Cox 2013: 17).

Üçüncüsü ise; sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetlerinin uzun bir süre yasak olmasıdır. 1847'de American Medical Association (AMA), sağlık hizmetleri alanında herhangi bir pazarlama faaliyetini yasaklayan tıbbi etik kodunu yayınlamıştır (American Medical Association 1847: 98.) Bu nedenle, sağlık hizmetleri pazarlaması 1970'lere kadar yasaklanmıştır.

Günümüzde, sağlık hizmetleri endüstrisinde yasa koyucular tarafından geniş bir pazarlama kabulü vardır (Kock 2013: 26). Bununla birlikte, geçmiş yıllarda tanınırlık artmış olsa da, çoğu sağlık kurumu, pazarlamanın iş ve işlem pratiği için önemini hala tam olarak anlamamaktadır (Stock 2017: 8).

Herhangi bir hizmet firmasının günümüzün son derece rekabetçi ortamında etkin bir şekilde rekabet edebilmesi için çekirdek hizmetin yüksek kalitede sağlanması, temel bir koşuldur. Kalite değerli müşteri ilişkilerini sürdürmek için gerekli, ancak yeterli değildir (Patterson, Smith 2001: 426). Bu nedenle günümüzde rekabet üstünlüğü için müşteri bağlılığı sağlayacak ve günün gereklerine uygun her ortamda desteklenen ilişkisel pazarlama stratejilerinin benimsenmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Son on yılda, ilişkisel pazarlama, kar amacı gütmeyen sağlık kurumlarındaki pazarlama faaliyetleri üzerinde de büyük bir etkiye sahiptir. Morgan ve Hunt sağlık hizmetlerinde ilişkisel pazarlamayı "başarılı ilişki alışverişleri kurmaya, geliştirmeye ve sürdürmeye yönelik tüm pazarlama faaliyetleri " (1994: 21) olarak tanımlamışlardır.

Yüksek kaliteli hizmetlere yönelik artan talep ve artan pazar rekabeti ile birçok sağlık kurumu, müşterilerle uzun vadeli ilişkiler kurma fırsatları aramaktadır. İlişkisel pazarlama faaliyetleri hasta ile hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında sağlıklı ve etkili bir ilişki kurulması fayda sağlamak ve bu da hasta sadakati oluşturmak için uygun zemini hazırlamaktadır. Böylece, sağlık hizmeti sunan birçok kurum, müşterilere fayda sağlamak amacıyla ilişkisel pazarlama faaliyetlerini uygulamaya başlamıştır. Müşteri ilişkileri yönetimi temelli ilişkisel pazarlama müşterilerin temel hizmet performansının üstünde ve ötesinde uzun vadeli ilişkilerden elde ettiği faydalar

olarak tanımlanmaktadır. Müşteriler bunu uzun vadeli bir ilişkinin parçası olarak algıarlarsa, bu daha sonra kuruluşa yönelik güven ve süreçlere katılımı kolaylaştıracaktır (Kurşun 2019: 48). Dolayısıyla bu tutumlar, müşteri sadakat davranışı üzerindeki olumlu etkiye daha fazla yansıyacaktır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar uzun vadede elde ettikleri faydaları maksimize etmek için öncelikle müşteriler ile güçlü bir ilişki kurmalıdırlar (Weng vd. 2010: 313).

Başarılı sağlık kurumlarının uyguladığı üç ana ilişkiyel pazarlama stratejisi vardır. Bunlar sırası ile; yeni hastaları çekmek, hastayı elde tutmak ve hasta bağlılığı sağlamaktır (Mehedințu 2019: 17).

Günümüzün rekabetçi ortamında, sağlık kurumları, hastaları çekmek ve elde tutmak için hizmetlerinin yaratacağı doyum ve faydayı doğru enstürümanları kullanarak hedef pazara iletmek zorundadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde pazarlama, diğer tüm işletmeler kadar önemli hale gelmiştir. Alan yazın incelendiğinde; sağlık hizmetleri alanında, ilişkiyel pazarlama faaliyetleri gösteren hastanelerin performans düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür (Weng vd. 2010: 313). Fakat halen sağlık kurumlarında pazarlama faaliyetleri ile ilgili bir takım belirsizlikler ve kısıtlılıklar söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetlerinin hizmet sunucularınca kabul edilmesi, benimsenmesi ve etkinliğinin artırabilmesi için sağlık kurumlarına sağladığı faydalar ve başarılı olma kriterlerinin net olarak ortaya konulması gerekmektedir. Bu bağlamda ilişkiyel pazarlamanın sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma konusunda üstlendiği rolleri belirtmekte fayda vardır.

Sağlık hizmetlerinin performans göstergelerinden biri, klinisyenin hastaya danışmadan, bölümün ne zaman biteceğini belirlediği tamamlanmış hasta epikriz (çıkış özeti raporu)dir. Epikriz önemli bir performans göstergesi olsa da, klinik sonuçları veya kullanıcı memnuniyetini ölçememektedirler. Bu durum, hizmet sunumuna erişimi hizmet kullanıcıları için önemli bir sorun haline getirmektedir. Bu bağlamda; sağlık hizmetleri, müşterilerle ilişkiler kurmanın öneminin ve hizmet sunumunun soyut boyutlarına odaklanma ihtiyacının bilincinde, hizmet odaklı ve müşteri odaklı çalışanlara ihtiyaç duymaktadır. Dolayısıyla ilişki pazarlamasının rollerinden biri, klinisyenler, yöneticiler ve yöneticilerde gerekli zihniyet ve davranışları teşvik etmektir. Aynı zamanda hizmet sağlayıcıların içe dönük işlemsel

yönelimini dışa dönük ilişki temelli müşteri yönelimine dönüştürmeye katkı sağlamaktadır.

İlişkisel pazarlamanın ikinci rolü, sağlık çalışanları ve müşterileri arasındaki ilişkilerle ilgilidir. Müşteri odaklılık kavramı sağlık hizmetleri için kimi zaman belirsiz olabilmektedir; ancak müşteri hizmetlerine daha fazla vurgu yapmak, müşterilerin görüşlerini, isteklerini, endişelerini ve hissedilen ihtiyaçlarını tanımak olarak tanımlanırsa, müşteri odaklılık büyük ölçüde geçerliliğini korumaktadır (O'Malley, Prothero 2004: 2).

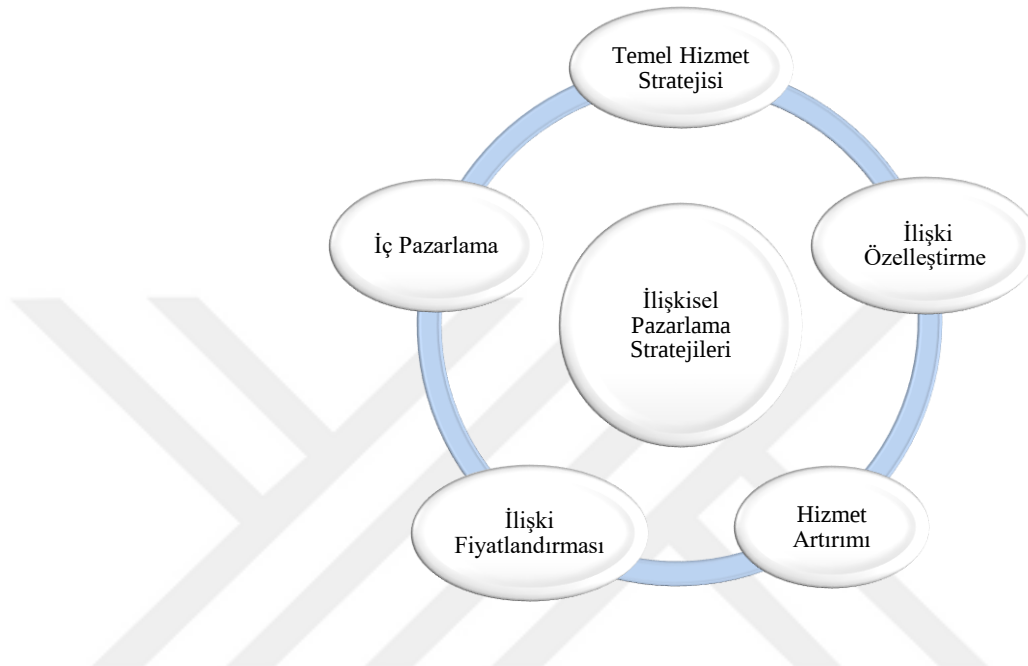
İlişkisel pazarlamanın bir diğer katkısı, sağlık bakım ortaklıklarının geliştirilmesi ve yönetimi ile ilgilidir. Sağlık hizmetleri alıcıları ve sağlayıcıları arasındaki ortaklık düzenlemeleri, sağlık hizmeti değer zincirindeki kuruluşlar arası engelleri yıkmayı ve her hastaya birleşik bir hizmet anlamında entegre sağlık hizmeti sağlamayı amaçlamaktadır. Ortaklık çalışması, hastaların çeşitli hizmet sağlayıcılar tarafından bütüncül bir şekilde tedavi edildiği ve bir kurumdan diğerine gitmek zorunda kalmadığı, hala işlevsel ve klinik çıkarlar etrafında bölümlere ayrılmış ve gizli, değişime inatla direnen kendini korumacı ve paternalist kültürü yansıtmaktadır. Bu güç dengesini ön saflardaki çalışana ve hastalara kaydırarak, kamu sağlık hizmeti sunumunu ademi merkezileştirmek ve demokratikleştirmek için önemli bir stratejidir (Wright, Taylor 2005: 210).

İlişkisel pazarlamanın bu rolleri bağlamında sağlık kurumlarına sağladığı faydalar şu şekilde özetlenebilir (Weng vd. 2010: 315):

- ✓ Performans bilgilerine daha fazla erişim sağlamak,
- ✓ Hastaların tedavileri hakkında daha bilinçli seçimler yapmalarını sağlamak,
- ✓ Hastaları hizmet planlama ve sunma sürecine dahil etmek,
- ✓ Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak,
- ✓ Geleneksel pazarlama maliyetleri azalmak,
- ✓ Ağızdan ağıza iletişim sayesinde bedava reklam fırsatı sağlamak,
- ✓ Çalışanların artan memnuniyeti ile personel devir hızının azalmasını sağlamak.

2.1.3. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlama Stratejileri

Bir ilişkisel pazarlama planının geliştirilmesinde dikkate alınması gereken bir dizi olası ilişkisel pazarlama stratejisi vardır. Berry genel olarak beş temel ilişkisel pazarlama stratejisinden bahsetmektedir (2002: 63-68). Bu stratejiler Şekil 2.1’de gösterilmiş ve devamında açıklanmıştır.



Şekil 2.1. İlişkisel Pazarlama Stratejileri

Bu stratejiler birbirinden tamamen bağımsız olmayıp, kombinasyon halinde kullanılabilirler.

2.1.3.1.Temel Hizmet Stratejisi

İlişki pazarlamasında anahtar strateji, etrafında müşteri ilişkisinin kurulabileceği bir temel hizmetin tasarımı ve pazarlanmasıdır. İdeal temel hizmet, ihtiyaçları karşılayan karakteriyle yeni müşteriler çeken, kalitesi, birden fazla parçası ve uzun vadeli yapısıyla işi güçlendiren ve zaman içinde ek hizmetlerin satışı için bir temel sağlayan hizmettir (O'Malley, Prothero 2004: 5). Sağlık hizmetleri için, randevu sistemi ile istenilen hekimden ve istenilen zamanda muayene olabilmek, hasta danışma ve yönlendirme birimlerinin aktif çalışması bu stratejiye örnek olarak verilebilir.

2.1.3.2. İlişki Özelleştirme Stratejisi

Hizmetlerin doğası, birçok hizmet işletmesine ilişkiyi kişiselleştirme fırsatı sunmaktadır. Hizmet işletmeleri, bireysel müşterilerin belirli özelliklerini ve gereksinimlerini öğrenerek ve daha sonra bu verileri gerektiğinde kullanılmak üzere

toplayarak, hizmeti eldeki duruma daha kesin bir şekilde uyarlayabilmektedirler. Bunu yaparken, müşterilerine diğer kurumlarla "yeniden başlamak" yerine aynı kurumda müşteri olarak kalmaları için bir teşvik sağlamaktadırlar. Özellikle kişisel hizmet yetenekleri elektronik veri işleme yetenekleriyle birleştirildiğinde, ilişki özelleştirme olasılıkları da oldukça artmaktadır (Berry 2002: 64). Örneğin kronik rahatsızlığı sebebi sürekli sağlık kurumuna başvuran bir hastanın kayıtları ve geliş tarihleri EBYS (Elektronik Belge Yönetim Sistemi)'ne işlenerek, düzenli aralıklarla iletişime geçilmek suretiyle hastanın düzenli bir şekilde sağlık kurumuna gelmesi, böylelikle hem tedavisini aksatmaması hem de kuruma devamlılığının ve bağlılığının artırılması sağlanabilir.

2.1.3.3. Hizmet Artırımı Stratejisi

İlişkisel pazarlama stratejilerinden biri de hizmet büyütmedir. Hizmet artırma, onu rekabetçi tekliflerden farklı kılmak için hizmete "ekstralar" eklemeyi içermektedir. Anlamlı bir hizmet farklılaşmasının gerçekleşmesi için, ekstralar, müşteriler tarafından değer verilen gerçek ekstralar - yani rakiplerden kolayca elde edilemeyen - olmalıdır. Rakibin taklit edemediği ve sunamadığı her hizmet müşteri sadakati için temel teşkil etmektedir (Weng vd. 2010: 315). Özel bir sağlık kurumunun belirli saatte ve belirli yerlerden kalkan ücretsiz servis hizmetinin olması, ücretsiz hasta taşımacılığı hizmeti vermesi, kontrol muayenelerinden ücret almaması, belirli şartlarda ekstra indirim yapması hizmet artırımı stratejilerine örnek göstermektedir.

2.1.3.4. İlişki Fiyatlandırması Stratejisi

Eski bir pazarlama fikri olan daha iyi müşteriler için daha iyi bir fiyat, müşteri sadakati peşinde koşan hizmet işletmelerinin kullanabileceği başka bir strateji seçeneği olan ilişki fiyatlandırmasının temelini oluşturmaktadır. İlişki fiyatlandırması, ilişkileri teşvik etmek için fiyatlandırma hizmetleri anlamına gelmektedir. Miktar indirimi kavramı yeni olmasa da, bazı hizmet işletmeleri bu kavramı yenilikçi yollarla uygulamaktadırlar. Diğer ilişkisel pazarlama stratejilerinde olduğu gibi, ilişki fiyatlandırması da çeşitli hizmet alanlarında farklı şekillerde uygulanabilmektedir (Berry 2002: 66). Sağlık kurumları için örneklendirildiğinde; sağlık hizmeti almaya gelen her ek aile üyesi için daha düşük tedavi ücreti sunulması, birden çok uzmanlık alanına başvurmak isteyen hastalar için, çekap adı altında paket kampanyalarının yapılması, belirli bir oranın üstündeki tahliller için ücret indirimlerinin yapılması gibi

stratejilerden bahsetmek mümkündür. İlişki fiyatlandırmasının biçimi ne olursa olsun, amacı müşterileri ödüllendirerek kuruma bağlılığa teşvik etmektir.

2.1.3.5. İç Pazarlama Stratejisi

Birçok hizmet firması için en önemli ilişkisel pazarlama stratejisinin içsel pazarlama olduğu ifade edilmektedir. İç pazarlamanın çeşitli biçimleri olmakla beraber, tüm formların ortak noktası, müşterinin organizasyonun içinde olmasıdır. Buna göre, tüketici rolünde mal ve hizmet satın alan kişiler, hizmet sunan kişilerle aynıdır. Pazarlamada mal ve hizmetlerin satılması ve yeniden satılması hakkında bilinenler, işlerin satılması ve yeniden satılmasında da kullanılabilir. Dış pazarlamada müşteri memnuniyetine atfedilen vurgu, iç pazarlamada da oldukça önemlidir. İçsel pazarlama aslında sadece hizmet işletmeleri ile ilgili değil, hemen hemen tüm organizasyonlarla ilgilidir. Bununla birlikte, özellikle emek yoğun hizmet organizasyonları için önemlidir. Bu kuruluşlarda satılan hizmetlerin kalitesi, büyük ölçüde hizmeti üreten çalışanın beceri ve çalışma tutumları ile belirlenmektedir. Emek yoğun hizmet firmaları, kaliteli çalışanı çekmek, elde tutmak ve motive etmek için pazarlamayı kullanabildikleri ölçüde, kaliteli hizmet sunma yeteneklerini geliştirebilmektedir. Hedef pazarların kalite gereksinimlerini tutarlı bir şekilde karşılayan hizmetler sunmak, birçok hizmet işletmesinde güçlü müşteri ilişkileri kurma noktasında en önemli bir faktördür (Weng vd. 2010: 317).

Pazarlama uygulaması olarak değerlendirilen süreçler - örneğin, pazarlama araştırması, pazar bölümlendirme, ürün modifikasyonu ve iletişim programlaması - dış pazarlamayla olduğu kadar iç pazarlamayla da ilgilidir. Pazarlama araştırması prosedürleri nasıl dış pazardaki ihtiyaçları, istekleri ve tutumları belirlemek için kullanılabilirse, iç pazarda da aynı amaçlar için kullanılabilirler. Çalışan ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması için öncelikle bunların belirlenmesi gerekir; bu bağlamda; bir sağlık kurumunda çalışanların memnuniyetlerini, istek ve beklentilerini belirlemeye yönelik yapılan anketler ve bu anket sonuçlarının sağlık kurumu yönetimi ile tartışılması ve çözüm üretilmesi, üst yönetim ve çalışanlar arasında diyalog ve geri bildirim teşvik etmek için düzenli olarak küçük grup toplantıları yapmak içsel pazarlama stratejilerini yansıtmaktadır.

İş tutum ve davranışlarını şekillendirmek için tasarlanmış resmi iletişim programlaması da bir iç pazarlama stratejisinin önemli bir unsuru olabilmektedir. Örneğin, bir hizmet işletmesinin dış müşteriye yönelik reklamları, genellikle

Çalışanları motive edecek ve/veya eğitecek şekilde tasarlanabilmektedir. Özünde, içsel pazarlama, genel olarak bir organizasyonel iklim ve özel olarak iş ürünleri yaratmayı içermektedir, bu da doğru hizmet sunucularının hizmeti doğru şekilde gerçekleştirmesini sağlamaktadır. İnsanların performanslarının da satıldığı tüketim koşullarında, pazarlama görevi yalnızca dış müşterileri satın almaya teşvik etmek değil, aynı zamanda i müşterileri de performans göstermeye teşvik etmektir. İ müşteriler performans gösterdiğinde, dış müşterilerin satın almaya devam etme olasılığı artmaktadır. Zira bilinen bir gerçektir ki i müşterilerin tatmini sağlanmadan dış müşteriler tatmin edilemez (Berry 2002: 68).

2.1.4. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlamanın Boyutları

İlgili alan yazında ilişkisel pazarlama; bağlılık, güven, iletişim, tatmin, işbirliği, karşılıklılık, empati, bağımlılık, fırsatçı (oportünist) olmayan davranış ve hareketler, riskin (belirsizliğin) olmadığı bir ortam ve uyum gibi boyutlar ile ele alınmıştır (Abdullah, Kanyan 2012; De Wulf vd. 2001; Palmatier vd. 2009). Taşkın vd. (2014) zel hastanelerde yaptıkları uygulamada ilişkisel pazarlamayı iletişim, güven, empati ve taahhüt boyutları ile incelemişlerdir. Yine Nakip ve zifi (2015) ilişki pazarlamasını iletişim, bağlılık ve güven boyutları ile ele almıştır. Astuti ve Nagase sağlık hizmetlerinde yaptıkları çalışmada ilişki pazarlaması boyutlarını; iletişim becerisi, bağlılık ve güven olarak ele almışlardır (2014: 39).

Bu çalışmada ise ilişkisel pazarlama; güven-empati, hasta odaklılık-iletişim, taahhüt-işbirliği olarak üç boyutta ele alınmıştır.

2.1.4.1. Empati-Güven

Empati, tarafların ilişki sürecinde bir durum karşısında birbirlerinin bakış açısıyla olayı görebilmesini sağlayan ve başka birinin istek ve amaçlarını anlama becerisini içeren bir bileşendir (Baran, Taşkın 2017: 362). Kurumlarda empati; “kendini müşterinin yerine koyarak, bireyselleştirilmiş ilgiyi müşteriye yöneltebilmek” olarak tanımlanmıştır (Taşkın vd. 2014: 8). Sağlık kurumlarında empati boyutu, çalışanların birbirlerine ve hastalara karşı hoş, nazik ve dostça davranmaları, böylelikle hem birbirleri hem de hastalar arasında güven oluşturmalarıyla ilgilidir (şengün 2016: 108).

Empati için kurum çalışanlarının bilinçlendirilmesi, kurum kültürünün empati üzerine geliştirilmesi ve çalışanlara aşılanması gerekmektedir. Özellikle yoğun stres

altında başvuru alan sağlık hizmetlerinde, empati hissedilen hastalar rahatlayacak, kuruma ve çalışanlara da karşı güven duyacak, böylelikle süreçleri kolaylaşacak, hizmetin ve tedavinin etkinliği artacaktır.

Güven, bir kurumun hizmet sağlayıcıları hakkındaki olumlu izlenim ve beklentilerini ifade etmektedir. Bu bağlamda güven için en önemli etkenlerden birisi niyettir (Baran, Taşkın 2017: 362). Güven, bir kurumun karşı tarafta güven uyandırma ve müşterilerine güvenilir sözler verme yeteneğini ifade etmektedir (Abdullah 2012: 2).

Güven faktörü; kişilerarası, kurum içi ve kurum dışı ilişkilerin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Kuruma güven duyan müşterilerin bağlılığı da bir o kadar artmaktadır. Sağlık kurumlarında, hastaların psikolojik olarak hizmet sunanlara kendini bağımlı hissetmesi, tedavi süresince hizmet aldığı sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyimlerine güvenmek istemesi de ayrıca güven kavramının önemini arttırmaktadır (Nakip, Özçifçi 2015: 5). Sağlık kurumlarında etkin tedavi, memnuniyet, bağlılık ve olumlu ağızdan ağıza pazarlama faaliyetlerinin temelinde de güven vardır.

2.1.4.2. Hasta Odaklılık-İletişim

Temel amacı toplum sağlığına hizmet olan sağlık kurumlarının birçok farklı müşteri portföyü olsa da, müşterilerinin temelini hastalar oluşturmaktadır. Bu bağlamda sağlık kurumları faaliyetlerini yerine getirirken hastaların ihtiyaç ve beklentilerini doğru analiz etmeli ve onlara yeterli olabilecek hizmeti verebilmek için hasta odaklı bir hizmet stratejisi geliştirmelidirler. Hastalarına odaklanmış sağlık kurumları, iş süreçlerini onları memnun etmek amacıyla düzenleyecektir. Bu sayede etkin hizmet verebilmek için kaynakların verimli ve bilinçli kullanılması, çalışanların motive edilmesi, çalışma şartlarının düzenlenmesi, operasyonel süreçlerinin en doğru şekilde konumlandırılması, koordinasyon sağlanması, iletişimin güçlendirilmesi gibi konulara dikkat edilmekte ve hizmet kalitesi bu şekilde artırılabilir. Artan hizmet kalitesi ise ilişkisel pazarlama faaliyetlerinin etkin yürütülmesine, olumlu geri bildirimler alınmasına, etkin bir sağlık hizmeti sunulmasına olanak sağlayacaktır. Bu sayede kurumdan memnun ayrılan hastaların kuruma güveni ve bağlılığı artacaktır; aynı zamanda etkin tedavi almış hastalar, sağlıklı bir toplumu oluşturacak, uzun vadede ülkenin sağlık göstergelerinin iyileşmesine, maliyetlerin azalmasına ve refahının sağlanmasına katkıda bulunacaktır.

Başarılı ilişkilerinin temelini iletişim olduğu kabul edilmektedir. İlişkisel pazarlamanın başarılı olması, müşterilerle ve diğer paydaşlarla ilişkilerin geliştirilmesi, sürdürülmesi ve kurulmasını desteklemek için, iletişim kanallarının etkinliğini gerekli kılmaktadır (Nakip, Özçifçi 2015: 4). İletişimin başarılı ve etkin olabilmesi; mesajın hedef kitleye doğru kanallarla ulaştırılması, mesajın iletileceği araçların saptanması ve geri bildirimin alınması sürecinin düzenine bağlıdır (Baran ve Taşkın 2017: 362).

Sağlık kurumlarında hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların beklentilerinin anlaşılması, taleplerinin dinlenebilmesi ve karşılanması için çalışan ve hasta arasında çift yönlü bir iletişimin sağlanması çok önemlidir. Sağlık kurumlarında hastaların değerlerine saygı gösterilmesi, sağlıklı yaşam biçiminin yaygınlaştırılması, sağlık hizmetlerine ilişkin farkındalığın oluşturulması sürecinde etkin bir iletişimin kurulmasının önemli olduğuna dikkat çekilmekte ve bu gelişmelerin uzun dönemde sağlık kurumlarının olumlu bir imaj kazanmasına da katkı sağlayacağı dile getirilmektedir (Taşkın vd. 2014: 124).

2.1.4.3.Taahhüt-İşbirliği

İlişkisel pazarlamanın başarılı olması için gerekli olan şartlardan birisi de ilişki taahhüdüdür. Taahhüt, bir tarafın, diğer tarafa karşılıklı etkileşimi destekleyen bir eğilimdeki belirli bir davranışla yanıt verdiği bir ilişkiyi ifade etmektedir (Weng vd. 2010: 314). Taahhüt ayrıca, kuruluşlar ve müşteriler arasında bir ilişkinin varlığını koruyan davranış ifade etmektedir. Bununla birlikte, müşteriler yüksek ilişki taahhüdü yaşadıklarında, diğer organizasyonları arama konusunda daha az eğilimli görünmektedirler (Abdullah 2012: 2). Bu nedenle ilişki taahhüdü, müşterilerin kurumla olan ilişkisini terk etme eğilimini azaltmak ve uzun vadeli ilişkileri sürdürmek için yararlı olabilmekte; böylece ilişki sürekliliğini ve müşteri sadakatini etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bununla birlikte, oldukça rekabetçi ve güvene dayalı sağlık sektöründe, hasta bağlılığı sadece hastayı etkilememekte kurum ve çalışanların performansını da olumlu yönde etkilemektedir (Özgen, Şimşek 2015: 1271).

Güven veren bir taahhüt için, hizmet sunucusu ve hizmetten yaralananlar arasında güçlü bir işbirliğinin olması gerekmektedir. Her noktada birbirine entegre olmuş, işlevsel bağımlılığı çok yüksek olan sağlık hizmetlerinde; gerek sağlık çalışanlarının birbiri arasında gerekse hastalarla ilişkilerinde işbirliği içinde olması,

etkin bir sağlık hizmet sunumu için adeta bir zorunluluktur. Çalışanların işbirliği içinde olması kaynakların verimli kullanılması, hizmetlerin doğru ve hızlı sunulması, kurumda güven ortamının sağlanması için basamak oluşturmaktadır. Bu işbirliğinin içine hastaların da dahil edilmesi ile birlikte sunulan hizmetin etkinliği artmakta, ortaya çıkan sinerji sayesinde hasta memnuniyeti ve bağlılığı sağlanmakta, yine uzun vadede sağlık konusunda bilinçlenen bir insanlığın ve toplum sağlığının gelişmesine olanak sunmaktadır.

2.1.5. Sağlık Kurumlarında Müşteri İlişkileri Yönetimi Temelli İlişkisel Pazarlama

Müşteri açısından bakıldığında, kuruluşlar ilişkisel pazarlama ile ilgili faaliyetler başlattıklarında, müşteri de böyle bir ilişkiden kar elde edebilmektedir. Müşterilerde ilişkisel fayda kavramı, alan yazında güven faydaları, sosyal faydalar ve özel tedavi faydaları olarak üç ayrı boyuta ayrılmıştır (Weng vd. 2010; Patterson, Smith 2001).

i.Güven Avantajı: Hizmet sağlayıcılar ve müşteriler arasında bir ilişkinin geliştirilmesi için, endişe veya belirsizlikte azalmaya yol açan bir rahatlık ve güvenlik hissi olmalıdır. Böylece müşteriler gelecekteki ürün ve hizmetleri tedarik eden tedarikçilere güven duygusu kazanacaktır. Sağlık hizmetinin en çarpıcı özelliklerinden biri bilgi asimetrisidir. Bu durum ise belirsizliği ve güvensizliği beraberinde getirmektedir.

Sağlık hizmetleri tarafından sağlanan güven düzeyinin ls, müşterilerin bir ilişki sürdürüp sürdürmeyeceğine karar vermeleri için önemli bir faktör haline gelmiştir. Bu bağlamda, güven önceki olumlu hizmet deneyimlerinin birikiminin bir fonksiyonu olarak belirsizliği azaltabilir. Müşteriler geçmiş performanstan memnun kalırlarsa, geleceğe daha fazla güvenme eğilimindedirler ve kuruluşla ilişkilerini sürdürme niyetleri daha yüksek olmaktadır (Morgan, Hunt 1994: 24). Bu nedenle, müşteriler uzun vadeli bir ilişki sayesinde sağlık hizmeti sağlayıcıları ile ilgili güven avantajı yaşadıklarını hissettiklerinde, müşterilerin bağlılık davranışlarının ilişkiyi aktif olarak sürdürme yönünde devam edeceği söylenebilir (Weng vd. 2010: 314).

ii. Sosyal fayda: Sosyal yardımlar, müşterilerin tutumlarının, çalışanların kişisel farkındalığı ve çalışanlar arasındaki dostluğun gelişme şekli ile nasıl şekillenebileceğini vurgulayan ve duygusal boyutu olan ilişkileri tanımlamaktadır.

Hizmet sağlayıcılar ve müşteriler belirli hizmet sunumu esnasında ticari ya da sosyal bir dostluk geliştirebilmektedirler. Sosyal faydalar sadece müşteriler ve hizmet sağlayıcılar arasındaki değil, müşteriler arasındaki mevcut etkileşim ve dostluktan da kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle, müşteriler sağlık hizmeti sağlayıcısıyla uzun vadeli bir ilişki kurduklarında, sağlık hizmeti sunucuları ile bir tür sosyal ilişki kurmuş olacaklar ve bu durumda hizmet sağlayıcısına aşına olma hissi yaşayacaklardır. Hizmet sağlayıcılar, müşterilerle iyi sosyal etkileşimler kurarak, müşterilerle hem daha etkili bir ilişki taahhüdü geliştirebilmekte hem de daha güçlü bir ilişki kurabilmektedirler (Şengün 2016: 106).

Sosyal faydalar, müşterilerin tanınma, sosyal destek, başka bir müşteriden daha fazlası olarak kabul edilme ve onlara aşına olan biriyle muhatap olma ihtiyacını yansıtmaktadırlar (Patterson, Smith 2001: 432).

iii. Özel Tedavi Yararları: Müşteriler, özel bir ödül almayı beklediklerinde bir kuruluşla uzun vadeli bir ilişki sürdürmek isteyebilirler. Bu, hem ekonomik hem de özelleştirilmiş faydaları içeren özel bir tedavi avantajı olarak değerlendirilmektedir. Ekonomik faydalar, özel fiyat indirimleri veya imtiyazları ile ilgili müşteri beklentilerini ifade ederken, özelleştirilmiş faydalar öncelikli hizmet, özel bakım, kişisel farkındalık ve diğer müşterilerin alamayacağı, ek hizmetleri ifade etmektedir. Diğer müşterilerle karşılaştırıldığında, uzun vadeli müşteriler hizmet sağlayıcılardan daha iyi ve daha hızlı hizmet alacaklardır. Ayrıca, müşteriler bir kuruluşla kalıcı bir ilişki sürdürürlerse, özel indirimler veya finansal tasarruflar kazanabilmektedir. Bununla birlikte, maliyeti düşük hizmetler, bir ilişki oluşturma sürecinde müşterilerin bağlılığını etkili bir şekilde artıracaktır. Müşterilere özel muamele, farklı özel muamele veya özelleştirilmiş hizmet sunumları geliştirerek maliyeti değiştirmenin bir yolunu bulan işletmeler müşterilerin hizmet sağlayıcılara olan bağlılığını daha da artırmaktadır (Weng vd. 2010: 315). Zira mevcut müşteriye yapılan yatırımın maliyeti, yeni müşteri elde etme maliyetinden oldukça düşüktür.

Sağlık kurumlarında müşteri ilişkileri yönetiminde odak noktayı hastalar oluşturmaktadır. Bu bağlamda müşteri ilişkileri yönetimini benimsemiş bir sağlık kurumu hastaların ihtiyaç ve beklentilerine önem verecek; nihayetinde hasta ve hasta yakını ile hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında işbirliği sağlayacaktır. Empati kuran sağlık çalışanları daha özverili çalışacak, bu durumda hastalar tatmin olacak ve

böylelikle hem etkin bir tedavi hem de kaliteli bir hizmet sunulmuş olacaktır. Bu durumda hasta odaklı bir hizmet sunumu gerçekleşmektedir.

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin boyutları şu şekilde sıralanabilir (Kumbasar, 2016: 86):

- ✓ Hastayı anlama, tercihlerine, değerlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterme,
- ✓ Tedavi ve bakım sürecinde etkinlik, verimlilik, düzen ve bütünlük oluşturma,
- ✓ Etkin iletişim, bilgi alışverişi ve sürekli eğitim,
- ✓ Fiziksel rahatlık,
- ✓ Duygusal olarak destek sağlama,
- ✓ Aile ve yakınları tedavi ve bakım sürecine dâhil etme.

Bu boyutların yanı sıra; Brown vd. hasta odaklı sağlık hizmetlerinde; hastalığın teşhis edilmesi, bireyin bir bütün olarak anlaşılması, tüm sürecin ortak bir temele dayandırılması, sağlığın geliştirilmesi-hastalıkların önlenmesi, gerçeklik ve hekim-hasta iletişiminin güçlendirilmesi olarak (2003: 6) altı temel bileşen belirlemişlerdir. Bu bağlamda; sağlık kurumları hastaları tatmin edebilmek ve hizmet kalitesini artırabilmek için hizmet süreçlerine erişim, iletişim, işbirliği, güven sağlama, empati yapma, çalışanların duyarlılığı, tedavi süreçlerine katılım, elektronik bilgi sistemleri, koordinasyon ve şikayet yönetimi, hizmet telafisi gibi stratejik konulara dikkat etmek zorundadırlar.

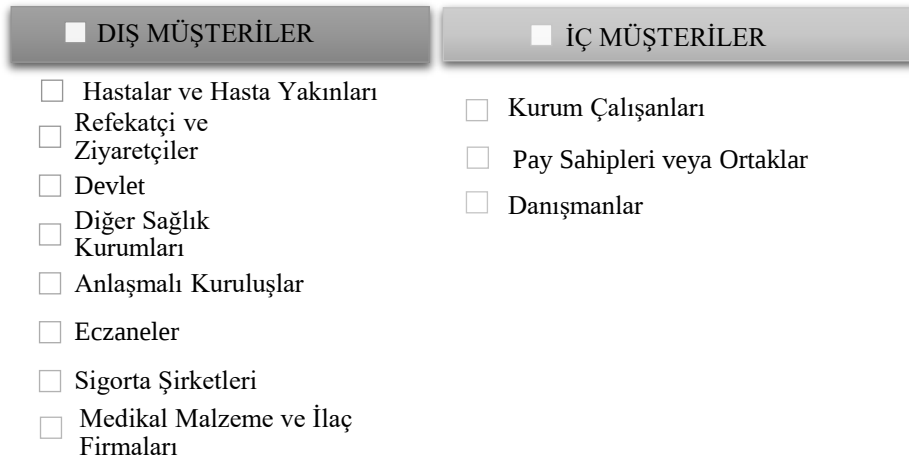
2.1.6. Sağlık Kurumlarında Müşteri Kavramı

Sağlık hizmetlerine bir kamu hizmeti perspektifinden bakıldığında, odağında toplum olduğu görülmektedir. Bu nedenle hizmetin arzı esnasında müdahaleye yönelik herhangi bir yaklaşım toplum ihtiyaçlarına ve beklentilerine dayanmalıdır. Toplumun ihtiyaç ve beklentileri araştırılmalı ve sağlık kurumlarınca anlaşılmalıdır. Bu ihtiyaç ve beklentilerin yerine getirilmesi, verilen hizmetin kalite algısının yüksek olması için ön koşuldur. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gelişmesi ile birlikte, hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmeye başlanmıştır. Hasta merkezli yaklaşım, hastanın istek, ihtiyaç ve tercihlerine daha duyarlı ve uygun bir hizmet sunumu olarak tanımlanmaktadır (Reyes-Alcázar 2012: 268).

Özellikle müşteri ve hizmet veren arasındaki temasın fazla olduğu durumlarda müşterilerin hizmetin üretimine ve dolayısıyla hizmet kalitesine olan etkileri daha büyük olmaktadır. Hizmeti veren kadar hizmeti alanın da hizmet üretimine eş zamanlı

katkısı ve katılımı olması nedeniyle, özellikle yüksek iletişim seviyesi gerektiren hizmetler için müşteriler eş-üretici olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, hizmetler açısından müşteri odaklılığın artan önemini ortaya koymaktadır. Müşteri katılımı, hizmetin üretimi ya da iletilmesi sırasında, müşteriler tarafından ortaya konan eylem ve fiziksel, düşünsel ya da duygusal katkıları kapsamaktadır (Gürdal 2009: 313).

Sağlıkta özelleştirmenin ve rekabetin hız kesmeden arttığı günümüzde asıl amacı topluma hizmet etmek olan sağlık kurumlarının da faaliyetlerinin devamlılığı müşteri memnuniyetine bağlıdır. Sağlık kurumlarında müşteri mi hasta mı kavramı sürekli tartışılmalı bir konudur. Bu sebeple temel amacı topluma hizmet etmek olan, sağlık kurumlarında müşteri memnuniyeti kavramı yerine hasta ve çalışan memnuniyeti kavramlarını kullanmanın daha doğru olabileceği düşünülmektedir. Sağlık kurumlarında müşteri kavramının sadece hasta ve çalışanları kapsamaması, çok geniş ve heterojen bir kitleyi ifade etmesi nedeni bu çalışmada müşteri memnuniyeti kavramı kullanılacaktır. Sağlık kurumlarında müşteri kavramının bu kadar geniş ve heterojen bir kitleyi ifade etmesi, müşteri memnuniyeti sağlama noktasında sağlık kurumlarını oldukça zorlamaktadır. Müşteri memnuniyeti denildiği zaman çalışanları esas alan iç müşteri kavramı ve kurumlarla ilişkili diğer paydaşları esas alan dış müşteri kavramı olarak iki tür müşteriden bahsedilmesi gerekmektedir. Sağlık kurumlarında iç ve dış müşteriler Şekil 2.2’de verilmiştir.



Şekil 2.2. Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler

Şekil 2.2’ de görüldüğü üzere sağlık kurumlarının memnun etmesi gerektiği geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının başarısı ve devamlılığı tüm bu müşteri gruplarının beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilme

yeteneklerine bağlıdır. Bu müşteri gruplarının istek ve beklentilerinin birbirinden farklı olması sebebiyle, sağlık kurumları yöneticilerinin her müşterisini tatmin etme noktasında farklı stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 475). Lakin bu zincirde kilit nokta hastalardır. Çünkü sağlık kurumları hastalarını memnun ettiği takdirde tercih edilecek ve temel beklentisi kar elde etmek veya başkaca menfaatler olan diğer müşterileri de tatmin etmiş olacaktır. Bu sebeple sağlık kurumu yöneticilerinin memnuniyet sağlamada esas olarak, hastalara ve onlarla doğrudan iletişimde olan çalışanlara odaklanmaları gerekmektedir. Zira sağlık hizmetleri hizmet karşılaşmalarının sürekli yaşandığı ve kritik anların oldukça önemli olduğu bir yapıya sahiptir.

2.1.7. Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti Kavramı

Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyeti; müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanabilir. Müşteriyi memnun etmenin temel şartları; müşteriyi tanımak, müşteriye yakın olmak, müşteriyi dinlemek, onlardan gelen eleştiri, öneri ve geri bildirimler neticesinde yeni politikalar geliştirmek, istek ve beklentilerine uygun hizmet vermek, satış sonrası hizmetlere önem vermek olarak sıralanabilir. Memnuniyetin; beklentiler ve alınan hizmet ile ilgili algılar olarak, iki temel boyutu vardır. Müşteri memnuniyeti ise özünde; beklentileriyle hizmet sonrası algılanan kalite ve tatmin düzeyinin bileşkesidir. Beklenen kalite ile algılanan kalite arasındaki fark ne kadar düşük olursa memnuniyet düzeyi de o kadar yüksek olmaktadır. Müşteri memnuniyeti sağlamanın temel yollarından biri, müşteri deneyimlerini yönetmektir. Müşteri deneyimi yönetimi ise; sosyal ağlar, reklamlar, şubeler verilen hizmet şekilleri, çalışanlar, finansal konular, hukiki konular vs. gibi müşterilerin kurumla temasta bulunduğu her noktada müşterinin deneyimlerini değerlendirmesi ile ilgilidir ve oldukça önemlidir. Kurum eğer müşteri deneyimlerini emsalsiz hale getirirse müşteri memnuniyeti ve hatta sadakati de o derece artacaktır. Bu başarıyı elde edebilmek için müşteri deneyimlerinin ilkelerini iyi yönetmek gerekmektedir. Bu ilkeler; tam çözüm, beş duyuya seslenmek, kişiye özel hizmet, zaman yönetimi, ilgi, basit bir dil, öngörü ve çözüm, müşteriyi kuruma duygusal olarak bağlamak, çıkış kolaylığı olarak sıralanabilir (Özkent 2012: 55-68). Bu ilkeler sağlık kurumları çerçevesinde hasta ve çalışanlar temelinde değerlendirilerek aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

Tam çözüm ilkesi: Müşteri herhangi bir sorunun varlığını bildiğinde, sorun tam olarak çözülmelidir. Sağlık kurumları hasta ve hasta yakınları ile çalışanlarının ihtiyaçlarını doğru anlar ve tüm ihtiyaçların karşılanması için çabalar ise deneyim yönetiminde inavasyon sağlamış olacaktır. Tam çözüm kavramı ayrıca kalite ile de ilişkilidir. Sağlık kurumlarında yaşanan bir sorunun tam olarak çözülmesi demek hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve bu vesile ile müşteri tatmini sağlanması demektir. Örneğin bir hastanede temizlik hizmetlerinin yeteri kadar iyi yönetilemediği varsayıldığında, tanınan veya önemli birisinin bu hastanede acil ameliyat olması gerektiğinde onu ameliyat edecek ekibin ve kalacağı odanın sterilizasyonunun tam olarak yapılması ve o hastanın hastaneden memnun olarak ayrılması bu ilkeye aykırıdır. Tam çözüm ilkesini benimseyen bir sağlık kuruluşunun bu sorunu temelden çözmesi gerekmektedir. Bunun için de temizlik işleri için dış kaynak kullanımı yoluna giderek sağlık kurumlarında sterilizasyon noktasında yeterli olan, kaliteli hizmet verebilecek bir kurumla anlaşma yapmak gibi temelden bir çözüm üretmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra çalışanların yaşamış oldukları sorunlara da aynı şekilde tam olarak çözüm bulunması gerekmektedir.

Beş duyuya seslenme ilkesi: Memnuniyeti sağlamanın bir diğer ilkesi, müşteriye beş duyunun algılayacağı ölçüde pozitif deneyim yaşatılmasıdır. Bu ise hizmet şekli, renkler, sesler, tasarım farklılığı ve iletişim mesajı temalarının beş duyuya hitap edecek şekilde tasarlanması ile mümkün olacaktır (Gürdal 2009: 99). Şehir hastaneleri bunun için güzel bir örnektir. Şehir hastanelerinin hizmet prensibi, otel işletmeciliği ile paraleldir. Bu noktada hem hizmet alanlar hem de hizmeti sunanlar fiziksel şartların oldukça elverişli, şık ve konforlu olduğu bir ortamda bulunmaktadır. Bu durum ise öncelikle göze hitap etmektedir. Çalışanların güler yüzle hasta ve yakınlarını karşılamaları, ses tonları, kıyafetleri, tatmin edici açıklamaları ve yönlendirmeleri, hasta mahremiyetine dikkat etmeleri, kullandıkları malzemelerin hastayı rahatsız etmeyecek şekilde tasarlanmış olması, gibi şartlar bu ilkenin gereklilikleri olarak sayılabilir. Tüm bu koşullar çalışanları da menmün edecek ve bu da çalışanlarda motivasyonu artıracak, dolayısı ile bu sonuçlar hizmet sunum kalitesine olumlu olarak yansıyacaktır. Bu nedenle hizmet karşılaşma noktalarının tamamında beş duyu tarafından hizmetin kaliteli ya da kusursuz olarak yorumlanması oldukça önemlidir.

Kişiye özel olma ilkesi: Bu ilkede temel prensip, müşteriye eşsiz bir birey olarak görmek ve kendisine de öyle hissettirmektir. Sağlık kurumunda verilen hizmetler ve alternatifleri belirlenirken kişiye özel uygulamalar geliştirilmelidir. Aslında sağlık hizmetlerinin özellikleri düşünüldüğünde, doğası gereği her bir işlemin kişiye özel olduğu muhakkaktır. Bu noktada kuruma düşen hastalarına bunu hissettirmemektir. Örneğin hasta odasına yerleştirilirken “sizin için burası bu şekilde düzenlenmiştir, sizinle ilgilenecek hemşire şu kişidir, doktor beyin sizin için uygun gördüğü kontrol saati şu zamandır” vb. gibi ifadeler, hastanın ve yakınlarının kendilerini özel hissetmesini sağlayacaktır. Aynı şekilde çalışanlar için kıyafet, oda, yemek hizmetleri, çalışma saatleri gibi çalışma şartları mümkün mertebe istekleri doğrultusunda değerlendirilmeli ve düzenlenmelidir. Hizmetler türdeş olmamaları nedeniyle hizmet alan ve sağlayan arasında münferit gerçekleşen faaliyetlerdir. Bu nedenle hizmet taraflarının bireyselleştirme yönünde özenle oluşturulmuş süreçleri, iş ve hizmet koşullarındaki iyileştirmeyi pozitif olarak değerlendirmeleri oldukça muhtemeldir.

Zamanlama ilkesi: Sağlık kurumlarında zaman en önemli kavramlardan birisidir. Çünkü zamanında yapılan bir müdahale hayat kurtaracağı gibi, saniyelik bir gecikme kişinin hayatına sebep olabilmektedir. Zamanın etkin kullanılabilmesi, hizmet sunumunda aksaklıkların yaşanmaması için, iş süreçlerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi, iş akış sürelerinin doğru hesaplanması ve bunu göre randevu sistemlerinin, kaynakların, çalışanların çalışma zamanlarının doğru belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışanların da gereksiz zaman kaybetmesine engel olacak ve memnuniyet sağlayacaktır. Özellikle talebi oldukça belirsiz seyreden sağlık hizmetlerinde, talebin yoğun olduğu dönemlerde kapasite ve talebin dengelenmesi için zamanın doğru yönetilmesi önem arz etmektedir.

İlgili olma ilkesi: Hasta ve çalışanların memnuniyetini artırmanın bir diğer yolu da onların tüm yaşamı ile ilgilenmektir. Hasta sadece hastanede bulunduğu sebep için ve o süreçte ilgi görmemeli sonrasındaki takipleri için de iletişim devam etmeli ve onunla ilgilenilmelidir. Örneğin; hastalardan hizmet almak için katlandıkları zorluklar hakkında bilgi alınması, çözüm üretilmeye çalışılması vs. onlarda olumlu bir etki bırakacaktır. Aynı şekilde çalışanların ailelerini, yaşam tarzlarını vs. tanımak, zaman zaman kurum dışında aileleri ile birlikte veya sadece çalışanlarla beraber etkinlikler yapmak, çalışanların sorunları ile ilgilenmek de kuruma yönelik memnuniyeti ve bağlılığı artıracaktır. İş koşulları iyileştirilen, terfi imkanları, sosyal hakları, ödül ve

unsurları sağlanan çalışanlar gelecek kaygısı taşımayacakları için aidiyet duygusu geliştirerek hastalara daha ilgili davranabileceklerdir.

Basit bir dil ilkesi: Sağlık çalışanlarının hastalara hastalıklarını ve süreci anlatırken uzmanlık alanlarına göre bilimsel bir dil kullanmaları iletişim problemlerine sebep olacaktır. Bunun yerine anlaşılır ve akıcı bir dil kullanılmalıdır. Sağlık kurumu müşterisi olmak için herhangi bir standart yoktur. Dolayısıyla her eğitim seviyesinden veya her sosyo kültürel sınıftan hastanın anlayabileceği yalın bir dil kullanılması oldukça önemlidir.

Öngörü ve çözüm ilkesi: Müşterinin yaşayabileceği sorunların öngörülmesi ve çözümüyle ilgilidir. Bu noktada paylaşım ve kendini ifade etme olanaklarının verilmesi önemlidir. Gerek hastaların gerekse çalışanların başkaları ile iletişim kuracağı bir ağ kurmak gerekmektedir. Halkla ilişkiler birimi bu noktada etkin olarak görev alabilir. Örneğin hastaların tedavi sonrasında yaşayabilecekleri sorunlar ve bu durumlarda yapması gerekenler açıkça anlatıldıktan sonra sağlık kurumundan ayrılması olumlu bir etki bırakacaktır. Gerek yöneticilerde gerekse çalışanlarda sezgi ve tecrübe ile olası farklı süreçleri önceden tahmin etmek ve gerekli önlemleri almak mümkün olmamaktadır.

Verimlilik ilkesi: Hizmet arzı sonucunda, müşterinin hayatına verimlilik getirilmelidir. Kolaylık ve düşük maliyet verimliliğin içeriğini oluşturmaktadır. Bu noktada hastalara gereksiz tetkik yapılmaması, bekleme sürelerinin en aza indirgenmesi, süreçlerin kısaltılması ve kolay hale getirilmesi önem taşımaktadır. Çalışanların da verimli bir şekilde çalışacağı bir iş ortamı ve iş süreci tasarlanması memnuniyet ve etkinlik açısından önemlidir.

Çıkış kolaylığı ilkesi: Hastalar kurumdan ayrılmak istediğinde yapıcı bir iletişim ile yolcu edilmesi gerekmektedir. Hizmet sektöründe kişinin ilk izlenimi kadar, son izlenimine de önem arz etmektedir. Bununla birlikte; hasta sağlık kurumuna başvurduğunda farklı ve gereksiz tetkikler (gelmişken çekap da yaptırın, bu rahatsızlık da olabilir şu birime de başvurun vs.) gibi işlerini uzatacak, hizmet talebinin maksadını aşacak uygulamalar kişinin bir daha o sağlık kurumunu tercih etmemesine neden olabilir.

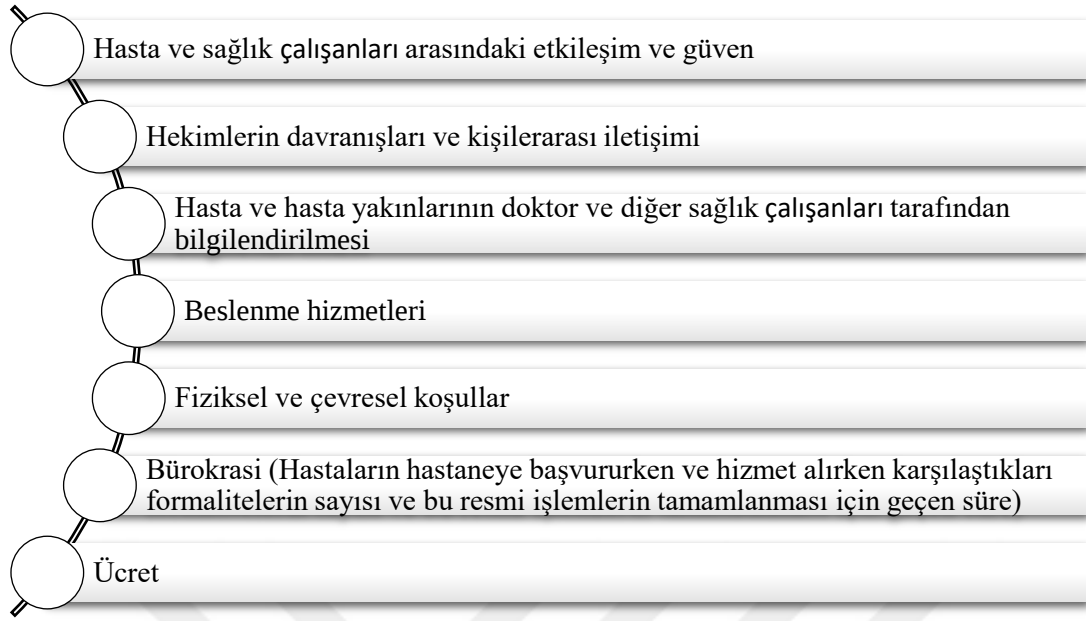
Duygusal olarak bağlanma ilkesi: Müşteri memnuniyeti ve sadakati sağlamanın bir diğer ilkesi de müşterilerin duygularına hitap etmektir. Eğer kurum

hasta ve yakınlarının duygularına seslenirse tercih edilme olasılığı artacaktır. Bilhassa sağlık kurumuna başvuran hastalar duygusal olarak çok hassaslardır, bu nedenle onların gönlünü kazanmak veya kaybetmek çok daha kolaydır, eğer kurum hastanın duygusal boşluğunu, doğru yaklaşımla, olumlu yönde değerlendirebilirse hasta tarafından tercih edilme olasılığı artacaktır, bu durum ise bağlılık için önemlidir.

Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyeti için bu ilkelere dikkat edilmesi esastır, bununla beraber, sağlık hizmetlerinin en önemli konularından biri olan hasta memnuniyeti kavramı aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Hasta Memnuniyeti; hastaların beklentileri, sağlık durumları ve kişisel özellikleri ile birlikte, sağlık sisteminin özelliklerine bağlı olan, esasında karmaşık bir olgudur. Bir sağlık hizmeti ürününün ya da sağlık bakım deneyiminin hizmet niteliğinden dolayı, sistematik geribildirimler ideal olarak hastanın hizmetten ayrılmasından önce toplanmalıdır. Bu şekilde geri dönüş alındığında, bilginin hastanın zihninde hâlâ tazeyken yakalanması mümkün olmaktadır ve aynı zamanda, kalite ile ilgili bir sorun tespit edilirse, bu durum ile ilgili düzenleyici ya da önleyici tedbirlerin alınması kolaylaşmaktadır. Ne yazık ki, çok az kuruluş bu tür bilgileri bir araya getirmektedir. Daha tipik olarak, düşük hizmet kalitesi veya hizmet eksiklikleri konusundaki bilgisizlik, azalan kârlar, azalan kabul / doluluk oranları, azalan gelirler veya artan karmaşıklık, yöneticileri büyük sorunlara yol açan eylemleri gerçekleştirmeye zorlayana kadar devam etmektedir. Sağlık hizmetleri yöneticileri için kritik zorluk, genel hasta memnuniyetini ve bileşenlerini ölçmek için uygun yöntemleri bulup seçmektir. Bu zorluk, hizmet ürününün kalitesinin, bireysel olarak hasta davranışının yanı sıra organizasyon tarafından sağlanan teknik kalite ve işlevsel kalite tarafından belirlendiği gerçeği ile daha karmaşık hale gelmektedir. Sonuç olarak, bir kişi tarafından sadece kabul edilebilir hizmetler olarak algılanan hizmetler, bir diğeri için mükemmel bir deneyim olabilmekte veya bir üçüncü için tamamen kabul edilemez olarak değerlendirilebilmektedir. Hizmet deneyiminin niteliğinin ve değerinin sübjektif doğası, uygun ölçümün tanımlanmasını ve uygulanmasını özellikle zorlaştırmaktadır (Ford vd. 1997: 74).

Müşteriler bekledikleri kalitede hizmet aldıklarında tatmin, beklentilerinin ötesinde bir hizmet deneyimi yaşadıklarında ise memnun olmaktadırlar. Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti etkileyen durumlar ise şunlardır (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 480-485):



Bu koşulların hastaların beklentilerine cevap verme düzeylerinin yüksek olması sayesinde, hasta memnuniyeti artacaktır. Hasta merkezli bakım modeli hasta için belirli sorumluluk unsurlarını taşımaktadır. Bu anlamda bilgilerin doğru paylaşılması, haklara saygı gösterilmesi ve katılımın güvence altına alınması gerektiği varsayılmıştır (Reyes-Alczar 2012: 269).

Memnun müşteriler sadık müşterilere dönüştükleri ve çoğu işletme için önemli olan karlılığı garanti ettikleri için, müşteri memnuniyetinin pazarlama alanında kritik bir eşik olduğu iddia edilmektedir. Müşteri memnuniyeti, belirli bir işlemi takiben memnuniyet veya kurumun önceki tüm deneyimlerine dayanarak tüketicinin genel memnuniyeti olarak iki şekilde kavramsallaştırılabilir (Moreira, Silva 2015: 256). Memnuniyet düzeyi müşterilerin davranışlarına yansımaktadır. Kuruma bağlılık, hataları elimine etme, pozitif bakma, tekrar tercih etme, başkalarına önerme tutumları, memnuniyet ve tatmin ile mümkün olmaktadır. Bu bağlamda; memnuniyet, ilişki kalitesi için bir ön koşul olarak tanımlanmıştır; daha yüksek kalite daha fazla memnuniyet, güven ve bağlılık anlamına gelmektedir. Birçok alışma, müşteri memnuniyetinin müşteri güveni ve bağlılığını geliştirmek için önemli bir aşama olduğunu savunmaktadır. Böylece, memnun hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına güvenmeleri ve kuruma son derece bağlı olmaları devamında kurumu başkalarına önermeleri de beklenmektedir.

2.1.8. Sağlık Kurumlarında Davranışsal Niyet

Bu başlık altında sağlık kurumuna duyulan memnuniyetin hastaların davranışlarına nasıl yansıdığı alan yazın desteği ile açıklanmaya çalışılacaktır. Hasta memnuniyeti ve memnuniyetsizliği, üç geleneksel davranış tepkisinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Müşterilerin memnuniyetsizliği ne kadar büyük olursa, hizmet sağlayıcılarını değiştirme, şikayet etme ve memnuniyetsizliğini başkalarıyla tartışma olasılıkları da o kadar yüksek olmaktadır. (Zeelenberg, Pieters 2004: 445). Memnuniyet devamında daha önce de bahsedildiği üzere, olumlu tutumu ve kuruma bağlılığı getirmektedir. Sağlık kurumundan memnun ayrılan hastalar tekrar aynı kurumu tercih etmekte dahası, bu durumu farklı platformlarda çevreleri ile de paylaşmakta ve pazarlama alanında oldukça önemli olan ve kurumlara birçok maliyet gerektiren reklam adımını maliyetsiz bir şekilde yerine getirmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarına başvuran hastalarda davranışsal niyet olarak; hasta bağlılığı, ağızdan ağıza pazarlama (WOMM) ve elektronik ağızdan ağıza pazarlama (E-WOMM) bir diğer söylemle tavsiye etme konuları incelenmiştir.

2.1.8.1.Hasta Bağlılığı

Hasta bağlılığını, Dick ve Basu göreceli tutum ve tekrar himayesinin bir kombinasyonu olarak tanımlamakta ve bu kombinasyonun sırası ile gerçek sadakat, gizli sadakat, sahte sadakat ve sadakatsizlik olarak dört seviyede sadakatle sonuçlandığını (1994: 100) ifade etmektedirler. Gremler ve Brown ise alan yazın taraması sonucunda, hizmet yapısının; davranışsal sadakat, tutumsal sadakat ve bilişsel sadakat olmak üzere üç ayrı boyuttan oluştuğu sonucuna varmışlardır (1996:179). Yazarlar, bağlılığın müşterilerin tekrar satın alma davranışını büyük ölçüde etkilediği, müşterilerin hizmet sağlayıcılara karşı olumlu bir tutum sergiledikleri ve hizmete ihtiyaç duyduklarında yalnızca bu hizmet sağlayıcıyı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Astuti ve Nagase, MacStravic'in hasta bağlılığını; "Sadakat Pazarlama Tekerleği" (2014: 192) kavramıyla anlattığından bahsetmektedir. Buna göre yazar bağlılığı, tekerleğe benzer şekilde bir daire oluşturan iki parça olarak açıklamıştır. İlk bölüm, tüketiciler için değer sağlamanın beş adımını (öğrenme, yönetme, vaat etme, takip etme ve hatırlatma) ilişkilendirerek, tüketiciler hakkında bilgi edinmeye yönelik sadakat odaklı yaklaşımları ele almaktadır. İkinci bölüm ise, tüketicilerden geri dönüş katkısı sağlaması (pay, tanıma, izleme, teşvik etme ve değerlendirme) ile ilgilidir.

Sadakat zinciri bir tekerlek metaforu kullanılarak temsil edilmektedir; çünkü hizmet sunucularının aynı adımları tekrar tekrar dönmeleri ve tekerleği ileriye doğru hareket ettirmeleri beklenmektedir.

Diğer hizmet sağlayıcılarda olduğu gibi, sağlık hizmet sunucuları da tüm pazarlama faaliyetlerini bağlı müşteriler üretmeye odaklamalı ve yüksek düzeyde sadakat sağlamayı amaçlamalıdır. Bir sağlık kurumu yüksek sadakat elde etmek için yüksek müşteri değeri sağlamalıdır. Değer, müşterilerin sahip olduğu bir şeydir; fakat kuruluşlar tarafından sunulmaktadır (fiyat-kalite değeri), ancak müşteriler (maliyet-maliyet değeri) tarafından kazanılmaktadır. Daha açık bir ifade ile sağlık kurumlarında müşteri değeri, hastanın satın aldığı hizmet ile parasal değeri kıyaslaması sonucunda zihninde oluşan algı ile ilgili süreci ifade etmektedir. Bu bağlamda; bir hastanın değer algısı diğer hastaya göre farklılaşabilmektedir. En basit ifade ile değer, müşterilerin fayda maliyet analizi yaparak pozitif fark hissetmesidir.

Baird'e göre; sağlık hizmeti çok kişisel bir hizmettir; çünkü hastalar bu hizmeti almak için en samimi sırlarını paylaşmakta, dahası sağlık kurumlarına duygusal ve fiziksel stres koşullarında gelmektedirler (2000: 6). İnsanlar stres altındayken duyguları yoğunlaşmaktadır. Her bireyin kendine özgü şartları da göz önüne alındığında, sağlık hizmetinin doğası gereği hastanın hekim ile gerçekleşen etkileşime yüksek oranda katılımı gerekmektedir. Müşteri olarak hasta, davranışları, kaçınılmaz fiziksel durumları, spesifik hastalıkları ve vakalarının ağırlığı gibi çeşitli faktörler sebebi ile diğer sektörlerdeki müşterilerden farklı özelliklere sahiptir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında tanıma ve güven kavramı bilhassa önemlidir.

Hasta bağlılığının yüksek olduğu sağlık kurumlarında, tıbbi hizmet sağlayıcıları yeterli müşteri tabanı geliştirebilmekte ve yeni kullanıcılar edinme maliyetlerini düşürebilmektedir. Şöyle ki yeni hastalar edinmenin maliyeti, mevcut hastaların bakım maliyetini aştığından, hasta bağlılığı sağlayan kurumlar başarılı olmaktadır. Ek olarak, bağlılık sağlanan hastalardan daha çok gelir elde etme potansiyeli vardır; çünkü sadık hastalar daha kârlıdır ve doktorların talimatlarını daha sıkı takip etme noktasında güvenilebilirlerdir (Suki 2011: 1207).

Hasta bağlılığını sağlayabilmek için hastaların beklentileri ile deneyimleri arasındaki farkı ortadan kaldırmak, hatta deneyimlerini beklentilerinin üzerine çıkarmak gerekmektedir. Hastaların beklentileri ile gerçek deneyimleri arasındaki

farkı azaltmak için ise mümkün olduğu kadar beklentilerini anlama ve yönetmeye ihtiyaç vardır. Bunu sağlamak ise hastalarla kurulan güçlü iletişimden geçmektedir.

Hasta bağlılığı başarı için çok önemlidir, çünkü yeni müşteriler çekmek mevcut müşterileri elde tutmaktan çok daha maliyetlidir. Sadık müşterilerin daha fazla satın alarak işletmelere nasıl yardımcı oldukları incelendiğinde; fiyata daha az duyarlı oldukları, olumlu ağızdan ağza iletişim ile yeni müşterileri kuruma çektikleri ve rakip kurumların stratejilerine daha büyük bir direnç gösterdikleri belirlenmiştir. Bağlılık, tekrarlanan bir satın alma olarak değerlendirilen davranışsal bir bakış açısıyla, hizmetin satın alınma sırası ve hizmete tahsis edilen alışveriş masraflarının düzeyi ile ele alınmıştır. Sadece davranışa odaklanan bu tek boyutlu görüş, farklılıkları ayırt edemediği için eleştirilmiştir (Moreira, Silva 2015: 255). Buna karşın Oliver bağlılığı şu şekilde tanımlamaktadır; yeterli bir şekilde sürekli taahhütte bulunma, gelecekte de sürekli olarak aynı hizmeti satın almalarına neden olan durumsal etkilere ve pazarlama çabalarına rağmen, tekrarlayan aynı hizmeti satın alma sürecidir (1999: 34). Bu tanım, davranışsal ve tutumsal yönleri vurgulamaktadır. Olumlu ağızdan reklam, sadakati kavramsallaştırmak için ortak bir yaklaşımdır; çünkü sadık hastalar hizmeti değerlendirmek için, herkesten daha iyi konumlandırılmışlardır. Sasık müşteriler hizmeti önermek için veya diğerlerini hizmeti kullanmaya teşvik etmek için pozitif ağızdan ağza iletişimi tercih etmektedirler. Yüksek kaliteli hizmetlerin hastaları tatmin etmesi ve sonuç olarak sağlık hizmeti sağlayıcılarını teşvik etmesi beklenmektedir. Sonuç olarak, “tavsiye etme isteği” ve “diğer öneriler” hasta bağlılığı göstergesi olarak değerlendirilmektedirler (Moreira, Silva 2015: 255).

2.1.8.2. Sağlık Kurumlarında WOMM ve E-WOMM

Sağlık kurumlarında özelleştirmenin artmasıyla ve teknolojik ilerlemeler ile birlikte rekabet de oldukça önem kazanmıştır. Sağlık Bakanlığının kalite ve akreditasyon çalışmaları kamu hastanelerinin de bu rekabet ortamına girmesine neden olmuştur. Her geçen gün özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerinde tercih olasılığını yani alternatif hizmet alanlarını artırmıştır. Tüm bunların yanında hastaların her geçen gün daha bilinçli hale gelmesi de hastaneleri farklı yetenekler geliştirmeye zorlamıştır. Tüm bu süreçler göz önüne alındığında, günümüzde sağlık kurumlarının da tutunabilmesi ve var oluş amacını gerçekleştirebilmesi için olumlu izlenime sahip olması gerekmektedir. Kurumların tanınırlık sağlaması ve kendini kabul ettirebilmesi

için pazarlama karması elemanlarından olan tutundurma faaliyetlerine önem vermesi gerekmektedir. Tutundurma faaliyetlerinin en önemlilerinden birisi ise reklamdır. Fakat günümüzde kurumların yaptığı reklamlar inandırıcılığını kaybetmiştir; bununla birlikte reklam ile hizmet tercihinde bulunan müşterinin beklentileri çok yüksek olmakta ve karşılanma olasılığı düşmektedir. Sağlık kurumlarında ise reklam faaliyetleri yasal nedenlerden dolayı oldukça sınırlıdır. Tüm bu sebepler sağlık kurumlarında WOMM ve E-WOMM uygulamalarını önemli hale getirmiştir.

WOMM İngilizce “Word of Mouth Marketing” Türkçe açılımı “Ağızdan Ağıza pazarlama” teriminin kısaltmasıdır. E-WOMM ise, elektronik ağızdan ağıza pazarlama anlamına gelmektedir. Ağızdan ağıza pazarlama kavramı, bir mal veya hizmeti satın alan tüketicilerin başkalarına tavsiye etmesi olarak tanımlanabilir. Bu şekilde, bir mal veya hizmet hakkında gayri resmi bilgiler olumlu veya olumsuz olarak, insanlar arasında yayılmaktadır. Satın alınan mal veya alınan hizmetin deneyimlerini aktararak başkalarının alışveriş tarzını etkilemek, kökleri tarihe dayanan bir davranış biçimidir (Ekiyor, Atilla 2014: 7). Nitekim bu iletişim şekli en eski pazarlama tekniklerinden biridir. Örneğin tüketicisi, mal veya hizmet ile ilgili bir deneyimi varsa, olumlu veya olumsuz bilgiyi o mal veya hizmeti satın alan veya sıklıkla kullanan arkadaşlarına aktaracaktır (Argan 2006: 233). Bu yöntemin en belirgin özellikleri iletişimde samimiyet, dürüstlük ve kaynağa güvendir (Aba 2011: 46). Bilhassa; ağızdan ağıza pazarlamayı güçlü kılan en önemli özellik güvenilir olmasıdır. Hizmet işletmelerinde üretim işletmeleri gibi somut çıktıların olmaması, tercih edicileri deneyimlere yöneltmektedir. Özellikle sağlık gibi hassas bir konuda, hastalar sağlık hizmeti alacakları zaman, hizmeti daha önce almış olan kişilerin, özellikle yakın vrelerinin tavsiyelerine güvenmekte ve bunları dikkate almaktadırlar. Bu bağlamda sağlık kurumlarında WOMM oldukça önem arz etmektedir.

WOMM, kişilerarası iletişim yoluyla gerçekleşmekte ve bu yönüyle de kitle iletişim araçlarından ayrılmaktadır, kişiler ve olgular hakkında olabilmektedir ve iletişim süreci, ticari kaygılarla yönlendirilmediği için mesajlar daha güvenilir olarak algılanmaktadır. WOMM geleneksel olmayan iletişim kanallarını kullanarak hedef kitleye yayılacak içeriği en uygun ve en doğru yöntemle aktarmayı amaçlayan bir pazarlama tekniğidir. Kulaktan kulağa pazarlama olarak da bilinen WOMM tüketicilere pazarlama değil, tüketicilerle pazarlamadır. İnsanlar, duyuruların, reklamların ve telefon görüşmelerinin kk bir bölümünün etkisiyle bir şeyler satın

almaya yönlendirilebilirler; ancak aynı kişiler arkadaşlarından aldıkları tavsiyelerin çoğuna saygı duymaktadırlar (Khalid vd. 2013: 51). Zira insanoğlu yaratılışı gereği, mizansen olarak hazırlanan reklam kampanyalarından ziyade başkalarına güvenmeyi tercih etmektedirler.

Ağızdan ağıza pazarlama; olumlu veya olumsuz ağızdan ağıza pazarlama iletişimi olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Olumlu ağızdan ağıza pazarlama, kurumun arzu ettiği haberler başkalarına iletildiğinde ortaya çıkmaktadır. Negatif ağızdan ağıza pazarlama ise, insanların bir şey satın aldıktan sonra olumsuz deneyimlerini başkalarına aktarmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu da kurumun itibarını ve mali yapısını olumsuz etkilemektedir (Aba 2011, 50).

Yapılan çeşitli araştırmalarda ağızdan ağıza pazarlamanın etkisinin ürün gruplarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Murray 1991 yılında yaptığı bir araştırmada, alıcıların mallara kıyasla hizmet satın almaya karar verirken kişisel bilgilere ve bilgi kaynaklarına güvendiklerini tespit etmiştir. Bu kapsamda alıcılar, ihtiyaçtan dolayı bir şey satın almayı tercih ettiklerinde, özellikle hakkında hiçbir fikrinin olmadığı veya kalitesini bilmediği hizmetlerde kulaktan kulağa pazarlamaya güvenmektedir. Alıcılar daha önce deneme fırsatı bulamadıkları bu hizmetler hakkında diğerlerinden bilgi toplamaya çalışmaktadır. Bir sağlık merkezi veya hekim hakkında verilen tavsiyeler, alıcıların tercihlerini etkilemekte ve hizmet hakkında onlara fikir vermektedir. Sağlık hizmeti sunucularının hizmetleri hakkında olumlu bir imaj oluşturmaları için hizmetlerini deneyenlerin, hizmetlerini henüz denemeyenlere olumlu tavsiyelerde bulunmaları büyük önem taşımaktadır (Yılmaz 2014: 5).

Günümüzde gelişen teknoloji ile WOMM E-WOMM'a dönüşmüştür. Elektronik Ağızdan ağıza pazarlama (E-WOMM) bireyler ve kurumlar için internet ortamında yazılan ve yayınlanan ürün veya hizmetlere ilişkin tüketiciler tarafından yapılan olumlu veya olumsuz beyanlardır (Hennig-Thurau, Gwinner, Walsh, Gremler 2004: 39). Geleneksel WOMM'un aksine, eWOMM iletişimi sosyal ağlar da dahil olmak üzere internet üzerinden gerçekleşmektedir. İletişim kuran kişiler aynı yerde olmak zorunda değildir ve ayrıca bilgiler daha hızlı ve genellikle anonim olarak yayılmaktadır. Bir başka özelliği; mesajların kaydedilebilmesi, kişilerin özel olarak arama yapabilmesi ve önerilerin sınırsız sayıda kişi tarafından alınabilmesidir. WOMM'un bu elektronik biçimi "bir ürün, hizmet veya kurum hakkında potansiyel, gerçek veya eski müşteriler tarafından yapılan ve internet aracılığıyla çok sayıda kişi

ve kuruma sunulan herhangi bir olumlu veya olumsuz beyan” olarak tanımlanmaktadır (Hennig-Thurau vd. 2004: 39). Bu nedenle, E-WOMM, geleneksel WOMM'un aksine tüketiciler (ve hastalar) üzerinde daha güçlü bir etkiye sahip olabilmektedir.

Artan eğitim seviyesi, bilgisayar ve mobil cihazlar internet kullanımı ile birlikte modern tüketiciler toplayabilecekleri, analiz edebildikleri, yorumlayabildikleri ürün veya hizmetle ilgili bilgileri yaymaya teşvik etmektedir. Bunun yanı sıra günümüzde geleneksel reklam da tüketicilerin gözünde etkisini kaybetmektedir; çünkü tüketiciler birçok kurumunun reklam ile onları istismar ettiklerini düşünmektedirler (Hennig-Thurau vd. 2004: 39). Alan yazın E-WOMM özelliklerinin hizmetlerin tercih edilmesinde daha yüksek etkiye sahip olduğunu, satın alma öncesi beklentileri etkilediğini ve satın alma sonrası güven, müşteri tatminini devamında müşteri bağlılığına yol açtığını öne sürmektedir (Bronner, De Hoog 2011). Bu bağlamda E-WOMM'un diğer tüketicilere yardım etme aracı olarak hizmet eden çevrimiçi inceleme biçimi olduğu söylenebilir.

Günümüzde insanlar sağlıkları konusunda daha bilinçlidir; fakat sıklıkla doktora veya hastaneye gittiklerinde, zamanları veya kaynakları olmadığı için kaliteyi kontrol edememektedirler. Bu sebepten akrabalarından veya arkadaşlarından tavsiye almaktadırlar. Bu bağlamda; sağlık kurumlarında da E-WOMM uygulamalarının günümüzde oldukça popüler olmaya başladığı görülmektedir. Yorum ve şikayet siteleri bunların temelini oluşturmaktadır. Günümüzde hem hizmet sunucuları hem de hizmet kullanıcıları tarafından, sosyal medya sağlık sektöründe giderek daha fazla kullanılmaktadır. Alan yazın; nüfus arasında yüksek difüzyona sahip, maliyet etkin bir ortam olarak, iletişimin etkinliği ve dolayısıyla sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki ilişkinin geliştirilmesine yardımcı olması noktasında sosyal medyaya vurgu yapmaktadır. Sosyal medya sağlık davranışını, sağlığı geliştirmeyi ve eğitimi doğrudan etkileyebileceğinden, hastaları teşvik etmek, hatta hastalara eğitim vermek için ek olarak kullanılabilir. Hastalar genellikle sosyal medyayı “sağlık bilgileri paylaşmak; örneğin sağlık tavsiyeleri ve ipuçları, hastalık riski ve önleme, tedavi seçenekleri, reçete ve uzmandan randevu için tercih etmektedir (Adzharruddin, Ramly 2015: 385). Bu şekilde sosyal medya, elektronik ağızdan ağıza iletişim (e-WOM) için güçlü bir iletişim platformu sağlamaktadır. Çoğu zaman, ağızdan ağıza iletişim tavsiyeleri, sağlık hizmeti sunucularının kalitesiyle ilgili olarak resmi kalite raporlarından daha güvenilirdir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunucularının, WOM'un

önceki, şimdiki ve potansiyel hastalarının tutumları ve davranışları üzerindeki etkisinin farkında olmaları gerekmektedir.

Sosyal medya kullanıcıları, sağlık kurumundan aldıkları hizmet ile ilgili olarak fikir aramak, vermek veya iletmek için e-WOM yöntemini tercih edebilmektedir. Fikir arayışıyla ilgili olarak, hastalar genellikle sağlık hizmetleri bilgilerine yüksek talepte bulunmaktadır. Bu tür bilgilerin kaynağı internettir. Özellikle sosyal medya araçları sağlık bilgileri için hedeflenmiş aramalara olanak tanımaktadır. Kullanıcılar bu mecralarda sağlıkla ilgili sorular sorabilmekte ve diğer sosyal medya kullanıcıları bu sorulara doğrudan yanıt verebilmektedir. Özellikle arkadaşlar ve akranlar, hastalar tarafından sıklıkla başvurulmuş önemli bilgi kaynakları olarak algılanmaktadır. Ayrıca, sosyal mecralar sayesinde hastalar, aynı veya benzer sağlık durumuna sahip diğer bireyleri bulabilmekte ve onlarla bağlantı kurabilmektedir. Sosyal medya aracılığıyla toplanan bilgiler, hastaların belirli bir sağlık hizmeti sağlayıcısının kalitesini değerlendirmesine yardımcı olabilmekte ve bu nedenle hastane seçimini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Böylece bu mecralar, fikirlerin verilmesi veya iletilmesiyle ilgili olarak, hastaların kendi hastane deneyimlerini çeşitli ağ bağlantılarıyla paylaşmalarına olanak tanımaktadır. E-WOMM'un teşvikine ek olarak, hastaneler için hizmetlerinin kalitesini hasta bakış açısıyla değerlendirmek giderek daha önemli hale gelmektedir. Sosyal medyada açıklanan E-WOM, sağlık hizmeti sağlayıcısının hastanın deneyimleri ve geri bildirimleri hakkında bilgi edinmesine yardımcı olabilmektedir. Sosyal medya hastanelere, hastalarla doğrudan iletişim kurma ve iletişim verilerini gerçek zamanlı olarak kaydetme fırsatı sunmaktadır. Bu şekilde, sosyal medya hastanenin kalitesini değerlendirmek için geleneksel anket yöntemlerine göre muhtemelen daha etkin ve hızlı bir şekilde kullanılabilir.

Ayrıca, sosyal medya iletişimini sadece yatan hasta bakış açısını yansıtmamaktadır. Ayakta tedavi gören hastalar, aile üyeleri veya diğer paydaşlar da düşünce ve deneyimlerini hastanenin sosyal medya sayfasında paylaşabilmektedir. Bununla birlikte, hastaneler sosyal medya ortamlarına dahil olarak etik, yasal, sosyal, kültürel ve eğitimsel zorlukları, özellikle de mantıklı sağlık verilerinin işlenmesini göz önünde bulundurmaktadır (Martin, Grüb 2020: 335). Bu bağlamda; sağlık kurumlarında en etkin tanıtım araçlarından biri olarak E-WOMM gösterilebilir.

Sağlık kurumları, blog, forum, içerik paylaşım siteleri, sosyal medya hesapları aracılığı ile hem hastalarıyla doğrudan iletişim kurabilmekte, hastalarına eğitim

verebilmekte, tedavi öncesi ve sonrası onların kaygılarını giderebilmekte, hem de sundukları hizmetin detaylarını ve kalitesini aktarabilecekleri ve yasal bir şekilde tanıtım yapabilecekleri bir ortamda, interaktif ve dinamik bir hizmet sunumu gerçekleştirmiş olmaktadır.

Tüm bunlar göz önüne alındığında; teknolojinin bu derece etkin olduğu günümüzde, doğru bilgi paylaşımını sağlamak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilmek ve verimli yürütülebilmesini sağlamak amacı ile gerek çalışanlara gerekse hastalara yönelik sağlık eğitimi vermek sağlık okuryazarlığının artırılması ve böylelikle de etkin sağlık hizmeti alımının sağlanması açısından büyük öneme sahiptir. Şöyle ki sağlık okuryazarlığı; bireyin kendi sağlığını koruması için temel düzeyde bilgi donanımının olması, gerektiğinde tedavi yollarını bilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı; karmaşık okumaları, dinlenen bilgileri, analiz ederek karar verme becerisini ve tüm bunları sağlıklı bağlantılı durumlarda birlikte kullanabilmeyi de kapsamaktadır (Healthy People 2010: 3). Nutbeam (2000: 260) sağlık okuryazarlığının üç farklı düzeyinin bulunduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı olup bireylerin sağlıkla ilgili herhangi bir temel bilgiyi doğru okuması ve olası riskleri ve sağlık sistemini etkin kullanmasıyla ilişkilidir. İkincisi interaktif sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanıp ileri düzeydeki sağlık bilgilerini anlamayı, sağlıkla ilgili etkinliklere katılmayı, sağlık iletilerini çözümleme ve farklı koşullarda sağlıkla ilgili bilgileri uygulamayı kapsamaktadır (Tones 2002: 285). Sonuncusu ise eleştirel sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilmektedir ve sağlıkla ilgili herhangi bir bilginin analizinin yapılarak kararların verilmesinde kullanılan ileri düzeydeki sosyal ve bilişsel becerileri içermektedir (Nutbeam, 2000: 262). Birey; sağlık üzerinde etkisi olan faktörlerin bilincinde olarak ilgili politikaları ve haberleri takip ederek çözüm sürecinde katkı sunmaktadır (Nielsen-Bohlman, 2004: 78).

Konuyla ilgili araştırmalar, bireylerin %60-80’lik bir kısmının sağlıkla ilgili bilgi edinmek için interneti kullandığını göstermektedir (Coulter ve Ellins 2006). Sağlık okuryazarlığı bireylerin gittikçe karmaşılaşan sağlık sistemlerine adapte olarak sağlıklarını bilinçli bir şekilde yönetebilmeleri için oldukça önemlidir. Dünya üzerinde yaşayan birçok insan sağlık okuryazarlığı yetersiz olduğu için ihtiyaç duyduğu bilgi ve hizmetlere erişmekte ciddi sorunlar yaşamaktadır. Bu durum ise hâlihazırda sağlık sistemlerinde yaşanan eşitsizlikleri artırmaktadır. Bireyin düşük

düzeydeki sağlık okuryazarlığı kendi sağlığı ile ilgili olumsuzlukları artırdığı gibi en başta çok ufak tedbirlerle atlatılabilecek bir sağlık sorununun daha da büyüyerek sağlık bakım maliyetlerini artırmaktadır (Healthy People 2010; Malatyalı ve Biçer 2018). Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin gelişmiş olması onun sağlıklı olmak için yapılması gerekenler konusunda daha bilinçli olmasını sağlamaktadır. Tüm bunlar ise hastaların hizmet sunumu ile ilgili algılarının açık olması sağlayacak böylelikle davranışsal niyetlerini doğru yönde etkileyecektir.

2.1.9. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlamanın Etkin Yürütülememe Nedenleri

Sağlık kurumlarında pazarlama kimi zaman etkin yürütülememektedir. İlişkisel pazarlama faaliyetlerinin etkin yürütülememe ve eleştirilme nedenlerini üç temel noktada toplamak mümkündür.

Birincisi, sağlık hizmeti sağlayıcıları, pazar payını ve kârlılığını artırma amaçlarıyla serbest piyasa ortamında tüketicilere ödeme yapmak için rekabet etmemektedir. Bunun yerine, sağlık hizmetlerine kullanıcı erişiminin aşırı talebini kontrol etmek için, siyasi kararname ile belirlenen aşırı talep ve bütçe kısıtlamaları ortamında, bütçeler için rekabet etmektedirler (Dawson, Dargie 2002: 211).

Ayrıca; sağlık hizmetlerinin birden fazla müşterisi olması, alıcı ve satıcı arasındaki geleneksel pazarlama alışverişi kavramını karmaşıklaştırmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmeti sunucuları pazarları, ürünleri veya müşteri grupları hakkında stratejik kararlar alamamakta ve en değerli müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamaya dayanan seçici müşteri odaklılık unsurunu benimseyememektedirler (Kıyat vd. 2017: 152).

İkincisi, sağlık hizmetlerinin alıcıları nihai müşteriler olsa da, bu müşteriler özel sektör pazarında olduğu gibi, aynı seçim süreci ve müşteri egemenliği özelliklerini paylaşmamaktadırlar. Sağlık hizmeti müşterileri genellikle savunmasızdır ve tekeli hizmet tedarikçilerinin faaliyetlerini etkileme konusunda güçsüzdürler. Bu nedenle sağlık hizmeti müşterilerinin gücü, şikayet mekanizmaları, anketler ve odak grupları gibi istişare süreçleri ve bir sonraki seçimde alternatif politikalara oy verme fırsatı ile sınırlıdır. Ayrıca, birçok sağlık hizmetinin doğası, müşterinin tedavinin teknik özelliklerinin kalitesini yargılayamayacağı şeklindedir. Bununla birlikte müşteri etkisinin olmaması, müşterilerinin ihtiyaçlarına karşı daha duyarlı olmaya gerek görmeyen sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bir kibir ve kayıtsızlığa da neden

olabilmektedir. Müşteriye odaklanma noktasındaki bu eksikliği, sağlık kuruluşlarında, akredite edilmiş mesleki nitelikleri nedeniyle genellikle en iyisini biliyormuş gibi davranan ve hizmet sunumunun soyut boyutlarının önemine nispeten kayıtsız olan profesyonel grupların egemenliğiyle daha da kötüleşmektedir (Grönroos 2004: 102).

Üçüncüsü ise, sağlık hizmetleri gibi kamu hizmetlerinin eşitlik ve hesap verebilirlik gibi farklı hedefleri olduğu, ve bununla beraber özel sektörün hedef kitlesinde ya da pazarlarında bulunmayan farklı değerleri olduğu sıklıkla tartışılmaktadır. Ayırt edici kamu hizmeti değerleri dizisi, kamu yöneticilerinin daha az materyalist davrandıkları, finansal ödüllerle daha az motive oldukları ve öncelikle halka hizmet etmek için güçlü bir arzuyla yönlendirildikleri söylenen kamu hizmeti ahlakı olarak karakterize edilmiştir (Boyne 2002: 100). Dolayısıyla, McGuire'ın gözlemlediği gibi, kamu hizmetleri, hükümetin politika önceliklerine yanıt verme ile tüketiciler ve vatandaşlar olan müşterilerin ihtiyaçları arasındaki çatışmayı ortaya koymaktadır (2003: 69). Bu nedenle, bu farklılıklar sağlık hizmetlerinin sunumunda ilişkisel pazarlamanın rolü hakkında tartışmalar söz konusudur.

2.2. Sağlık Kurumlarında Hizmet Hatası ve Telafisi

Günümüzde eğitim seviyesinin artması, tüketicilerin daha da bilinçli hale gelmesi, kitle iletişim araçlarının ve sosyal ağların etkin kullanımı, hasta haklarının öneminin artması gibi sebeplerle, sağlık kurumlarında verilen hizmetler sorgulanmakta ve yaşanan hizmet hataları sonucunda hizmet alanların tepkileri de farklılaşmaktadır. Bireyler almış oldukları hizmetler ile ilgili kusur hissettiklerinde hizmet hatasından bahsedilmektedir. Günümüzde bilinçli bireyler bir hizmet hatası ile karşılaştıkları zaman artık birçok farklı kaynaktan şikayette bulunmakta ve haklarını aramaktadırlar. Geçmişte hem hasta hakları tam olarak bilinmiyor ve savunulmuyordu, hem de hasta ve hasta yakınları yaşadıkları hizmet hatalarını rahatlıkla dile getiremiyorlardı. Şikayetlerini dile getirirler dahi çözüm için başvuru merci bulamıyorlardı; fakat günümüzde sağlık kurumları içerisinde artan rekabet ve önemsenen hasta hakları sayesinde sağlık kurumları gelen şikayetleri değerlendirmek ve hizmet telafisi sunmak için azami gayret göstermeye başlamışlardır. Bu bağlamda bu bölümde öncelikli olarak sağlık kurumlarında karşılaşılan hizmet hataları ve hastaların hizmet hatalarına karşı verdiği tepkiler sonrasında ise hizmet telafi süreci, stratejileri ve hizmet telafi paradoksu ele alınmıştır.

2.2.1. Sağlık Kurumlarında Hizmet Hatası

Hizmet hatası, hizmet sunumu ile ilgili gerçekte yaşanan ya da müşteri tarafından algılanan sorunlar veya kurumda yaşanan kusurlar anlamına gelmektedir. Hizmet kalitesinin müşteri beklentisinden düşük olduğu durumlarda hizmet hatasından söz etmek mümkün olabilmektedir (Cengiz vd. 2015: 88). Hizmet işletmesinin faaliyet alanına ve müşterilerle karşılaşma düzeyinin yüksek olup olmamasına göre farklı hata türleri ortaya çıkmaktadır. Hizmet hatası türleri, kurumların hata türüyle uyumlu olan telafi stratejisini/yöntemini tespit ederek başarılı bir telafi süreci gerçekleştirmeleri bakımından son derece önemli bir konudur (Swanson, Hsu 2009: 188). Bu bağlamda; hizmet hatalarının sınıflandırılması ile ilgili farklı yaklaşımlar söz konusudur. Örneğin; Yang ve Mattila hizmet hatalarını; yanlış tedavi, fiziki ortam yetersizliği, çalışan eksikliği gibi temel hizmetlerle ilgili hatalardan kaynaklanan çekirdek hatalar ve hizmet işletmesinin tutumu, çalışan davranışları gibi maddi kaynaklı olmayan etkileşimsel hizmet hataları olarak ele almaktadır (2012: 400). Bitner vd. ise hizmet hatalarını, işletmenin bizzat kendisinden kaynaklanan kontrol edilebilen hatalar ve işletme dışı nedenlerden kaynaklanan kontrol edilemeyen hizmet hataları şeklinde iki grupta ele almaktadır (1990: 72). Sağlık kurumları temelinde incelendiğinde; hizmet hataları üç kategoride değerlendirilmektedir. Bunlar (Bitner vd.1990; Hoffman vd. 1999: 75):

i. *Hizmet sunumuyla ilgili hatalar:* Bu tür hatalar hizmet sunum sürecinde açığa çıkan ve kontrol edilemeyen kusurları içermektedir. Sağlık kurumlarında hizmet sunumu ile ilgili hatalara; randevu ile ilgili hatalar, hizmet sunumundaki yavaşlık, çalışan yetersizliği, teknik problemler, yanlış tanı ve tedavi, tıbbi cihaz ve malzemelerde yaşanan eksiklikler, hasta kayıtları ile ilgili problemler, hasta hakkı ihlalleri gibi sorunlar örnek verilebilir.

ii. *Çalışanların davranışlarından kaynaklı hatalar:* Çalışanların kabul edilemez davranışlarından kaynaklanan ya da çalışanların birincil şekilde sorumluluğu bulunan hataları içermektedir. Sağlık kurumlarında bu tür hatalara örnek vermek gerekirse; hastalara karşı kaba ve uygunsuz davranışlardan kaynaklanan hizmet hataları, çalışanların bilgi eksikliği, iletişim problemleri, yanlış tedavi, hasta mahremiyet ihlali gibi kusurlar gösterilebilir.

iii. *Müşteri isteklerinin karşılanmamasından kaynaklanan hatalar:* Hizmete ilişkin müşterilerin isteklerinin karşılanamaması sonucu meydana gelen hizmet hatalarını içermektedir. Örneğin serviste yatan hastanın özel oda talebine cevap verememek, tedavi yöntemini değiştirememek, sağlık kurumlarında bu tür hatalara örnek sayılabilir.

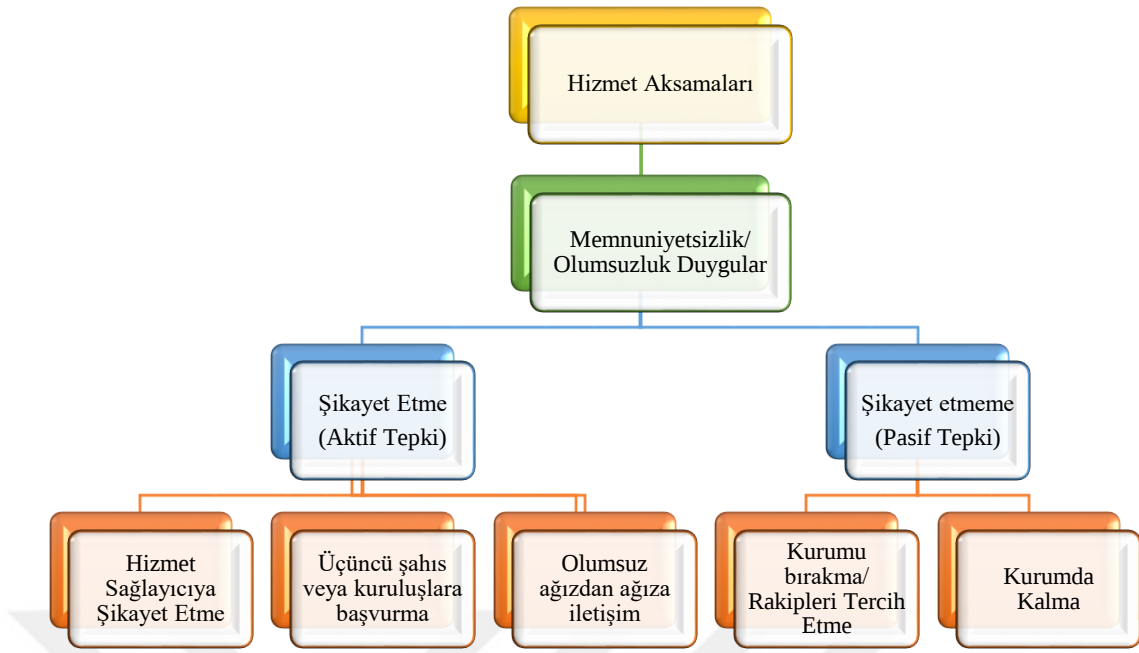
Nguyen ve McColl-Kennedy (2003: 50) ise hizmet hataları ile ilgili aşağıdaki hususlara dikkat çekmektedir (1990: 72):

i. *Sonuç hataları ve süreç hataları:* Sonuç müşterilerin hizmetten ne algıladıkları ile ilgilidir ve sunumu yapılan hizmetin neticesinde müşterilerin memnuniyetsiz olmaları, sonuç hatasını meydana getirmektedir. Süreç ise, hizmetin sunum süresiyle ilintilidir ve hizmet sunumu esnasında müşterilerde meydana gelen memnuniyetsizlikle alakalıdır. Süreç hataları fonksiyonel kalitenin düşük algılanmasına sebep olurken, sonuç hataları teknik kalitenin düşük algılanmasına neden olmaktadır.

ii. *Hatanın büyüklüğü:* Meydana gelen hizmet hatasının müşterilerin gözlerinde ne derecede büyük veya küçük olarak algılandığı ile ilişkilidir.

iii. *Öz ve öz olmayan hatalar:* Hizmet sunumda meydana gelen büyük hatalar öz hataları oluşturmaktadır. Müşterilerin gözlerinde büyük olan memnuniyetsizlik öz hatayken, memnuniyetsizliğin az olduğu hatalar ise öz olmayan hatalar şeklinde ifade edilmektedir.

Müşterilerin hizmet aldığı kurumda iyi muamele gördüğüne inanmaması veya hizmet hatasının zamanında telafi edilmemesi, onların diğer hizmet işletmelerinden hizmet almaya başlamalarına sebep olacaktır (Kambur 2018. 51). Bu bağlamda kurumların müşteri kaybetmesinin temel nedenin hizmet hataları değil-ki kimi zaman bu hatalar öngörülemeyen hususlardan kaynaklanabilmektedir- hizmet telafisindeki tatminsizlikler olduğu söylenebilir. Müşteriler hizmet hataları ile karşılaştıkları zaman; demografik özellikleri, o anki ruhsal durumları, yaşadıkları hatanın boyutu, algıları gibi değişken etmenlere bağlı olarak farklı tepkiler vermektedir. Bu durum sağlık kurumları özelinde Şekil 2.3' te gösterilmiştir.



Şekil 2.3. Sağlık Kurumlarında Hizmet Hatalarına Karşın Hasta Tepkileri

Kaynak: (Akdu 2017; Kılıç vd. 2013; Kılınç 2011; Zeitham, Bitner 2003 yararlanılarak tasarlanmıştır).

Hizmet hatası yaşamış hastaların karşılaştığı hatanın boyutu ve etkisine göre tutumları da farklılık göstermektedir. Hata sonucu hastalarda; kızgınlık, bıkkınlık, üzüntü, stres gibi farklı duygular açığa çıkmaktadır. Bu durumda hastalar ya şikayet etme yoluna gideceklerdir ya da şikayet etmemeyi tercih edeceklerdir. Bu durum alan yazında aktif tepki (şikayette bulunma) ve pasif tepki (şikayette bulunmama) olarak sınıflandırılmaktadır (Kılıç vd. 2013: 821). Şikayet etmeyi tercih eden hastalar bunu farklı yollarla ifade etmektedirler. Bunlardan ilki; açık tepki verme olarak da nitelendirilen (Akdu 2017: 11), hastanın şikayetini doğrudan hizmet sağlayıcıya veya üçüncü şahıs ve kuruluşlara iletmesi, ikincisi ise özel tepki verme olarak da adlandırılan işletmeyi tekrar tercih etmeme ya da olumsuz ağızdan ağıza iletişimde bulunma şeklinde gerçekleşmektedir. Pasif tepki ise, şikayet etmeyip kurumu bırakmayı veya tamamen tepkisiz kalarak aynı kurumdan hizmet almayı içermektedir (Kılınç 2011: 18).

Hastaların hizmet hatası sonra verdiği bu tepkileri; hatanın önemi (şiddeti), daha önceki şikayet deneyimleri (kurum ya da çalışanlar ile ilişki süresi), sadakat eğilimleri, şikayet prosedürlerindeki zorluk, hata telafisine duyulan inanç, hasta için hizmetin önemi, hata kaynağı, hizmetin fiyatı, meslek, demografik, psikolojik, sosyolojik ve kültürel özellikler etkilemektedir (Akdu 2017: 14).

2.2.2. Sağlık Kurumlarında Hizmet Telifisi ve Telifi Süreci

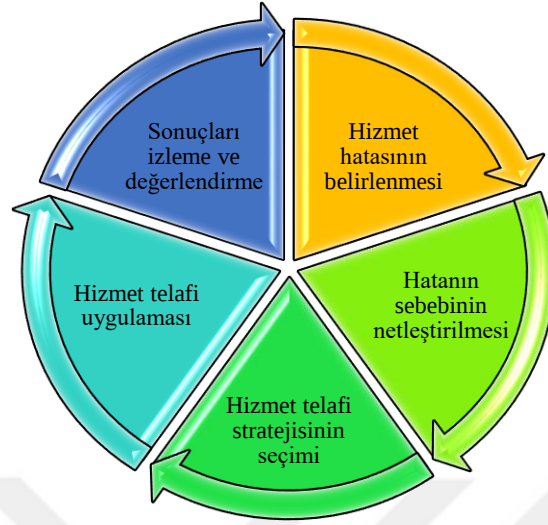
Kalite standartları gereği kurumlar sorunu müşteriden önce fark etmek ve ona yansıtmadan çözmek isterler, ancak bu her zaman mümkün değildir. Hizmet işletmeleri tüm şikayetleri önleyemeyebilecekleri için, onlara etkili çözümler bulmayı öğrenebilmelidirler. Şikayetlerin etkin bir şekilde ele alınmasının mağdur müşterileri memnun ve sadık müşterilere dönüştürebileceği bilinmektedir. Hizmetin geri kazanılması, yalnızca bir şikâyetçinin hizmeti tekrar satın almaya devam etmesi ve deneyimi hakkında olumlu sözlü iletişimde bulunması halinde gerçekleşmiş olmaktadır; bu nedenle yöneticilerin hizmet hatalarını ve bunların iş süreçleri üzerine etkilerini tam olarak anlamaları önemlidir.

Kavram olarak hizmet telifisini ilk olarak Bell ve Zemke kullanmışlar ve müşterilerin beklentilerinin ve isteklerinin belirlenmesi, bu doğrultuda karşılanması için yürütülen faaliyetler olarak (1987: 32) tanımlamışlardır. Çalışkan hizmet telifisini; hizmet hatalarını düzeltme ve memnun olmayan müşterinin olumsuz tutumunu olumluya dönüştürme çabalarını içeren eylemler (2013: 69) olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde ise, kurumlarda açığa çıkan hizmet hatalarının sonucunda kurum tarafından, müşteriyi kaybetmemek için müşterinin dinlenmesi, önemsenmesi ve sorun çözülmesini sağlayarak, memnuniyetsizliği gidermek adına yapılan faaliyetler olarak tanımlanabilir (Demirel 2019: 45). Hizmet telifi faaliyetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi kurumlara müşteri şikâyetlerini çözme, memnuniyetsizlikleri telifi ederek memnuniyete dönüştürme, müşteri güven ve bağlılığını sağlama gibi fırsatlar sunmaktadır. Hizmet hatası durumunda uygun telifi stratejisinin uygulanmaması, müşterilerin şikayet etme ya da olumsuz söylemde bulunması gibi olumsuz davranışsal tepkilere neden olabilmektedir.

Hizmet telifisinin, hatanın telifisi adına ne yapıldığını içeren teknik boyutu ve hatanın telifi sürecinin nasıl başarılı olarak gerçekleştirileceğini içeren fonksiyonel boyutu bulunmaktadır (Lin 2006: 28).

Hoffman vd. konu ile ilgili çalışmalarında, sistematik hata tanımlama sürecini içeren hizmet telifisine yönelik programlı bir yaklaşım geliştirilmişlerdir. Buna göre hizmet telifisinin başarı olması için; hizmet hatasının belirlenmesi, hatanın sebebinin netleştirilmesi, hizmet telifi stratejisinin seçimi, hizmet telifi uygulaması ve

sonuçların etkinliğini izleme ve değerlendirme aşamalarının sırası ile etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir (2016: 9). Bu döngü Şekil 2.4.'te gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Hizmet Telifi Süreci

Kaynak: Alanyazın taraması sonucunda araştırmacı tarafından tasarlanmıştır.

Bu süreç, hatanın ve kurumun türüne göre farklılık göstermekle birlikte etkin bir şekilde planlandığı takdirde başarı sağlanabilecektir.

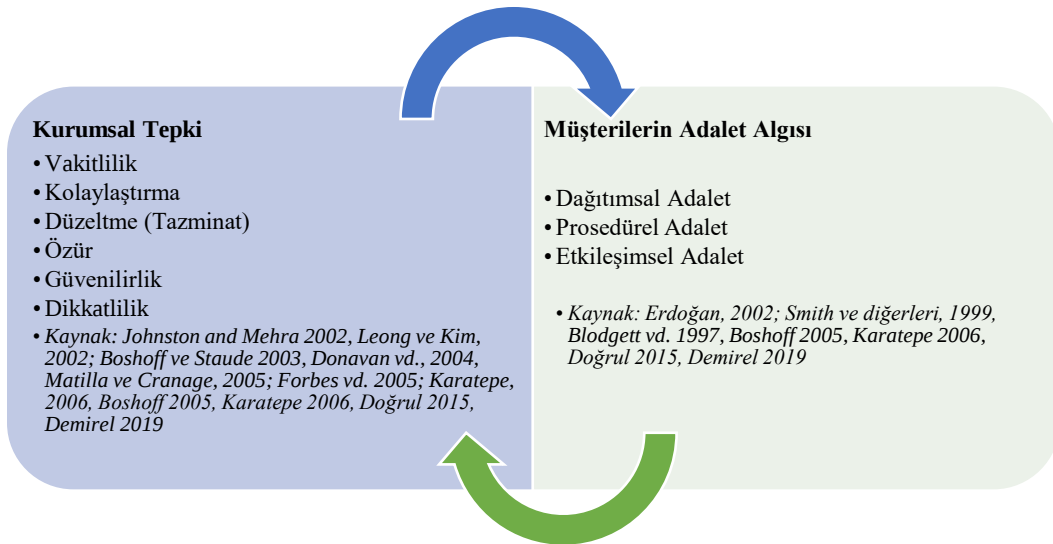
Sağlık kurumlarında başarılı hizmet telifi faaliyetlerinin sağlayabileceği önemli yararları şu şekilde sıralamak mümkündür (Lewis, McCann, 2004: 7):

- ✓ Hastaların algılarını geliştirmek.
- ✓ Hizmet ve organizasyon kalitesi sağlamak.
- ✓ Olumlu ağızdan ağıza pazarlamanın yolunu açmak.
- ✓ Hasta ve çalışan memnuniyetini artırmak.
- ✓ Sadakate dayalı ve kar üzerinde olumlu etkiye sahip müşteri ilişkileri kurmak.

Sağlık kurumlarını diğer hizmet işletmelerinden ayıran, kendine özgü; insan sağlığına dokunmak, kesintisiz hizmet sunmak, hatalara karşı aşırı duyarlı olmak ve tolerans gösterememek, birçok farklı disiplini bünyesinde bulundurmak gibi özellikleri düşünüldüğü takdirde, sağlık kurumlarında hizmet telifisinin hızlı ve etkin olmasının önemi de aşikardır.

2.2.3. Sağlık Kurumlarında Hizmet Telafi Stratejileri

Sağlık kurumları diğer hizmet kurumlarından farklı olarak, doğrudan insana dokunması, hem beden hem de ruhuna hitap etmesi sebebi ile hatalara karşı çok duyarlıdır. Sağlık hizmetinde yaşanan bir hata bir insanın sakat kalmasına, telafisi olmayan bir aksan bırakmasına hatta yaşamına dahi sebep olabilmektedir; bu noktada sağlık hizmetlerinde hizmet hatası, diğer hizmet işletmelerine kıyasla çok daha riskli ve istenmeyen bir durumdur. Fakat insanın olduğu her yerde, bilhassa çok karmaşık ve farklı disiplinleri içinde barındıran, yoğun bir çalışma süreci içeren ve etkin koordinasyon isteyen sağlık kurumlarında hizmet hatası kaçınılmaz bir sorundur. Zira hastalar gerek bedensel sağlık sorunları gerekse bu sorunlar neticesinde yaşadıkları psikolojik süreçlerle ilintili olarak birçok hususu, hata olmasa dahi hata olarak algılayabilmektedirler. Bu durumda hizmet hatasının büyüklüğü ve telafi şekli önem arz etmektedir. Günümüz koşullarında sağlık kurumları etkin bir şikayet yönetimi ve hizmet telafi stratejileri uygulayamaz ise uzun vadede zarar edecek ve devamlılık hedefini yerine getiremeyeceklerdir. Bu bağlamda hizmet telafisi sağlık kurumları için oldukça büyük öneme sahiptir. Hizmet telafi stratejileri kurumsal tepki ve müşterilerin adalet algısı boyutunda Şekil 2.5’de gösterilmiştir.



Şekil 2.5. Sağlık Kurumlarında Hizmet Telafi Stratejileri

Hizmet telafisinin başarılı olması, kurumun hizmet hatası sonrası gösterdiği çabaya ve mağdur olan hizmet alıcısının bu çabayı algılamasına bağlıdır. Nitekim hizmet telafi stratejileri, kuruluş tarafından gerçekte sunulduğu gibi değil, müşteri

algıları olarak değerlendirilmektedir; çünkü hizmet alanların algıları tutumlarını ve gelecekteki davranışlarını yönlendirmektedir. Davidow yaptığı alan yazın araştırması ve nitel araştırmalar sonucunda, kurumların hizmet telafi stratejilerinin; zamanında olma (vakitlilik), kolaylaştırma, düzeltme (tazminat), özür, güvenilirlik ve dikkatlilik olarak altı boyuttan oluştuğunu ileri sürmektedir (2000:475). Bununla birlikte birçok araştırmacı da hizmet telafi sürecini bu altı boyutta değerlendirmiştir (Boshoff 2005; Boshoff, Staude 2003; Demirel 2019; Doğrul 2015; Donavan vd. 2004; Forbes vd. 2005; Johnston, Mehra 2002; Leong, Kim 2002; Karatepe 2006; Matilla, Cranage 2005).

Bununla birlikte hizmet hatası sonrası ortaya çıkan şikayetlere kurumların yanıt verme süresi ne kadar hızlı olursa, tatmin ve tekrar hizmet alım niyeti de o kadar yüksek olmaktadır (Conlon, Murray 1996:1053). Martin (1985: 44) tepki hızının sadece geri alım niyetlerini ve şikayetin ele alınmasından duyulan memnuniyeti artırdığını değil, aynı zamanda negatif ağızdan ağıza iletişimi de azalttığını söylemektedir.

Kolaylaştırma, kavram olarak bir kurumun müşteri şikayetlerini desteklemek için uyguladığı prosedürler, politikalar ve araçları ifade etmektedir. Kolaylaştırma stratejisi müşterinin şikayette bulunmasını sağlamakta böylece hizmet hatasının telafi şansını artırmaktadır.

Bir sorun oluştuğunda müşterinin en çok beklediği sonuçlardan biri “adil bir çözüm” dür. Bu şikayetçinin kurumdan aldığı gerçek sonuçla ilgilidir yani özünde bir maliyet / fayda analizidir.

Memnuniyetsizlik, fiziksel bir şeyin yanı sıra psikolojik bir şeyden de kaynaklanabilir; bu nedenle, müşterinin uğradığı kayıp finansal olduğu kadar psikolojik de olabilmektedir; bu bağlamda müşteriler kurumdan sadece somut çözümler değil; aynı zamanda soyut beklentilere de girmektedirler ve her zaman, en azından beklentilere karşılık verecek bir özür dilemelidirler. Özür dilemek bir anlamda, müşterilerin dengeyi yeniden kazanmalarına yardımcı olması açısından psikolojik tazminat olarak düşünülebilir. Good-man, Malech ve Boyd'a (1987: 64) göre, özür kurum tarafından suçluluk kabulü değil, kurumun sorunu ciddiye aldığını ve buna dikkat edeceğini göstermektedir.

Güvenilirlik, kuruluşun sorunu açıklamak istediği anlamına gelmektedir. Kuruluşlar sadece bireysel şikayetlere verdikleri cevaplarla değil, gelecek olayları önlemek için neler olduğu ve bu konuda ne yapacaklarına dair açıklamalarıyla da değerlendirilmektedir (Martin 1985: 45). Hasta her hizmet talebinde aynı standartta hizmet alabiliyorsa ya da hataların telafi edileceğine inanıyorsa güvenilirlikten bahsedilebilir.

Dikkat, kurum temsilcisi ile şikayetçi arasındaki etkileşimi ifade etmektedir. Müşteri ve kuruluş arasındaki iletişim, çoğu şikayet yönetimi durumunda anahtar bir yapıya sahiptir. Bu boyut, şikayet sahibine saygı ve nezaket, şikayet sahibinin durumuna empati, dinleme isteği ve temsilcisinin ekstra çabasını içermektedir (Demirel 2019: 52).

Alan yazın incelendiğinde; hizmet hatası ile karşılaşmış olan müşterilerin öncelikli olarak adil bir çözüm bekledikleri, dolayısı ile bu durum şikayetlere yönelik kurumsal tepkilerin şikayetçilerin adalet algıları ile de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Buradaki adalet beklentisi; dağıtımsal adalet (distributive justice), prosedürel adalet (procedural justice) ve etkileşimsel adalet (interactional justice) olarak adlandırılan üç farklı boyutu kapsamaktadır (Blodgett vd. 1997, Boshoff 2005; Doğrul 2015; Demirel 2019; Erdoğan 2002; Smith vd. 1999; Karatepe 2006). Dağıtımsal adalet, hizmet sunumu sürecindeki ücret iadesi, ücretsiz tekrarlanan muayene vb. gibi somut çıktıları ifade etmektedir (Başgöze, İşkorkutan 2020: 381). Aynı zamanda eşitlikçi değişim ilişkilerinin gerçekleştirilmesinde maliyet ve faydaların tahsisi anlamına gelmektedir (Smith vd 1999: 358-359). Tax vd. (1998: 61) tazminatın, dağıtımsal adaletle ilişkili olduğunu ve bir müşteri şikayetine karşılık verilebilecek en önemli örgütsel yanıt olduğunu belirtmektedirler. Prosedürel adalet, karar vericiler tarafından bir anlaşmazlık veya müzakere sonucuna varmada kullanılan politikalara, prosedürlere ve kriterlere yönelik algılanan adaleti ifade etmektedir (Blodgett vd. 1997: 189). Politikaları, prosedürleri ve araçları bulunan kuruluşların hizmet telafi süreçlerini kolaylaştırmaları ve müşteri şikayetlerine hızlı yanıtlar vermeleri beklenmektedir. Bu nedenle, müşterilerin şikayetlerini sunmalarını ve şikayetlerin ele alınma hızını sağlayan uygun politikalar, prosedürler ve araçlar prosedürel adaletin temel iki boyutunu oluşturmaktadır (Davidow, 2000: 480). Etkileşimsel adalet, prosedürlerin yürürlüğe girmesi sırasında ilgili kişilerin kişilerarası iletişimlerinde

gösterdiği adaletleri ile ilgilidir (Tax vd. 1998: 62). Ayrıca özür, açıklama, dikkat ve çaba etkileşimli adaletin dört boyutunu ifade etmektedir (Blodgett vd.1997; Smith vd. 1999; Tax vd. 1998). Bu bağlamda, çok boyutlu bir yapıya sahip olan adalet algısının, müşterilerin davranışları üzerine etkilerinin de boyutlara göre farklılaştırılarak incelenmesi uygun olmaktadır (Carrillo vd. 2019). Müşteri şikayetlerine dağıtım, prosedür ve etkileşimli adalet temelinde yanıt veren kuruluşların muhtemelen memnun ve sadık müşterilerden oluşan bir havuz edinmesi ve elinde tutması muhtemeldir. Bu sınırları net çizilmiş müşteri veri tabanı, müşterilere bugün ve gelecekte daha yakın olmaya imkan sağlayan ilişkilerin kurulmasını da kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda; hizmet telafisinde geçen bu kavramları ayrıntılı açıklamak doğru olacaktır.

2.2.4. Hizmet Telafisi ve Adalet Kavramı İlişkisi

Hizmet telafisinin pazarlama literatüründe önem kazanması ve hizmet telafisinin çok yönlü bir süreci içermesi onun hem davranışsal hem de ilişkisel birçok açıdan değerlendirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir. Bu bağlamda; hizmet telafisini daha iyi açıklayabilmek ve uygulanabilirliğini birçok açıdan irdeleyebilmek için adalet algısının açıklanması yerinde olacaktır.

Temeli sosyal psikolojiye dayanan adalet algısı (justice perception), hizmet telafi sürecinin kuramsal bir çerçevesi olarak hizmet araştırmacılarının dikkatini çekmiştir. Bu kavrama göre müşterilerin tatmin düzeyleri ve gelecekte işletmeye karşı gösterecekleri tutumlar, kendilerine adil davranılıp davranılmadığını hissetmelerine bağlı olarak şekillenmektedir (McColl-Kenedy, Sparks 2003: 25). Hoffman ve Kelley algılanan adaletin anlaşılmasında, “hizmet telafisinin; telafi ile ilişkili çıktılar, telafi sürecince gösterilen kişilerarası davranışların tamamının kritik nitelikte önemli olduğunu” (2000) ifade etmişlerdir.

Müşteriler, adaletli olmayan bir davranışa tanıklık ettiklerinde bulundukları kurum veya kurum çalışanlarından kaynaklanan olumsuz durumları azaltmak için telafi arayışı içerisine girebilmektedirler. Müşterilerin bu telafi arayışı algılanan adalet kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur (İşkorkutan, 2018: 14).

Adalet algısı, müşterinin, telafi girişimini adil ve adil değil şeklinde değerlendirmesidir (Şeker, 2018: 45). Müşteriler hizmet başarısızlığı sonrasında beklentilerinin üzerinde hizmet telafisi aldıklarında beklentileri karşılanacak ve telafilere adil olarak algılayabileceklerdir (Blodgett vd. 1997: 401). Şikâyetle bulunan

müşterilerin işletmelerin telafi hizmetlerinden duydukları adalet algısı, gelecekteki davranışları üstündeki önemli etkisini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Bearden ve Oliver 1985; Fornell ve Wernerfelt 1987; Davidow ve Leigh 1998; Goodwin ve Ross 1992; Andreassen 1999).

Alanyazında adaletin üç boyutunun olduğu ve müşterilerin hizmet telafisini bu üç boyutu esas alarak değerlendirdikleri belirtilmektedir (Blodgett vd. 1997, Boshoff 2005; Doğrul 2015; Demirel 2019; Erdoğan 2002; Smith vd. 1999; Karatepe 2006).

i. Dağıtımsal Adalet: Smith vd. dağıtımsal adaleti, müşterinin katlandığı maliyetler ve telafi sonrası elde ettiği somut çıktılar olarak (1999: 358) tanımlamaktadırlar. Hizmet hatasının telafisi ve tazmini için sonuç olarak elde kalan somut değerler dağıtım adaletini ifade etmektedir; dolayısı ile dağıtım adaleti sonuç odaklıdır ve hatanın somut olarak giderilip giderilmediğine bakmaktadır (Şeker, 2018: 45). Genellikle müşterilerin beklediği dağıtımsal adalet, bir sonraki hizmetten ücret almama, indirim yapma, onarma gibi maddi telafiler olabilmektedir (Zeithaml ve Bitner, 2003: 25). Buna karşın; McCollough' e göre dağıtımsal adalet sadece müşterinin paralarının karşılığını alıp almadıklarının değerlendirmesi ile ilgili değildir (2000: 424). Bu süreç aynı zamanda para ile ilgili olmayan girdi ve çıktıları da içermektedir. Bunlar; öfke ve utanç, şikâyet maliyetleri; zaman, çaba ve ego çıkarları gibi soyut olan duyguları ifade etmektedir.

Telafi sonuçlarının adillığının değerlendirilmesi özellikle diğer müşterilerin benzer durumlarda aldığı çıktılar bilinmediğinde zor olabilmektedir. Bu sebepten dolayı müşteriler hizmet telafi sürecinin adillliğini değerlendirirken etkileşimsel ve prosedürel adaleti de dikkate almaktadırlar.

ii. Prosedürel Adalet: Blodgett vd. prosedürel adaleti, hizmet hatasıyla ilgilenen çalışanların süreci ele alırken kullandığı politika, usuller ve ölçütlerin algılanması yönündeki adalet olarak (1997: 215) tanımlamaktadır. Prosedürel adaleti değerlendirirken kullanılması gereken önemli unsurlar; kurumun şikâyeti ele alış biçimi, tutarlılık, önyargıdan arınma, doğruluk, hızlı düzeltilebilirlik, temsil edilebilirlik ve etik olma şeklinde sıralanabilir (Tax vd. 1998; Maxham ve Netemeyer 2002; İşkorkutan 2018; Şeker 2018).

iii. Etkileşimsel Adalet: Telafi süresince müşterinin kişisel olarak maruz kaldığı tutum ve davranışların şekli ve uygunluğu olarak tanımlanabilir (Tax vd. 1998: 65). Hizmetin alımı sırasında hata ile karşılaşan müşteriye karşı, hizmet sağlayıcısının davranışlarının adil olup olmadığı ile ilgili adalet boyutudur (Mattila ve Patterson 2004: 400). Dağıtımsal adalet ve prosedürel adalet, telafinin daha çok sonuç kısmıyla ilgiliyken, etkileşimsel adalet telafinin kişilerarası iletişimine odaklanmaktadır (Sparks ve McColl-Kennedy 2001: 23). Nedenini açıklama, dürüstlük, nezaket, çaba harcama ve empati, etkileşimsel adaletin beş temel ilkesini oluşturmaktadır. Bu bağlamda; kurum ve çalışanlar bu ilkeleri gerçekleştirdiklerinde etkileşimsel adalet etkili bir şekilde kullanılmış olmaktadır (İşkorkutan 2018. 43).

2.2.5. Sağlık Kurumlarında Etkili Hizmet Telafisinin Faydaları

Hizmet yöneticileri, geçmişte etkin hizmet telafisinin potansiyel faydalarının soyut kanıtlarına güvenmek zorundaydı (Hart vd. 1990), bugün ise tatmin edici hizmet telafisinin müşteriye elde tutmaya, bağlılığa, olumlu sözlü iletişim, güven, kurumun yetkinliğinin gelişmiş algısı, algılanan kalite ve değer açısından olumlu izlenim gibi diğer faydalı sonuçlara katkıda bulunduğunu doğrulayan ampirik kanıtlar gittikçe artmaktadır. (Davidow 2003; Demirel 2019; Doğrul 2015; Karatepe 2006; Stauss, Schoeler 2004; Smith vd.1999; Tax vd. 1998). Öte yandan, hizmet telafisi yoluyla müşteri memnuniyetini sağlayamamak müşteri güveninin azalmasına, müşterilerin kaybedilmesine, olumsuz ağızdan ağıza iletişime, olası olumsuz tanıtımlara ve hizmetin yeniden gerçekleştirilmesinin doğrudan sebep olacağı yüksek maliyetine yol açabilmektedir (Stauss, Schoeler 2004).

Onaylanmamış beklentilere neden olan çalışan davranışı (hatalı sistemlerin veya politikaların neden olduğu sorunların aksine), telafinin en zor türlerinden biridir (Hoffman vd. 2016: 8). Genellikle müşteriler, temel hizmet hatası nedeniyle değil, çalışanların müşteriye hizmetle ilgili başarısızlığı gidermeye yönelik girişimlerine ve çoğu kez, kabul edilemez yanıtları nedeniyle alternatif bir hizmet sağlayıcıya geçmektedirler (Keaveney 1995: 77). Bu nedenle hizmet telafisinin ne kadar başarılı olduğunun değerlendirilmesi için öncelikle hizmet firması çalışanlarının tepkisine odaklanılmalıdır. Hoffman vd. hizmet hatalarını önlemek ve etkin hizmet sunumunu gerçekleştirmek için birincil motivasyon olarak, kurumların çalışanlarını yalnızca hizmeti nasıl doğru bir şekilde sunacakları konusunda eğitmekle kalmayıp, aynı

zamanda çalışanların etkin hizmet telafisi yöntemlerini bilerek uygulaması için yönlendirmeleri ve müşterileri ile etkin bir etkileşim kurması gerektiğini savunmaktadırlar (2016:7). Ancak, az sayıda hizmet firması, hizmet telafi çabalarından sonra şikayetçi müşterilerin memnuniyet derecesini tam olarak değerlendirebilmektedir.

Hizmet hatalarını ve çalışanların iletişim süreçlerini ve performanslarını iyileştirme çabalarını izlemenin yöneticilere ana katkısı, aşağıdaki hususlarda oldukça yararlı bir hizmet yönetim süreci sağlamaktadır.

- ✓ Alanları içinde tanımlaması ve sınıflandırması,
- ✓ Her hizmet hatası için müşteri algılarının ciddiyle değerlendirilmesi,
- ✓ Uygulanan hizmet telafi stratejilerini belirlemesi ve sınıflandırması,
- ✓ Her bir hizmet telafisi etkinliğine ilişkin müşteri algılarının değerlendirilmesi,
- ✓ Hizmet telafisi ile sonrasındaki müşteri davranışları arasında bağlantı kurulması.

Tüm hizmet telafisi araştırmalarında ortak tema, müşterilerin kurumun telafi çabalarından memnun olması gerektiğidir. Aksi takdirde, satış kaybı, negatif ağızdan ağıza iletişim dahil olmak üzere, birçok olumsuz sonuç ortaya çıkacaktır.

Bodhoff başarılı bir hizmet telafisi için, bir hizmet işletmesinin mağdur müşteri ile etkili bir şekilde iletişim kurması, geri bildirimde bulunması, özür dilemesi, neyin yanlış gittiğine ilişkin bir açıklama sunması, çalışanları müşterinin şikayet ettiği sorunu çözmesi için motive etmesi, destek olması, çalışanların çalışma ortamları açısından uygun şekilde giyinmesini ve profesyonel görünmesini sağlaması gerektiğini önermektedir (2005: 414).

Bir hizmet hatası meydana geldiğinde, birçok kuruluş hatayı basitçe çözmeye ve uygulamaların normale döneceği umuduyla ilerlemeye çalışmaktadır. Diğer bir deyişle, hizmet hatası çabucak unutulmakta ve geçmişteki hatalardan hiçbir şey öğrenilmemektedir. Buna karşın alan yazın göstermektedir ki, hizmet hatalarını sistematik bir şekilde takip etmek, kuruluşa zengin bir bilgi kaynağı sağlamaktadır (You vd. 2010). Hizmet hatalarını takip eden bir kuruluş, artık hizmet sağlama sistemlerindeki çatlakların nerede olduğunu bilmektedir, bu ise kurumun eksikliklerini, eğitim ihtiyaçlarını belirlemesini sağlamaktadır. Bu şekilde kurumlar

belirli hataların sıklığı zamanla arttıkça veya azaldıkça telafi ve eğitim çabalarının etkinliğini ölçme olanağı bulmaktadırlar. Bir başka söylemle, kurumların karlılıklarını ve devamlılıklarını koruyabilmeleri için çok önemli olan “SWOT Analizi” (güçlü-zayıf yönler; fırsatlar-tehditler) için etkin bir veri tabanı sunmaktadır. Hizmet hatalarının sistematik takibi ile aynı zamanda çalışanlar ve hizmetleri de zaman içinde değişim söz konusu oldukça yeni hata türlerinin de tanımlanması mümkün olmaktadır. Son olarak, her bir başarısızlık türünün ciddiyetinin değerlendirilmesi, kurumların telafi çabalarına öncelik vermelerini sağlamaktadır. Zira bazı durumlarda, başarısızlıklar sadece rahatsızlık verirken, bazı durumlarda müşterilerin tamamen kaybedilebilmesine sebep olmaktadır.

Benzer şekilde, hizmet telafi stratejilerini izlemek ve sistematik olarak kategorize etmek de yöneticilere hizmet hatalarından kurtulmak için çok yararlı bir dizi taktik sunmaktadır. Hizmet telafi programları, kurumların belirli hata türleri için en anlamlı olan telafi stratejilerini belirlemelerine olanak tanımaktadır. Çoğu çalışan, hizmet telafisinde etkin değildir. Hizmet hatası meydana geldiğinde, çalışan, müşterinin ihtiyaçları ile kurumun çıkarları arasında kalmakta, sonucunda ise klasik rol belirsizliği ve rol çatışması yaşamaktadır. Bu durum hizmet sürecini daha da kötüleştirmektedir. Dolayısıyla; çalışanları bir dizi hizmet telafisi çözümüyle donatacak şekilde eğitmek, müşterilere, çalışanlara ve kuruluşlara fayda sağlamaktadır. Son olarak, telafi stratejilerinin etkinliğine ilişkin müşteri algılarını izlemek ve belirli telafi stratejilerini sonraki satın almalarla ilişkilendirmek, yöneticilerin hizmet telafi portföylerinin performansını değerlendirmelerine de olanak tanımaktadır. Ayrıca yöneticiler, telafi maliyeti ile bunun karlılık üzerindeki etkisi arasındaki dengeleri de bu sayede değerlendirebilmektedir (Hoffman vd. 2016: 8).

2.2.6. Hizmet Telafi Paradoksu

Müşterinin yaşadığı hizmet hatasından sonra deneyimlediği telafinin, kendisine daha önce hiç hizmet hatası ile karşılaşmamış müşterinin yaşayacağı tatminden çok daha büyük bir tatmin hissi vermesine, hizmet telafi paradoksu denilmektedir. Hizmet telafi paradoksunu hizmet hatasının büyüklüğü, müşterilerin o kurumla ilgili önceki deneyimleri, hizmet hatasının sıklıkla ya da sürekli tekrarlayabilme olasılığı ve hizmet işletmesinin hatanın gerçekleşmesindeki payı etkileyebilmektedir (Kambur 2018: 52).

Hizmet telafi paradoksu, müşteri ile kurum arasındaki iletişimin aktifleşmesi ile açıklanabilir. Şöyle ki; bu süreçte hizmet hatası yaşamış bir müşterinin mağduriyetini gidermek adına müşteri ile doğrudan iletişim kurulmakta, istekleri özel olarak dinlenmekte ve çözüme kavuşturulmaya çalışılmaktadır. Bu durum ise, olumlu veya olumsuz hiçbir deneyimi olmayan müşteriye göre, olumsuz deneyiminin telafi edilmesi ile olumlu sonuçlar alan müşterinin, değerlendirme algılarını değiştireceği için memnuniyet düzeyini daha fazla etkilemektedir. Hizmet telafisinin sağlanmaması veya telafi yöntemlerinin yanlış seçilmesi, seçilen telafi yönteminin etkin bir şekilde uygulanmaması gibi aksi durumlarda ise; müşteri memnuniyetsizliği, olumsuz ağızdan ağıza pazarlama, başka bir kurumu tercih etme, şikâyetle bulunma gibi olumsuz çıktılarla karşılaşılabilir (Erdoğan Tarakçı, Göktaş 2020: 264). Bununla birlikte araştırmalara göre, müşterilerin güven ve sadakat eksikliği, ağızdan ağza olumsuz iletişim gibi davranışları hizmet hatası yaşamış; fakat hiçbir şey yapmamış olanlarda, hizmet telafisini deneyimlemiş müşterilerden daha yüksektir (Cai 2014: 8). Bu bağlamda; hata yapmama olasılığı çok düşük olan sağlık hizmetlerinde hizmet telafisinin, müşterilerin olumsuz davranışlarının önüne geçmede ve müşteri geri kazanmada oldukça önemli olduğunu söylemek mümkündür.

Hizmet telafisi, her zaman genel hizmet sunumunun önemli bir bileşeni olmuştur, ancak bir müşteri şikayetine kurumun verdiği yanıtın etkisi hakkında nispeten az şey bilinmektedir. Yine de, araştırmalar (Lewis 1983; Morris 1988; Smith, Bolton 1998), hizmet kurtarma sürecinin memnuniyet, yeniden satın alma niyeti ve ağızdan ağıza pazarlama etkinliği üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK KURUMLARINDA İLİŞKİSEL PAZARLAMA İLE DAVRANIŞSAL NİYET İLİŞKİSİNDE HİZMET TELAFİSİNİN ARACILIK ROLÜ

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın amacı, önemi, alan yazına katkısı, sınırlılıkları ve varsayımları, araştırmada yer alan değişkenler, araştırma modeli, araştırmanın hipotezleri, örneklem süreci, veri toplama araç ve yöntemi ile araştırma kapsamında kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri ve bulgular ele alınmaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet işletmelerinden ayıran kendine özgü özelliklerinin yanı sıra, bu hizmetlerin önemi de düşünüldüğü takdirde, esasında belirsizlik ve hata kabul edilemez durumdadır. Ancak hizmetin hassasiyeti ve heterojen müşteri profili ve dalgalı talep yapısı nedeni ile bazen hatalar kaçınılmazdır. Hata ve belirsizlikleri önlemenin yolu ise müşteriye odaklanarak, müşteri istek ve ihtiyaçlarına uygun hizmet üretilmesine imkan veren, belli standartlara uygun kaliteli hizmet sunumu ile mümkün olmaktadır. Bunu gerçekleştirebilmek için müşterilerle anlamlı, kalıcı ve güçlü bir ilişki kurmak gerekmektedir. İşletmeler müşterileri ile iletişimlerini güçlü tuttukları ölçüde onların beklentilerini anlayabilmekte, güvenlerini kazanabilmekte ve bağlılıklarını sağlayabilmektedir. İşte bu noktada günümüz pazarlama trendlerine yol veren ilişkisel pazarlama yaklaşımı, tüm bu amaçlara ulaşmak için bir dizi strateji ve öneriler üzerine temellendirilmiştir. İlişkisel pazarlama kadar önemli olan bir diğer kavram ise süreklilik arz eden ve kritik anların sıklıkla yaşandığı sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanılabilecek hataların çok hızlı ve doğru şekilde telafi edilmesidir. Bu konuda hizmet telafisi yaklaşımları oldukça önemli olmakla birlikte ilişkisel pazarlama faaliyetlerini de desteklemektedir. Şöyle ki, hizmet hatası ile karşılaşp daha sonra bu hatanın telafi edildiğini deneyimleyen müşterinin tatmin düzeyi, daha önce hiç hizmet hatası ile karşılaşmamış müşterinin tatmin düzeyinden çok daha yüksek olmaktadır. Bu durum ise hizmet pazarlaması

literatüründe hizmet telafisi paradoksu olarak adlandırılmaktadır. Hizmet hatalarının müşteriler tarafından sistematik bir hata olarak algılanmamaları ve hizmet hatasının oluşmasında işletmenin çok fazla bir kontrole sahip olmadığı algısı, ancak başarılı hizmet telafisi ile mümkün olabilmektedir (Kambur, 2018: 52). Sağlık kurumlarındaki tüm bu uygulamalar gerek hasta memnuniyetini gerekse hasta davranışlarını etkilemektedir.

Bu bağlamda araştırmada temel amaç sağlık kurumlarında CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet telafisinin aracı rolünü belirlemektir. Bu temel amaç ışığında, araştırmada müşteri ve iletişim odaklı bir pazarlama yaklaşımı olan, ilişkisel pazarlama uygulamalarının neler olduğu, çalışanlar ve hastalarca nasıl algılandığı, bu uygulamaların hastaların memnuniyet düzeylerini, kuruma karşı bağlılık derecelerini, WOMM ve E-WOMM yoluyla bu deneyimlerini başkaları ile paylaşma tutumlarını doğrudan ne kadar etkilediği; ayrıca uygulanan hizmet telafilerinin neler olduğu, hizmet hatasıyla karşılaşmış hastalarda, hizmet telafisi uygulamalarının sayılan bu değişkenlerin üzerindeki aracılık etkisi belirlenmeye çalışmıştır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Müşteri ilişkilerine verilen önem sayesinde elde edilen başarı, gelecek için atılan güçlü bir adımdır. Bu nedenle kurumların, doğru bilginin toplanması, analiz edilmesi ve doğru kullanılması noktasında müşteriyi temel alması daha da önem arz etmektedir. Kurum kaynaklarını müşteri ilişkilerini iyileştirme yönünde yeterince kullanan, örgüt yapısını bu yönde yeniden düzenleyen, yönetici ve tüm çalışanların bu amaç doğrultusunda tam desteğini kazanan kuruluşlar, daha iyisini üretebilme konusunda pozitif bir ilerleme kaydetmektedirler. Bu bağlamda CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları işletmelerin müşterilerine odaklanırken nasıl bir yol izlemeleri gerektiğini, hem işletme hem de müşteriler için katma değer sağlama yöntemlerini belirleyebilecekleri bir örgütsel sistem sunmaktadır. Bununla beraber, alan yazın incelendiğinde başarılı CRM ve ilişkisel pazarlama uygulamalarının müşteri memnuniyeti ve müşteri bağlılığı sağlamada güçlü bir etkisi olduğu; dolayısıyla işletmelerin amaçlarına da hizmet ettiği görülmektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında araştırma konunun tüm işletmeler için ancak özellikle hizmet

sektörü ve önemli bir hizmet alanı olan sağlık hizmetleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çerçevede, temel amacı topluma hizmet etmek olan ve gerek işletme amacı açısından gerekse kanuni zorunluluk olarak hayatta kalmak mecburiyetinde bulunan sağlık kurumlarının, bahsi geçen uygulamaları benimsemesi ve kullanması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin başarısı hastaların kuruma güven duygusuyla psikolojik olarak rahatlamış bir şekilde kurumdan ayrılmasını sağlayacak ve böylelikle tedaviyi uygulama, gelecekteki kontrollerine devam etme davranışlarını olumlu yönde etkileyecektir. Bu sonucun bir diğer önemi ise kuruma bağlı hastalar sürekli farklı hekim ve hastane arayışına girmeyecek ve böylelikle sağlık hizmetlerinin gereksiz, yanlış kullanımının önüne geçilecek, bu sayede gerek maliyetlerin azalması sağlanacak, gerekse aşırı talep dönemlerinde oluşabilecek kuyrukların ve dolayısıyla zaman kayıplarının önüne geçilmiş olacaktır. Tüm bu gelişmeler ise kurumda iş süreçlerinin verimliliğini artırdığı gibi uzun vadede toplumun sağlık düzeyini de olumlu yönde etkileyecektir.

Alan yazında ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin birçok çalışma mevcuttur; bu çalışmalara örnek verilecek olursa; konaklama işletmeleri (Zengin ve Öztürk 2010), gıda işletmeleri (Abdullah 2012; Al-Islami 2014), mağazalar (Özgen ve Şimşek 2015) gibi hizmet işletmelerinde ilişkisel pazarlamanın müşteri memnuniyetine etkisini ölçmeye yöneliktir; fakat sağlık kurumlarında pazarlama kavramının yeni önem kazanmaya başlamış olması sebebiyle sağlık kurumlarında yeterli çalışma olmadığı kanısına varılmıştır. Bu çalışmalar ise ilgili çalışma kadar çok değişkenli değildir; örneğin, Weng vd. (2010) ilişkisel pazarlamanın sağlık hizmetlerine bağlılığa etkisini incelemiş ve 403 kişiyi araştırmaya dahil etmişlerdir. Nakip ve Özçifçi (2015) ise ilişkisel pazarlamanın hasta memnuniyetine etkisini, 363 kişiyi çalışmalarına dahil ederek değerlendirmişlerdir. Şengün (2016) ise hasta bağlılığına etkisi incelemiştir. Müşteri ilişkisel yararı, ilişki pazarlamacılığı araştırmacıları için önemli bir konudur. Bu bağlamda, araştırma sürekli değişen ve çeşitlenen pazarlama yaklaşımları içerisinde güncel olan ve sağlık kurumlarında tam olarak benimsenememiş bir yaklaşım olan “CRM temelli ilişkisel pazarlama” literatürüne katkısı nedeniyle önem taşımaktadır.

Araştırmanın bir diğer boyutu olan; şikayetlerin yönetimini sağlayarak, hataların hızlı ve doğru telafi edilmesine olanak verecek, hasta bağlılığı sağlayabilecek

“hizmet telafisi” kavramı ise alan yazında güncel olmakla birlikte sağlık kurumlarında çok az inceleme alanı bulmuş bir konudur. Sürekli insanla çalışan ve insana hizmet eden sağlık kurumlarında hizmet hatası ile karşılaşmamak mümkün değildir; bunun yanı sıra sağlık hizmetlerindeki hatalar doğru, hızlı çözülmez ve bu hataların önüne geçilmezse telafisi mümkün olmayan sonuçları beraberinde getirecektir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında karşılaşılan hataların neler olabileceği, nasıl önlenebileceği, hatalarla karşılaşıldığı takdirde ne gibi önlemler alınacağını bilmesi ve benimsenmesi sağlık kurumları için yadsınamaz bir öneme sahiptir. Mülakat yöntemi ile ayrıntılı olarak açıklanacak bu ilişkilerin tüm sağlık hizmet sunucularına ve sağlık hizmet kullanıcılarına önemli bilgiler sunacağı ve yol gösterici önemli bir kaynak olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, konusu geçen tüm bu önemli faktörlerin ilişkisini bir bütün olarak ilk defa inceleyen bu araştırmanın bundan sonraki çalışmalara ve uygulamalara ışık tutacağı kanaatine varılmıştır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Türkiye’de sağlık kurumları gerek sayı, gerek müşteri portföyü gerekse verilen hizmet çeşitliliği noktasında oldukça geniş bir kapsama sahiptirler. Bu nedenle sağlık kurumlarının tamamını, tüm müşterilerini ve sağlık üzerine yapılan tüm hizmetleri araştırma kapsamına dahil etmek mümkün olmamaktadır. Bu bağlamda; araştırma aile hekimliği, devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel hastaneler ve şehir hastaneleri ile sınırlandırılmıştır.

Bir diğer kısıt ise sağlık hizmetlerinin müşterilerinin ve verdikleri hizmetlerinin türü noktasındadır. Sağlık kurumlarının gerek dış (devlet, SGK kurumları, hastalar ve hasta yakınları vb.) gerekse iç (çalışanlar, ortaklar vb.) müşteri portföyü son derece geniştir. Bununla birlikte sundukları hizmetlerin kapsamı da oldukça geniştir. Bu bağlamda araştırmanın evreni; Türkiye’de aile hekimliğinden, devlet hastanelerinden, eğitim ve araştırma hastanelerinden, özel hastanelerden ve şehir hastanelerinden hizmet almış 18-65 yaş arası hastalar ile, örnekleme ise 1000 kişiyle sınırlandırılmıştır.

Ayrıca anket formu çevrimiçi ortamda katılımcılara uygulandığı için, sadece internet erişimi olan ve ankete dahil edilen bir örneklem grubuna ulaşılmıştır. Bu durum araştırmanın diğer bir kısıtını oluşturmaktadır.

Tüm bu kısıtların var olması neticesinde araştırma sonuçlarının Türkiye genelindeki tüm sağlık kurumlarına ve hizmet talebinde bulunan tüm hastalara genellenmesi mümkün olmamaktadır.

3.4. Meteryal ve Yöntem

Araştırma keşifsel ve tanımlayıcı araştırma niteliğindedir. Teorik ve uygulama bölümlerinden oluşan araştırmanın teorik bölümünde konu ile ilgili yazın taranmış ve ikincil veriler toplanarak keşifsel araştırma yapılmıştır. Uygulama bölümünde ise anket metninin hazırlanması, uygulanması, sonuçların analiz edilmesi ve yorumlanması ile de tanımlayıcı nicel araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın modeli tarama modellerinden ilişkisel model olarak oluşturulmuş ve yapısal eşitlik modelleriyle test edilmiştir. Yapılan çalışmanın alan araştırması, çevrimiçi ortamdan uygulanan anketlerle gerçekleştirilmiştir.

3.4.1. Evren-Örneklem/Çalışma Grubu

Araştırmada örneklem yöntemi olarak daha önce ifade edilen kısıtlardan ötürü ve ana kütle kapsamında bulunan bireylere dair net bir bilginin mevcut olmaması sebebi ile en kolay ulaşılabilen katılımcının, en ideal olduğunu kabul eden ve katılımcı bulma süreci arzu edilen örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar devam ettirilen “kolayda örnekleme” yöntemi tercih edilmiştir (Karagöz 2019: 155). Kolayda örnekleme yöntemine göre, gönüllü olarak ankete katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

Örneklem yöntemi belirlendikten sonra örneklem hacminin hesaplanması gerekmektedir. Araştırmalarda örneklem sayısının en az kaç olması gerektiği konusunda alan yazında farklı yöntemlerin var olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda; örneklem hacminin belirlenmesinde, araştırma yapısının oldukça önem arz ettiğine gözlenmektedir. Yılmaz, Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile yapılacak bir araştırmada katılımcı sayısının en az 150 olması gerektiğini ifade etmekte iken (2014: 124); örneklem hacminin saptanmasında gözlenen değişken sayısının baz alınması

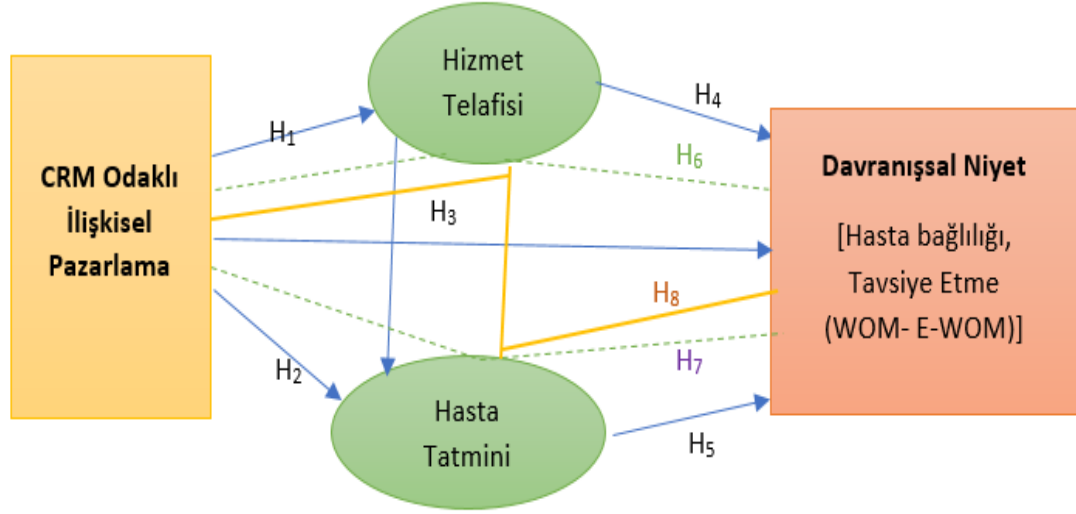
gerektiğini savunan görüşler de oldukça yaygındır. Bu bağlamda katılımcı sayısının, ölçekte bulunan gözlenen değişkenlerin beş ile on katı arasında (Kayık 2013, 114) olması gerektiği tavsiye edilmektedir. Dolayısıyla, ölçekte toplam 42 gözlem değişkeninin yer aldığı bu araştırmada, 15 gözlem değişkenine sahip hizmet telafisi için minimum 150 (10:1) oranı; diğer gözlem değişkenleri için 420 (10:1) oranı tercih edilmiş ve her bir sağlık kurumu türünden en az 20 katılımcıya erişilmesi maksimum 1000 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Ölçeğin okunarak cevaplandığından emin olmak için maddeler arasına yerleştirilmiş deneme soruları yardımı ile anketi okumadan cevaplayan katılımcılar değerlendirme dışında tutulmuş (64 kişi) ve sonuç olarak hedeflenmiş olan 1000 kişiye ulaşınca veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Hizmet telafisi ile ilgili değerlendirmelerin yapılabilmesi için hizmet hatası ile karşılaşmış hastalar baz alınmış ve anketi cevaplayan 1000 kişiden hizmet hatası ile karşılaşmış olan 230 kişi değerlendirmeye alınmıştır.

3.4.2. Araştırma Modeli

Sosyal bilimlerde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini gösteren sayısız çalışmalar vardır; fakat günümüzde değişkenler arasındaki ilişkileri kurmada bu nedensellik yaklaşımı eksik kalmakta, neden-sonuç ilişkisine bağlı olan aracılı modeller önem kazanmaktadır. Bu aracı değişkenin doğrudan etkiyi azaltıcı ya da ortadan kaldırıcı etkisi olması gerekmektedir. Bu etkinin tamamen ortadan kalkması güçlü ve tek aracı değişken olan temel aracılık modeli ile, sıfır olmaması ise, başka aracı değişkenlerin de varlığına işaret eden çoklu aracılık modeli ile test edilmektedir (Preacher ve Hayes, 2008: 888) Bu bilgiler ve araştırmanın amacı ışığında hazırlanmış araştırma modeli Şekil 3. 1’de verilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma Modeli

Şekilde görülen çoklu aracılık araştırma modeli, dört temel değişkenden oluşmaktadır. Literatürde S-O-R model olarak geçen ve birçok araştırmacı tarafından kullanılan araştırma modeli kurulurken, yapılan alan taraması ile değişkenler arası ilişkiler belirlenmiştir. S-O-R model;

(S) (Stimulus) Uyaran → (O) (Organism) Yapı → (R) (Response) Tepki

döngüsü üzerine kurulmuştur (Biçer, 2015: 164).

Bu modelde düzenleyici değişken olarak ifade edilen aracı değişkenler, bağımsız değişken olan dışsal değişken ile bağımlı değişken olan içsel değişken arasındaki ilişkinin yönünü veya şiddetini etkileyen değişkendir. Düzenleyici değişkenler daima bağımsız (dışsal) değişkenler olarak ele alınmaktadır. Düzenleyici değişkenin yapısal eşitlik modelinde kullanımı, çarpım katsayısı ile sağlanmaktadır. Düzenleyici değişken ile bağımsız değişkenin çarpılması sonucu elde edilen çarpım katsayısı (etkileşim değişkeni) elde edilmektedir. Bu değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi, düzenleyici etkinin varlığını göstermektedir (Demirel, 2019: 92).

Bu bağlamda; araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen modele göre araştırmanın problem cümleleri ve hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

Problem cümlesi 1: İçsel değişken olarak, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının diğer değişkenler üzerinde doğrudan etkisi var mıdır?

H₁: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların hizmet telafi algısı üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.

H₂: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hasta tatmini üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.

H₃: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.

Problem cümlesi 2: Düzenleyici değişkenlerin diğer değişkenler üzerinde doğrudan etkisi var mıdır?

H₄: Hizmet telafi uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerinde etkisi bulunmaktadır.

H₅: Hasta tatmininin hastaların davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.

Problem cümlesi 3: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisini belirlemede hizmet telafi uygulamalarının ve hasta memnuniyetinin aracı etkisi var mıdır?

H₆: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet telafi uygulamalarının aracı rolü bulunmaktadır.

H₇: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü bulunmaktadır.

H₈: Hizmet telafi uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü bulunmaktadır.

Problem cümlesi 4: Hastalarda hizmet telafi paradoksu gerçekleşmiş midir?

H₉: Hizmet telafisi almış hastaların hizmet telafisi almamış olanlara göre tatmin düzeyleri ve olumlu davranışsal niyetleri daha yüksektir.

Problem Cümlesi 5: Hastaların CRM odaklı İlişkisel Pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri başvuru alan sağlık kurumunun özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

H₁₀: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₁: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun bölgelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₂: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₃: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.

Problem Cümlesi 6: Hastaların hizmet telafisine ilişkin algı düzeyleri başvurulanan sağlık kurumunun özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

H₁₄: Hastaların hizmet telafisine ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₅: Hastaların hizmet telafisine ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Problem Cümlesi 7: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri başvurulanan sağlık kurumunun özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

H₁₆: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₇: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri bölgelere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₈: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₁₉: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.

Problem Cümlesi 8: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri başvurulanan sağlık kurumunun özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

H₂₀: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂₁: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri bölgelere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂₂: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂₃: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.

3.4.3. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniği ve mülakat yöntemi kullanılmıştır. Evren, Türkiye 2020 istatistik verilerine göre 15-64 yaş aralığında 56.592.570 kişiyi kapsamaktadır. Örneklem olarak ise 1.000 kişiye ulaşılmıştır. Hizmet telafisinde; hizmet hatası ile karşılaşılana baz alındığı için anketi cevaplayan 1000 kişiden hizmet hatası ile karşılaşmış olan 230 kişi değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların demografik özellikleri ile hizmet aldıkları sağlık kurumu ve buradan hizmet alırken yaşamış oldukları hizmet hatası olup olmadığı sorulmuş, hizmet hatası yaşadığını söyleyenlerden yaşadıkları hizmet hatası türü ve hizmet telafisi için başvurdukları yöntemi belirtmeleri söylenmiş; aynı zamanda ankette yer alan tüm soruları hizmet hatası yaşadıkları kurumu düşünerek cevaplamaları istenmiştir.

İkinci bölümde hizmet telafisi uygulamaları ile ilgili ifadelere yer verilmiş olup; sadece hizmet hatası yaşamış örneklem grubunun cevaplanması istenmiştir. Bu bölümde; Blodgett vd. 1997, Davidow 2000, Boshoff 2005, Karatepe 2006, Doğrul 2015, Demirel 2019 tarafından kullanılan ölçeklerde yer alan yargı ifadelerinden faydalanılmıştır. Bu ölçeklerin genel değerlendirilmesinde hizmet telafisi boyutları; “iletişim”, “güçlendirme”, “geri bildirim”, “telafi/tazminat”, “açıklama”, “kolaylaştırma”, “özür”, “dakiklik”, “adalet” ve “güven” olarak saptanmıştır. Bu boyutlar araştırmada kullanılan diğer ölçeklere ait sorular ve değişkenler de baz alınarak, araştırma amacına ve analiz sonuçlarına uygun; “etkileşimsel adalet”, “prosedürel adalet” ve “dağıtımsal adalet” olarak belirlenmiş üç boyutta değerlendirilmiş ve 15 maddeden oluşan bir ölçek hazırlanmıştır. Nihai faktörler ise açıklayıcı faktör analizine göre belirlenmiştir.

Üçüncü bölümde CRM odaklı İlişkisel pazarlama uygulamaları ile ilgili soruları içeren Abdullah ve Kanyan (2012) tarafından geliştirilen ve Taşkın vd. (2014) tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçek ile birlikte alan yazında kullanılan ölçeklerden derlenerek (Palmatier vd. 2009; De Wulf vd. 2001), sağlık kurumlarına uyarlanan likert ölçekli 25 maddelik sorular yer almıştır. Alan yazında ilişkisel pazarlama değişkenlerinin iletişim, bağlılık, güven, tatmin, empati, işbirliği, karşılıklılık, bağımlılık, riskin (belirsizliğin) olmadığı bir ortam, fırsatçı (oportünist) olmayan davranış ve hareketler ve uyum gibi kavramlar çerçevesinde karakterize edildiği görülmektedir. Taşkın vd. (2014) özel hastanelerde yaptıkları uygulamada ilişkisel pazarlamayı iletişim, güven, empati ve taahhüt boyutları ile incelemişlerdir. Astuti ve Nagase (2014: 39) ve Nakip (2015) sağlık hizmetlerinde yaptıkları çalışmada ilişki pazarlaması boyutlarını; iletişim becerisi, bağlılık, güven olarak ele almışlardır. Gerteis vd. (1993) ise hasta odaklı sağlık hizmetlerinin boyutlarını; hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterme, bilgi, iletişim ve eğitim, tedavi ve bakım sürecinde bütünlük ve düzen oluşturma, fiziksel rahatlık, duygusal destek, aile ve yakınların tedavi ve bakım sürecine dâhil olması olarak belirlemişlerdir (Kumbasar 2016: 86). Bu boyutlar araştırmada kullanılan diğer ölçeklere ait ifadeler ve değişkenler de dikkate alınarak, araştırma amacına uygun şekilde “İletişim”, “Güven”, “Empati”, “Tahaahüt” olarak sınıflandırılmış olup; yapılan açıklayıcı faktör analizine göre nihai faktörler belirlenmiştir.

Anketin dördüncü bölümünde, hasta tatminini ölçmek amacıyla; Palmatier vd. (2009) ile Astuti ve Nagase (2014) tarafından kullanılan ölçeklerden derlenen 6 maddelik hasta tatmini ölçeği kullanılmıştır. Son olarak, hastaların davranışsal niyetlerini değerlendirmek üzere; hasta bağlılığı (yeniden ziyaret niyetlerini), hizmet deneyimlerini WOM ve e-WOM (yüz yüze ve elektronik ortamda ağızdan ağıza iletişim ve pazarlama) ile yayma niyetlerini ölçmeye yönelik ifadelerin yer aldığı ve Astuti ve Nagase 2014 tarafından kullanılan ölçekten faydalanılarak 4 maddelik davranışsal niyet ölçeği kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin bilimsel kökenleri Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma Kapsamında Yer Verilen Ölçekler ve Bilimsel Kökenleri

Kullanılan Ölçek	Ön test Öncesi Boyutlar	Nihai Ölçek Boyutlar	Bilimsel Kökenleri
Hizmet Telifisi (15)	Etkileşimsel Adalet (7 madde)	Etkileşimsel Adalet (7 madde)	Blodgett vd. (1997)
	Prosedürel Adalet (4 madde)	Prosedürel Adalet (4 madde)	Davidow (2000)
	Dağıtımsal Adalet (4 madde)	Dağıtımsal Adalet (4 madde)	Boshoff (2005)
			Karatepe (2006)
İlişkisel Pazarlama (25-17)	İletişim (9 madde)	Güven-Empati (6)	Doğrul (2015)
	Güven (4 madde)	Hasta Odaklılık-İletişim (6)	Demirel (2019)
	Empati (4 madde)	Taahhüt-İşbirliği (5)	Taşkın vd. (2014)
	Taahhüt (8 madde)		Abdullah ve Kanyan (2012)
Hasta Tatmini (6)	Tek Boyut (6 madde)	Tek Boyut (6 madde)	Palmatier vd. (2009)
Hastaların Davranışsal Niyeti	Tek Boyut (4 madde)	Tek Boyut (4 madde)	Astuti ve Nagase (2014)

Anketin cevaplanma süresinin uzun olmaması ve ankete katılım için caydırıcı olmaması amacıyla, ankette yer alan soru sayısı kullanılan ölçeklerin yapısı bozulmamak kaydı ile en aza indirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda 50 kişilik ön test ile ölçeklerin güvenilirliklerine ve normal dağılımlarına bakılmış ve tüm ölçeklerin güvenilirliği sağladığı saptanmıştır. Güvenilirlik ve normallik dağılım sonuçları Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Ön test güvenilirlik- Normallik dağılım sonuçları

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Skewness	/	Kurtosis
İlişkisel Pazarlama	0,975	,162 - ,337	/	-,880 - ,662
Hizmet Telifisi	0,951	-1,162 - 427	/	,052 - ,833
Hasta Memnuniyeti	0,946	-,072 - ,337	/	-,998 - ,662
Davranışsal Niyet	0,933	,185 - ,337	/	-1,230 - ,662

Normal dağılımın temel varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması ve örneklem hacminin merkezi limit teoremi gereği 30 veya üzerinde olması (Tabachnick and Fidell, 2013: 35) sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan çok fazla uzaklaşmadığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmada kullanılan sorular, ilgili literatür doğrultusunda daha önce kullanılmış ve güvenilirliği yüksek olarak değerlendirilmiş ölçeklerden ve uzman

kişilerin görüşleri alınarak oluşturulmuş, araştırma örneklemine uygun hale getirilerek uyarlanmış, ön test sonucunda da nihai şekli verilmiştir.

3.4.4. Verilerin Çözümlemesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 23.0, IBM AMOS 23 ve Nvivo programlarından faydalanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının (Aritmetik Ortalama, Sayı, Yüzde) yanı sıra, güvenilirlik analizi, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır, son olarak ise yapısal eşitlik modelleme-yol analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçekleri oluşturan ifadelerin güvenilirliklerini test etmek amacıyla öncelikle iç tutarlık analizi yapılmış, ardından teorik modelin yapısal geçerliliğini test etmek ve ölçekleri oluşturan birbiriyle ilişkili temel boyutları değerlendirmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Verilerin açıklayıcı faktör analizi için uygunluğu Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testi ile incelenmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi ile ölçeğin yapısal geçerliliği test edildikten sonra, ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla ölçekteki gözlenen değişkenlerin birden fazla faktör altında toplanmış olması durumlarında birinci düzey çok faktörlü DFA modeli kullanılmıştır. Bu ölçme modelinde aynı faktör altında yer alan maddeler birbirleri ile bağlantılı iken diğer faktörlerdeki gözlenen değişkenlerden nispeten bağımsızdır.

Araştırmanın hipotezleri IBM AMOS 23 Programı kullanılarak test edilmiştir. Araştırmanın amacı ve modeline uygun olan, örtük değişkenlerle değişkenler arasındaki dolaylı etkilerin test edildiği YEM modeli kullanılmıştır. Bu bağlamda; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları ile davranışsal niyet arasındaki ilişkide hizmet telafisi ve hasta tatmininin aracı değişken olduğu bir aracılık modeli test edilmiştir.

Özellikle bu araştırmada olduğu gibi, çok sayıda gözlem (observed) ve gizil (latent) değişkenlere sahip olan araştırmalarda, değişkenler arasındaki ilişkilerin tespiti noktasında YEM'in kullanılacağı araştırmalar için Hair ve ark. (2006, 734); Şekil 3.2'de verilen dört aşamanın takip edilmesini önermektedir.

1. ADIM

Ölçeklerin yapıları tanımlanmalı

2. ADIM

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile faktörler belirlenmeli

3. ADIM

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile ölçüm modeli test edilmeli

4. ADIM

Uyum İyiliği Değerleri test edilerek Yapısal Eşitlikler Modellenmeli

Şekil 3.2. YEM İçin İzlenmesi Gereken Aşamalar

Şekil 3.2. görüleceği üzere ölçek yapılarının tanımlanmasından sonraki aşamalar Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki farklı faktör analizini içermektedir. Faktör analizi; çok sayıdaki değişkeni, belirli sayıdaki alt gruplara ayırmak suretiyle her bir grup içerisindeki değişkenler arası ilişkiyi en fazla, gruplar arasındaki ilişkiyi ise en az yaparak grupları, faktör adı verilen yeni gruplara dönüştüren bir analiz türüdür (Karagöz 2014, 650).

3.4.4.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

AFA'da bağımlı ve bağımsız değişken ayrımı yapılmaksızın, tüm değişken yapıları bir arada analize tabi tutulmakla birlikte (Gegez 2014: 316); elde edilen verilere AFA yönteminin uygulanabilmesi için birtakım koşulların aranması gerekmektedir. Bu bağlamda, incelenmesi gereken koşullar; verilerin en az eşit ağırlıklı ölçekle ölçülmesi, maksimum olabilirlik yöntemi (Maximum Likelihood) için verilerin normal dağılımdan gelmesi, değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusal olması ve 0,25-0,90 arasında olması, ortak faktörlerin birbiri ve artık faktörlerle ilişkisiz olması olarak sıralanmaktadır (Karaman, 2015, 13).

Veri tabanının faktör analizi için uygunluğuna, Kaiser Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testlerine ilişkin değerlerin incelenmesi sonrasında karar verilir.

KMO testi, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indeks olup, örneklem hacminin analizler için yeterli olup olmadığını incelemektedir. Bu yeterlilik oranı 0 ile 1 arasında olup, KMO değerinin 0,5'den büyük olması ile ilişkilidir ve değer bir'e yaklaştıkça veri uygunluğu artmaktadır (Malhotra 2007: 612). Bartlett testi ise, veri setine dair dağılımın normallik düzeyinin, faktör analizi koşullarını sağlama durumunu incelenmektedir. Bu testin de anlamlı ($p < 0,05$) sonuçlar vermesi, verilere faktör analizi uygulanabilirliğini göstermektedir (Nakıboğlu 2008: 115). Bu test parametrelerinin kontrol edilmesinden sonraki süreç faktör analizinin Toplam Varyans Açıklayıcılığı (TVA) oranı ve faktör yüklerinin incelenmesi aşamasıdır. TVA oranının; çok faktörlü verilerde minimum %60; tek faktörlü ölçek yapılarında ise % 30 düzeylerinde olması ve faktör yüklerinin de minimum % 30 düzeyinde olması gerektiği belirtilmiştir (Malhotra 2007:612; Bardakçı 2010: 30). Bu çalışmada faktör yüklerinin alt sınırı 0,30 olarak kabul edilmiştir.

Faktör analizinin önemli bir diğer unsuru ise güvenilirlik konusudur. Analiz sonrasında faktörlere ayrılan her bir yapının güvenilir sınırlar içerisinde olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir. Bir ölçeğin tamamına ve alt boyutlarına ait güvenilirlik bulguları, genellikle Cronbach's Alfa ($C\alpha$) güvenilirlik katsayısı ile hesaplanmaktadır (Güngör 2016: 109). Bir ölçekteki ifadelerin, belirli gruplar halinde, türdeş bir yapıyı meydana getirip getirmediıklarını tespit etme anlamına gelen $C\alpha$, 0 ile 1 arası değer almakta ve negatif değerler, güvenilirliğin zedelendiği anlamına gelmektedir. $C\alpha$ değerine ait katsayı aralıkları ise şöyledir (Karagöz 2019: 15):

$0,00 \leq C\alpha < 0,40$Ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq C\alpha < 0,60$Ölçek düşük güvenilirliğe sahiptir.

$0,60 \leq C\alpha < 0,80$Ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq C\alpha < 1,00$Ölçek yüksek düzeyde güvenilirdir.

3.4.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Amacı teori geliştirmek olan AFA'dan farklı olarak; temel amacı mevcut teoriyi teste tabi tutmak olan DFA'da; gözlem değişkenleri ile her gizil değişkenin hangi gözlem değişkenlerinden meydana geldiği analiz öncesinde bilinmektedir (Tabachnick, Fidell 2013: 585). Alan yazında faktör yapılarının doğrulanıp teyit

edilmesinde ve gerektiğinde uygun modifikasyonlarının gerçekleştirilmesinde çok değişkenli analiz yöntemlerinden olan DFA tercih edilmektedir.

3.4.4.3. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM)

Yapısal Eşitlik Modeli; faktör ve regresyon analizlerinin bir kombinasyonu olup, birden çok regresyon analizini aynı anda çözümleyebilen, yol (path) ve yol katsayıları (path coefficients) vasıtasıyla doğrusal ilişkileri yordayabilen oldukça kullanışlı ve faydalı bir yöntemdir. YEM’de adı geçen gizil değişkenler; algılanan hizmet kalitesi, güven, sadakat gibi soyut kavramları ifade etmekte olup, doğrudan doğruya ölçümlenemeyen bu gizil değişkenlerin, araştırmacı tarafından minimum üç gözlenebilir değişken ile ilişkilendirilmesi gerekmektedir (Karagöz 2019: 723).

YEM’de bağımlı ve bağımsız değişkenler yerine içsel (endogenous) ve dışsal (exogenous) değişken terimleri kullanılmakta olup; süreç teorik temeller üzerine inşa edilmiş güçlü bir modelin kurgulanmasıyla başlayıp, nedensellik bağıını temsil eden yol analizi vasıtasıyla yapısal eşitliklerin oluşturulması ve ölçüm modeli uyum düzeylerinin değerlendirilmesi ile devam etmektedir. Son olarak gerekli modifikasyonlar sonrasında geçerli bir modelin ortaya konulup konulamadığı raporlandırılmaktadır (Gürbüz 2019).

YEM modelinin kullanılabilmesi için, verilerin normal dağılımdan gelmesi gerekmektedir. Aynı zamanda değişkenler arasında çoklu bağlantı bulunmaması gerekmektedir. Bu bağlamda; YEM kapsamında sınanmaya çalışılan modelin, o model için toplanmış olan veriler açısından ne düzeyde uygun olduğuna ilişkin genel durumu yansıtan uyum indekslerinin incelenmesi oldukça önemlidir. Model uyumu (model fit) için, model ile veri arasındaki uyumu test ederken, uyum iyiliği testlerinden birkaçı kullanılabildiği gibi, hepsinin de kullanılması tercih edebilir. Bu uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair alan yazında tam bir uzlaşma bulunmamaktadır (Schumacker 2006: 118). YEM kapsamında en fazla yardımına başvuru ve dolayısıyla bu çalışma kapsamında da yer verilen indeksler ve uyum değerleri Tablo 3.3’de yer almaktadır.

Tablo 3. 3. YEM Model Uyumu ile İlgili Değerler

Uyum Ölçütleri		Mükemmel Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
CMIN/DF	χ^2 /Serbestlik Derecesi (sd)	≤ 3	$\leq 4-5$
GFI	İyilik Uyum İndeksi	$\geq 0,900$	0,890-0,850
AGFI	Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi	$\geq 0,900$	0,890-0,850
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi	$\geq 0,950$	0,940-0,900
IFI	Artırmalı Uyum İndeksi	$\geq 0,950$	0,940-0,900
TLI	Tucker-Lewis İndeksi	$\geq 0,950$	0,940-0,900
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	$\geq 0,970$	$\geq 0,950$
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü	$\leq 0,05$	0,060-0,080

Kaynak: Tabachnick ve Fidell 2013; Schumacker 2006; Karagöz 2019 ‘dan uyarlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde araştırma neticesinde elde edilen veriler değerlendirilmiş ve tüm bulgular sistematik bir şekilde sunulmuştur. Bu bağlamda ilk olarak katılımcılara ait demografik verilere ve değerlendirilen sağlık kurumlarına ait verilere yer verilmiştir. Sonrasında hizmet hatası ve telafisi ile ilgili değerlendirmeler yapılmış ve Ki-Kare testleri raporlanmıştır. Devamında her bir ölçek için normallik dağılımları, ölçek ortalamaları, AFA ve DFA analizleri verilmiş sonrasında tüm ölçeklere ilişkin sonuçlar özetlenmiştir. Faktör analizleri ile geçerlilik ve güvenilirliği doğrulan ölçeklerin her biri için sırası ile sağlık kurumları verileri temelinde parametrik test sonuçlarına (T-testi ve Anova) yer verilmiştir. Devamında araştırmanın temeli olan YEM modelleri şekil ve tablolarla raporlanmıştır.

3.5.1. Çalışmaya Ait Frekans Analizleri

Bu başlık altında katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, meslekleri, aylık ortalama gelir düzeyleri ve sosyal güvenceleri incelenmekte son olarak ise değerlendirdikleri sağlık kurumlarının özelliklerine yer verilmektedir. Katılımcılara ait demografik veriler Tablo 3.4’te verilmiştir.

Tablo 3.4. Katılımcılara Ait Demografik Veriler

Değişken		f	%	Değişken		f	%
Cinsiyet	Kadın	666	66,6	Meslek	Kamu Sektörü Çalışanı	152	15,2
	Erkek	334	33,4		Özel Sektör Çalışanı	79	7,9
Yaş	18-25	496	49,6		Sağlık Sektörü Çalışanı	123	12,3
	26-33	218	21,8		Eğitim Sektör Çalışanı	108	10,8
	34-41	127	12,7		Öğrenci	361	36,1
	42-49	117	11,7		Ev Hanımı	107	10,7
	50-57	42	4,2		Serbest Meslek	20	2,0
					İşsiz	50	5,0
Medeni Durum	Bekar	601	60,1	Gelir Düzeyi	3.000 ₺ ve altı	394	39,4
	Evli	399	39,9		3.001 ₺ - 4500 ₺	161	16,1
Eğitim Düzeyi	İlk Öğretim	52	5,2		4501 ₺ - 6000 ₺	215	21,5
	Lise	109	10,9		6001 ₺ - 7500 ₺	133	13,3
	Ön lisans	450	45,0		7501 ₺ ve üzeri	97	9,7
	Lisans	228	22,8	TOPLAM		1000	100
	Yüksek lisans	100	10,0				
	Doktora	61	6,1				
Sosyal Güvence	Genel Sağlık Sigortası (GSS)	924	92,4				
	Özel Sigorta	26	2,6				
	Güvencem yoktur	50	5,0				

Başvurduğu sağlık kurumunu değerlendiren katılımcıların % 66,6'sı kadın, %33,4'ü erkek hastalardan meydana gelmektedir. Katılımcıların % 49,6 'sı 18-25; % 21,8'i 26-33; % 12,7'si 34-41; % 11,7'si 42-49; % 4,2'si ise 50-57 yaş aralığındadır. Hastaların %60,1'i bekar, %39,9'u evlidir. Hastaların eğitim düzeyleri; %5,2 ilk öğretim, %10,9 lise, %45 ön lisans, %22,8 lisans, %10 yüksek lisans, %6,1 doktora olarak saptanmıştır. Hastaların %15,2'si kamu sektörü çalışanı, %7,9'u özel sektör çalışanı, %12,3'ü sağlık sektörü çalışanı, %10,8'i eğitim sektörü çalışanı, %36,1'i öğrenci, %10,7'si ev hanımı, %2'si serbest meslek, %5'i ise işsizdir. Gelir düzeylerinin ise %39,4 oranında 3.000 ₺ ve altı, %16,1 oranında 3.001 ₺ - 4500 ₺ arası, %21,5 oranında 4501 ₺ - 6000 ₺ arası, %13,3 oranında 6001 ₺ - 7500 ₺ arası, %9,7 oranında ise 7501 ₺ ve üzeri olduğu görülmektedir. Hastaların %92,4'ü Genel Sağlık Sigortası (GSS)'na, %2,6'sı Özel Sigortaya sahipken, %5,0'ının güvencesi yoktur. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri genel olarak değerlendirildiğinde; katılımcıların çoğunun kadınlardan ve bekar bireylerden oluştuğu, yaş grubunun ağırlıklı olarak 18-25 aralığında genç bireylerden oluştuğu, neredeyse yarısının eğitim düzeyinin ön lisans olduğu ve üçte birinin öğrencilerden oluştuğu, gelir seviyesinin 4500 ₺ ve altında yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Hastaların Değerlendirdikleri Sağlık Kurumlarına Ait Veriler

Değişken		f	%
Sağlık Kurumunun Türü	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	185	18,5
	Devlet (Numune) Hastanesi	503	50,3
	Özel Hastane	151	15,1
	Şehir Hastanesi	101	10,1
	Aile Hekimliği	60	6,0
Kurumda Değerlendirmeye Aldığınız Hizmet Türü	Poliklinik (Ayaktan Tedavi)	760	76,0
	Servis (Yatarak Tedavi)	128	12,8
	Acil Servis	112	11,2
Sağlık Kurumunun Bulunduğu Bölge	Akdeniz Bölgesi	51	5,1
	Doğu Anadolu Bölgesi	76	7,6
	Ege Bölgesi	38	3,8
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	34	3,4
	İç Anadolu Bölgesi	674	67,4
	Karadeniz Bölgesi	66	6,6
	Marmara Bölgesi	61	6,1
Aynı Sağlık Kurumuna Bir Yıl İçerisinde Gelme Sıklığı	Bir – Beş Arası	692	69,2
	Altı – On Arası	163	16,3
	11 ve üzeri	145	14,5

Hastaların değerlendirdikleri sağlık kurumlarının %18,5'i Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %50,3'ü Devlet (Numune) Hastanesi, %15,1'i Özel Hastane, %10,1'i Şehir Hastanesi, %6'sı Aile Hekimliğinden oluşmaktadır. Hastaların sağlık kurumlarında değerlendirmeye aldıkları hizmet türlerinin %76'sı poliklinik (ayaktan tedavi), %12,8'i servis (yatarak tedavi), %11,2'si acil servis, %5,9'u birimidir. Hastaların değerlendirdikleri sağlık kurumlarının %5,1'i Akdeniz Bölgesinde, %7,6'sı Doğu Anadolu Bölgesinde, %3,8'i Ege Bölgesinde, %3,4'ü Güneydoğu Anadolu Bölgesinde, %67,4'ü İç Anadolu Bölgesinde, %6,6'sı Karadeniz Bölgesinde, %6,1'i Marmara Bölgesinde yer almaktadır. Hastaların %69,2'si aynı sağlık kurumuna bir yıl içerisinde bir ile beş arasında, %16,3'ü altı ile dokuz arasında, %14,5'i on bir defadan fazla gittiğini belirtmiştir. Sağlık kurumlarına ait veriler genel olarak izlendiğinde; katılımcıların değerlendirmeye aldıkları sağlık kurumlarının yarısının devlet hastanesi olduğu, alınan hizmet türü olarak ise poliklinik (ayaktan tedavi) hizmetlerinin ağırlıklı olduğu görülmektedir. Değerlendirilmeye alınan sağlık kurumlarının büyük çoğunluğu İç Anadolu Bölgesinde yer almaktadır ve katılımcılar tarafından sağlık kurumuna bir yıl içerisinde genellikle iki ile beş defa arasında başvuru yapıldığı görülmektedir (Tablo 3.5).

3.5.2. Hizmet Hatası ve Telafisine Ait Veriler ile Ki-Kare Analizleri

Bu başlık altında çalışmada kullanılmış olan hizmet hatası ve telafisine ait ifadelerin ve Ki-Kare analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 3.6. Hizmet Hatası ile Karşılaşıp Şikayette Bulunulan Zaman Aralığı

	f	%
Geçtiğimiz 6 ay içerisinde gerçekleşmişti	126	54,8
Geçtiğimiz 7-12 ay içerisinde karşılaştım.	37	16,1
Bir yılı geçkin bir zamanda karşılaştım.	67	29,1
Toplam	230	100,0

Hastaların hizmet hatası ile karşılaşp, bu hataların telafisi için şikayette bulundukları zaman aralıkları incelendiğinde; hastaların %54,6-8'inin geçtiğimiz altı ay içerisinde, %16,1'inin geçtiğimiz 7-12 ay içerisinde, %29,1'inin ise bir yılı geçkin bir zaman içerisinde hizmet hatası ile karşılaşmış oldukları görülmektedir. Genel olarak bakıldığında çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu geçtiğimiz altı ay içerisinde hizmet hatası ile karşılaşmış olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 3.6).

Tablo 3.7. Sağlık Kurumunda Karşılaşılan Hizmet Hatası

Karşılaşılan Hizmet Hatası		Sağlık Kurumunun Türü					Toplam
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet (Numune) Hastanesi	Özel Hastane	Şehir Hastanesi	Aile Hekimliği	
Çalışanların saygı ve nezaketi ile ilgili sorunlar	n	9	61	7	4	7	88
	%	10,2	69,3	8,0	4,5	8,0	13,6
Randevu ilgili problemler	n	20	42	10	6	-	78
	%	25,6	53,8	12,8	7,7	-	12,1
Çalışanların ilgisizliği	n	18	41	10	-	-	69
	%	26,1	59,4	14,5	-	-	10,7
Tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler	n	12	35	2	16	1	66
	%	18,2	53,0	3,0	24,2	1,5	10,2
Fiziki ortam yetersizliği	n	15	18	4	9	2	48
	%	31,3	37,5	8,3	18,8	4,2	7,4
Çalışan yetersizliği	n	8	19	2	5	8	42
	%	19,0	45,2	4,8	11,9	19,0	6,5
Hatalı tetkik ve tedavi	n	17	13	8	2	-	40
	%	42,5	32,5	20,0	5,0	-	6,2
Mekânlardaki temizlik ve hijyen sorunu	n	9	20	5	3	1	38
	%	23,7	52,6	13,2	7,9	2,6	5,9
Tetkik ve muayeneler için yetersiz alt yapı	n	6	18	5	6	2	37
	%	16,2	48,6	13,5	16,2	5,4	5,7
Çalışanların bilgi eksikliği (beceri ve mesleki bilgi yetersizliği)	n	3	11	9	4	8	35
	%	8,6	31,4	25,7	11,4	22,9	5,4
Hekim ve sağlık çalışanlarına ulaşmada zorluk	n	8	14	-	-	2	24
	%	33,3	58,3	-	-	8,3	3,7
Tetkik sonuçların gecikmesi	n	3	13	6	-	-	22
	%	13,6	59,1	27,3	-	-	3,4
Odalarda bulunan araç gereçlerde (Tv, klima, minibar vb.) eksiklik/arıza.	n	10	2	1	-	1	14
	%	71,4	14,3	7,1	-	7,1	2,2
Hasta hakkı ihlali	n	1	6	-	-	6	13
	%	7,7	46,2	-	-	46,2	2,0
Dış mekânla ilgili sorunlar (otopark, bahçe vb.)	n	2	5	3	-	2	12
	%	16,7	41,7	25,0	-	16,7	1,9
Taburcu olma ile ilgili sorunlar	n	0	5	5	2	-	12

	%	0,0	41,7	41,7	16,7	-	1,9
İlaç ve tıbbi malzeme yetersizliği	n	-	-	-	-	5	5
	%	-	-	-	-	100,0	0,8
Güvenlik	n	-	4	-	-	-	4
	%	-	100,0	-	-	-	0,6
Toplam	n	141	327	77	57	45	647
	%	21,8	50,5	11,9	8,8	7,0	100

Hastaların karşılaştıkları hizmet hatalarının oranları incelendiğinde; %13,6 oranında çalışanların saygı ve nezaketi ile ilgili sorunlarla karşılaştığı, %12,1 oranında randevu ilgili problemlerle karşılaştığı, %10,7 oranında çalışanların ilgisizliği, %10,2 oranında tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %7,4 oranında fiziki ortam yetersizliği, %6,5 oranında çalışan yetersizliği, %6,2 oranında hatalı tetkik ve tedavi, %5,9 oranında mekanlardaki temizlik ve hijyen sorunu, %5,7 oranında tetkik ve muayeneler için yetersiz alt yapı, %5,4 oranında çalışanların bilgi eksikliği (beceri ve mesleki bilgi yetersizliği), %3,7 oranında hekim ve sağlık çalışanlarına ulaşmada zorluk, %3,4 oranında tetkik sonuçların gecikmesi, %2,2 oranında odalarda bulunan araç gereçlerde (tv, klima, minibar vb.) eksiklik/arıza, %2,0 oranında hasta hakkı ihlali, %1,9 oranında dış mekânla ilgili sorunlar (otopark, bahçe vb.), %1,9 oranında taburcu olma ile ilgili sorunlar, %0,8 oranında ilaç ve tıbbi malzeme yetersizliği, %0,6 oranında ise güvenlik sorunu ile karşılaştığı görülmektedir.

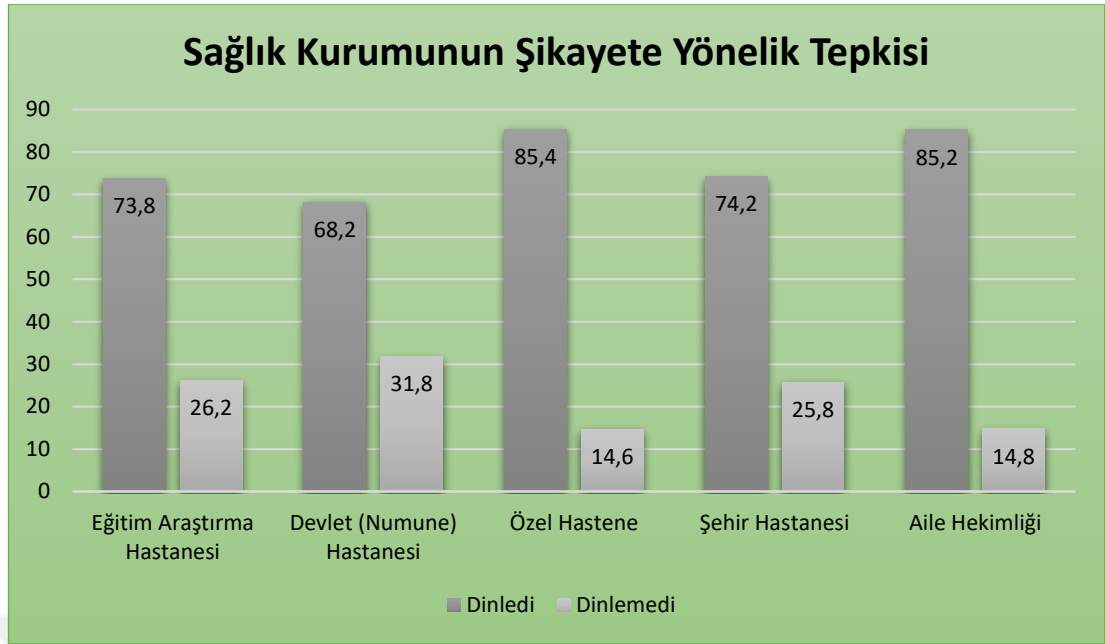
Hastaların karşılaştıkları hizmet hatalarının oranları sağlık kurumu bazında incelendiğinde; eğitim ve araştırma hastanelerinde %71,4 oranı ile en sık karşılaşılan hata türünün odalarda bulunan araç gereçlerde (Tv, klima, minibar vb.) eksiklik/arıza ile ilgili olduğu, onu %42,5 oranı ile hatalı tetkik ve tedavinin, %33,3 oranı ile hekim ve sağlık çalışanlarına ulaşmada zorluğun takip ettiği görülmektedir. Devlet hastanelerinde; %69,3 oranı ile en sık karşılaşılan hata türünün çalışanların saygı ve nezaketi ile ilgili sorunlar olduğu, onu %59,4 oranı ile çalışanların ilgisizliği, %59,1 oranı ile tetkik sonuçların gecikmesi sorununun takip ettiği görülmektedir. Özel hastanelerde; %41,7 oranı ile en sık karşılaşılan hata türünün taburcu olma ile ilgili sorunlar olduğu, onu %27,3 oranı ile tetkik sonuçların gecikmesi, %25,7 oranı ile çalışanların bilgi eksikliği (beceri ve mesleki bilgi yetersizliği) sorununun takip ettiği görülmektedir. Şehir hastanelerinde; %24,2 oranı ile en sık karşılaşılan hata türünün tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler ile ilgili sorunlar olduğu, onu %18,8 oranı ile fiziki ortam yetersizliği, %11,9 oranı ile çalışan yetersizliği sorununun takip

ettiği görülmektedir. Aile hekimliklerinde ise %46,2 oranı ile en sık karşılaşılan hata türünün hasta hakkı ihlali ile ilgili sorunlar olduğu, onu %22,9 oranı ile çalışanların bilgi eksikliği (beceri ve mesleki bilgi yetersizliği), %19,0 oranı ile çalışan yetersizliği sorununun takip ettiği görülmektedir (Tablo 3.7).

Tablo 3. 8. Hizmet Telifisi için Başvurulan Yöntem

Hizmet Telifisi için Başvurulan Yöntem	n	%
Kurumdaki şikâyet kutusuna attım	188	29,1
Şikâyet-Yorum Sitelerine başvurdum	153	23,6
Hiçbir şey yapmadım ama o kuruma bir daha gitmedim	135	20,9
Sözlü şikâyetle bulundum (Kurumda yetkili birine)	54	8,3
Tepkisiz kaldım	31	4,8
SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)'e yazdım	28	4,3
Bu kuruma mecbur olduğum için tepkisiz kaldım ve hizmet almaya devam ettim	24	3,7
Şikâyet dilekçesi formu verdim	23	3,6
Sosyal Medyada (facebook, twitter vs.) Paylaştım	11	1,7
Total	647	100,0

Sağlık kurumunda hizmet hatası ile karşılaşmış olan hastaların hizmet hatasının telifisi için başvurdukları yöntemler sırası ile; kurumdaki şikâyet kutusuna atmak (%29,1), şikâyet-yorum sitelerine başvurmak (%23,6), hiçbir şey yapmamak ama o kuruma bir daha gitmemek (%20,9), sözlü şikâyetle bulunmak (kurumda yetkili birine) (%8,3), tepkisiz kalmak (%4,8), SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)'e yazmak (%4,3), ilgili kuruma mecbur olduğu için tepkisiz kalmak ve hizmet almaya devam etmek (%3,7), şikâyet dilekçesi formu vermek (%3,6), sosyal medyada (facebook, twitter vs.) paylaşmak (%1,7) şeklinde belirtilmiştir. Bu bağlamda hizmet hatası ile karşılaşmış olan katılımcıların çoğunun bu durumun telifisi için girişimde bulunduğu görülmektedir (Tablo 3.8).



Şekil 3. 3. Sağlık Kurumunun Şikayete Yönelik Tepkisi

Tablo 3. 9. Sağlık Kurumunun Şikayete Yönelik Verdiği Tepki

Sağlık Kurumunun Türü	ŞikayeteYönelik Tepki Durumu	n	%
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Dinledi	48	73,8
	Dinlemedi	17	26,2
	Toplam	65	100,0
Devlet (Numune) Hastanesi	Dinledi	101	68,2
	Dinlemedi	47	31,8
	Toplam	148	100,0
Özel Hastane	Dinledi	35	85,4
	Dinlemedi	6	14,6
	Toplam	41	100,0
Şehir Hastanesi	Dinledi	23	74,2
	Dinlemedi	8	25,8
	Toplam	31	100,0
Aile Hekimliği	Dinledi	23	85,2
	Dinlemedi	4	14,8
	Toplam	27	100,0
Toplam		312	100,0

Eğitim ve araştırma hastanelerinin %73,8 oranında şikayetleri dinlediği, %26,2 oranında ise şikayetleri takip etmediği görülmüştür. Devlet hastanelerinin %68,2 oranında şikayetleri dinlediği, %31,8 oranında şikayetleri takip etmedikleri, özel hastanelerin ise %85,4 oranında şikayetleri dinlediği, %14,6 oranında şikayetleri takip etmedikleri ifade edilmiştir. Şehir hastanelerinin %74,2 oranında şikayetleri dinledikleri, %25,8 oranında şikayetleri takip etmedikleri ve aile hekimliklerinin ise %85,2 oranında şikayetleri dinledikleri, %14,8 oranında şikayetleri takip etmedikleri

belirlenmiştir. Bu bağlamda; şikayetleri dikkate alma noktasında en yüksek orana özel hastaneler sahipken, en düşük oran devlet hastanelerine aittir (Tablo 3.9, Şekil 3.3).

Tablo 3. 10. Hizmet Hatasıyla Karşılaşma Durumu ile Sağlık kurumunun türü Arasındaki İlişkiyi Ölçen Ki-kare Testi

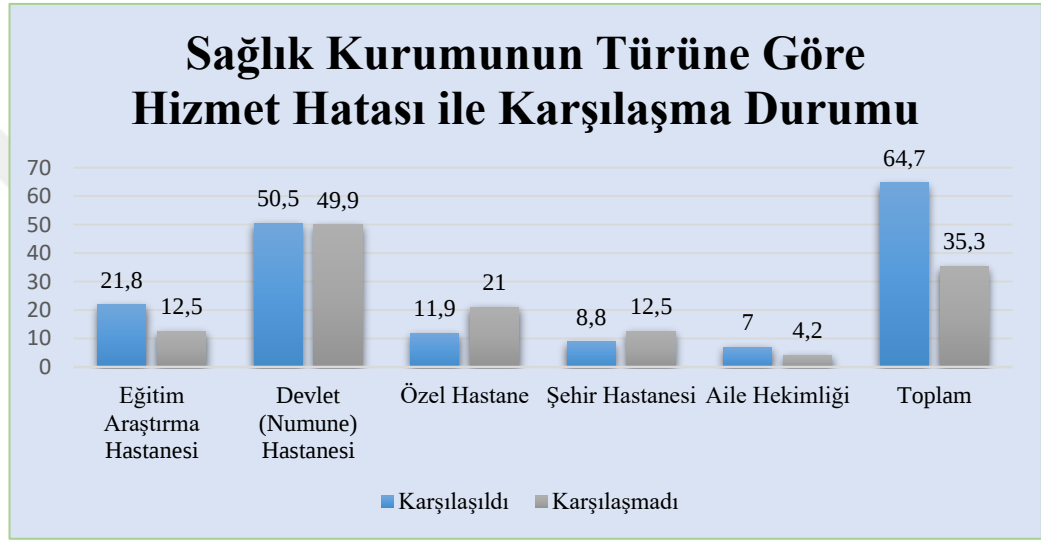
			Hizmet Hatası		Toplam
			Karşılaşma Durumu		
			Karşılaşmadı	Karşılaştı	
Sağlık Kurumunun Türü	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	n	44	141	185
		% SKT	23,8%	76,2%	100,0%
		% HHKD	12,5%	21,8%	18,5%
	Devlet (Numune) Hastanesi	n	176	327	503
		% SKT	35,0%	65,0%	100,0%
		% HHKD	49,9%	50,5%	50,3%
	Özel Hastane	n	74	77	151
		% SKT	49,0%	51,0%	100,0%
		% HHKD	21,0%	11,9%	15,1%
	Şehir Hastanesi	n	44	57	101
		% SKT	43,6%	56,4%	100,0%
		% HHKD	12,5%	8,8%	10,1%
	Aile Hekimliği	n	15	45	60
		% SKT	25,0%	75,0%	100,0%
		% HHKD	4,2%	7,0%	6,0%
Toplam		n	353	647	1000
		% SKT	35,3%	64,7%	100,0%
		% HHKD	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	35,3%	64,7%	100,0%
p=0.000					
x²= 28,992					
Phi Cramer's V=0.170					

Ankete katılan 1000 kişinin %64,7'si (n:647) hizmet hatası ile karşılaştığını, %35,3'ü (n:353) ise hizmet hatası ile karşılaşmadığını belirtmiştir.

Eğitim ve araştırma hastanelerine başvuran 185 kişinin % 76,2'si (n:141) hizmet hatası ile karşılaştığını, %23,8'i (n:44) ise karşılaşmadığını ifade etmiştir. Devlet hastanesine başvuran 503 kişinin % 65'i (n:327) hizmet hatası ile karşılaştığını, %35'i (n:176) ise karşılaşmadığını dile getirirken, özel hastaneye başvuran 151 kişinin % 51'i (n:77) hizmet hatası ile karşılaştığını, %49'u (n:74) ise karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Şehir hastanesine başvuran 101 kişinin % 56,4'ü (n:57) hizmet hatası ile karşılaştığını, %43,6'sı (n:44) ise karşılaşmadığını, aile hekimliğine başvuran 60 kişinin % 76,5'i (n:45) hizmet hatası ile karşılaştığını, %25'i (n:15) ise karşılaşmadığını ifade etmiştir.

Hizmet hatası ile karşılaşan 647 kişinin % 21,8'i eğitim ve araştırma hastanesine, % 50,5'i devlet hastanesine, % 11,9'u özel hastaneye, % 8,8'i şehir hastanesine, % 7'si ise aile hekimliğine başvuranlardır. Bu bağlamda; hizmet hatası ile karşılaşma oranı oldukça yüksek olup, hizmet hatası en sık eğitim ve araştırma hastanelerinde, en az ise özel hastanelerde görülmektedir.

Hizmet hatasıyla karşılaşma durumu ile sağlık kurumunun türü arasındaki ilişkiyi ölçen Ki-kare Testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.050$) ancak zayıf (% 17) bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.10, Şekil 3.4).

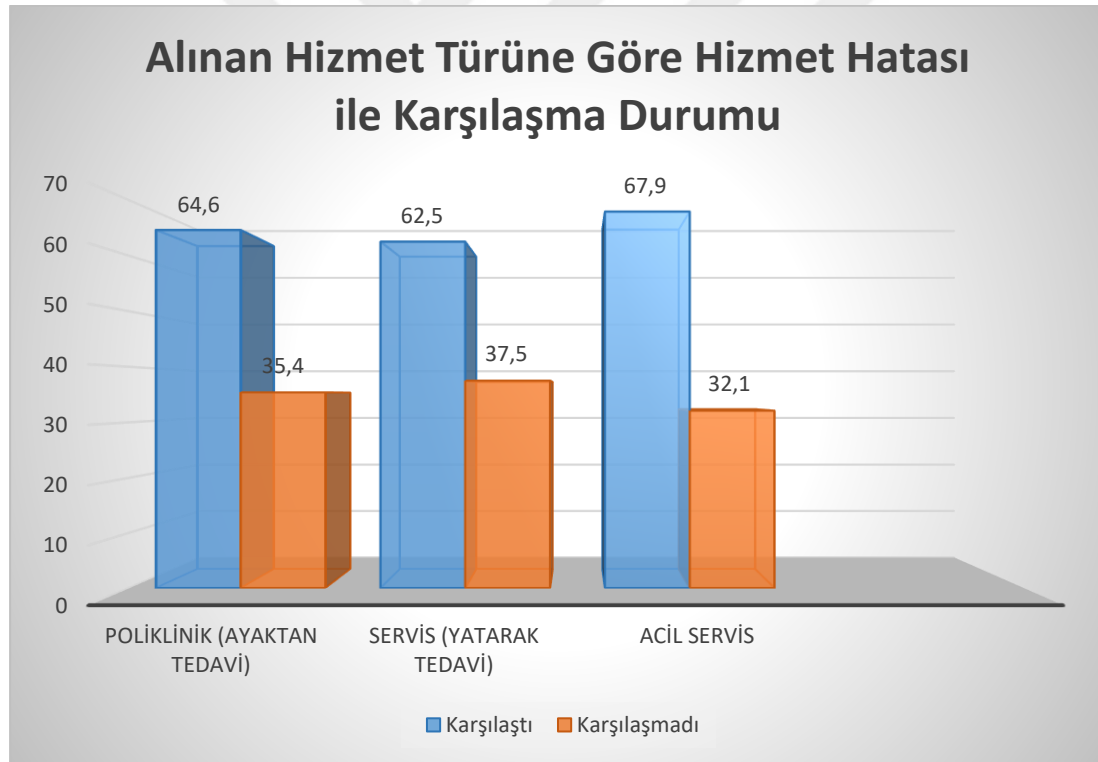


Şekil 3. 4. Sağlık Kurumunun Türüne Göre Hizmet Hatası ile Karşılaşma Durumu

Özel hastanelerde işletmecilik anlayışının hakim olması ve kar odaklılığının esas olması; aynı zamanda çalışanların iş kaybetme baskısı ile karşı karşıya olmaları bu kurumlarda verilen hizmetin daha fazla özenli olmasına ve böylelikle de hata oranlarının da az olmasına katkı sağlamaktadır. Bunun yanı sıra hizmet yükünün kamu sağlık kurmlarına oranla düşük olmasının, hasta sayısının az olmasının ve denetim mekanizmasının etkin işleminin de bu sürece olumlu katkısının olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde şehir hastanelerinde de özel sektörün payının olması hata oranlarını düşürmektedir.

Tablo 3. 11. Hizmet Hatasıyla Karşılaşma Durumu ile Kurumda Değerlendirmeye Alınan Hizmet Türü Arasındaki İlişkiyi Ölçen Ki-kare Testi

			Hizmet Hatası Karşılaşma		Toplam
			Durumu		
			Karşılaşmadı	Karşılaştı	
Kurumda değerlendirmeye alınan hizmet türü	Poliklinik (Ayaktan Tedavi)	n	269	491	760
		% HT	35,4%	64,6%	100,0%
		% HHKD	76,2%	75,9%	76,0%
	Servis (Yatarak Tedavi)	n	48	80	128
		% HT	37,5%	62,5%	100,0%
		% HHKD	13,6%	12,4%	12,8%
	Acil Servis	n	36	76	112
		% HT	32,1%	67,9%	100,0%
		% HHKD	10,2%	11,7%	11,2%
Toplam	n	353	647	1000	
	% HT	35,3%	64,7%	100,0%	
	% HHKD	100,0%	100,0%	100,0%	
p=0.683					
x²= 0,763					
Phi Cramer's V=0.028					



Şekil 3. 5. Alınan Hizmet Türüne Göre Hizmet Hatası ile Karşılaşma Durumu

Poliklinik (Ayaktan Tedavi) hizmeti alan 760 hastanın % 64,6'sı (n:491) hizmet hatası ile karşılaştığını, %35,4'ü (n:269) ise karşılaşmadığını ifade etmiştir. Servis (Yatarak Tedavi) hizmeti alan 128 hastanın % 62,5'i (n:80) hizmet hatası ile karşılaştığını, %37,5'i (n:48) ise karşılaşmadığını; acil Servis hizmeti alan 112

hastanın % 67,9'u (n:76) hizmet hatası ile karşılaştığını, %32,1'i (n:36) ise karşılaşmadığını belirtmiştir.

Hizmet hatası ile karşılaşan 647 hastanın % 75,9'unun poliklinik hizmeti alan, % 12,4'ünün yatarak tedavi hizmeti alan % 11,7'si ise acil servis hizmeti alan hastalardan oluştuğu görülmektedir. Bu bağlamda; en sık hizmet hatası ile karşılaşma oranının acil servislerde, en azının ise servislerde olduğu tespit edilmiştir.

Hizmet hatasıyla karşılaşma durumu ile kurumda değerlendirmeye alınan hizmet türü arasındaki ilişkiyi ölçen Ki-kare Testi sonucunda istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.050$) bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3.11, Şekil 3.5).

Tablo 3. 12. Hizmet Hatasıyla Karşılaşma Durumu ile Sağlık Kurumunun Bölgesi Arasındaki İlişkiyi Ölçen Ki-Kare Testi

			Hizmet Hatası		Toplam
			Karşılaşma Durumu		
			Karşılaşmadı	Karşılaştı	
Sağlık kurumunun bölgesi	Akdeniz Bölgesi	n	32	19	51
		% Bölge	62,7%	37,3%	100,0%
		% HHKD	9,1%	2,9%	5,1%
	Doğu Anadolu Bölgesi	n	30	46	76
		% Bölge	39,5%	60,5%	100,0%
		% HHKD	8,5%	7,1%	7,6%
	Ege Bölgesi	n	8	30	38
		% Bölge	21,1%	78,9%	100,0%
		% HHKD	2,3%	4,6%	3,8%
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	n	10	24	34
		% Bölge	29,4%	70,6%	100,0%
		% HHKD	2,8%	3,7%	3,4%
	İç Anadolu Bölgesi	n	226	448	674
		% Bölge	33,5%	66,5%	100,0%
		% HHKD	64,0%	69,2%	67,4%
	Karadeniz Bölgesi	n	19	47	66
		% Bölge	28,8%	71,2%	100,0%
		% HHKD	5,4%	7,3%	6,6%
	Marmara Bölgesi	n	28	33	61
		% Bölge	45,9%	54,1%	100,0%
		% HHKD	7,9%	5,1%	6,1%
Toplam	n	353	647	1000	
	% Bölge	35,3%	64,7%	100,0%	
	% HHKD	100,0%	100,0%	100,0%	
p=0.000					
x²= 26,444					
Phi Cramer's V=0.163					

Akdeniz bölgesindeki sağlık kurumlarını değerlendiren 51 hastanın % 37,3'ü (n:19) hizmet hatası ile karşılaştığını, % 62,7'si (n:32) hizmet hatası ile karşılaşmadığını ifade etmiştir. Doğu Anadolu Bölgesindeki sağlık kurumlarını

değerlendiren 76 hastanın % 60,5'i (n:46) hizmet hatası ile karşılaştığını, % 39,5'i (n:30) hizmet hatası ile karşılaşmadığını; Ege Bölgesindeki sağlık kurumlarını değerlendiren 38 hastanın % 78,9'i (n:30) hizmet hatası ile karşılaştığını, % 21,1'i (n:8) hizmet hatası ile karşılaşmadığını; Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki sağlık kurumlarını değerlendiren 34 hastanın % 70,6'sı (n:24) hizmet hatası ile karşılaştığını, % 29,4'ü (n:10) hizmet hatası ile karşılaşmadığını belirtmiştir. İç Anadolu Bölgesindeki sağlık kurumlarını değerlendiren 674 hastanın % 66,5'i (n:448) hizmet hatası ile karşılaşmış, % 33,5'i (n:226) hizmet hatası ile karşılaşmamıştır. Karadeniz Bölgesindeki sağlık kurumlarını değerlendiren 66 hastanın % 71,2'si (n:47) hizmet hatası ile karşılaşmış, % 28,8'i (n:19) hizmet hatası ile karşılaşmamıştır. Marmara Bölgesindeki sağlık kurumlarını değerlendiren 61 hastanın % 54,1'i (n:33) hizmet hatası ile karşılaşmış, % 45,9'u (n:28) hizmet hatası ile karşılaşmamıştır. Bu bağlamda hizmet hatası ile karşılaşma sıklığı en çok olan sağlık kurumları Ege Bölgesinde hizmet verenlerken, en az olan sağlık kurumları ise Akdeniz Bölgesinde hizmet verenler olarak tespit edilmiştir.

Hizmet hatasıyla karşılaşma durumu ile sağlık kurumunun bölgesi arasındaki ilişkiyi ölçen ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.050$) ancak zayıf (% 16) bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3.12).

3.5.3. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait Analizler

Bu başlık altında sağlık kurumlarında CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğine ait normallik testi, ölçek ve alt boyutlara ait ortalama değerler, ölçeğin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin sonuçları yorumlanmıştır.

3.5.3.1. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğinin Normallik Analizi

Araştırmalarda kullanılan ölçeklere ilişkin analizlere geçilmeden önce, verilerin nasıl bir dağılıma sahip olduklarının tespit edilmesi YEM çalışmalarında oldukça önem arz etmektedir. Hastalardan toplanan verilerin normal dağılımdan gelmesi bu çalışma için oldukça elzemdir.

Tablo 3. 13. İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları

	n	İstatistik	Skewness	Kurtosis	Mean	Median
İlişkisel Pazarlama	1000	3,37	,029	-,707	3,37	3,35
Güven-Empati	1000	3,45	-,284	-,556	3,48	3,50
Hasta Odaklılık-İletişim	1000	2,94	,109	-,946	2,93	3,00
Taahhüt-İşbirliği	1000	3,73	-,350	-,221	3,76	3,80

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeği ve alt boyutlarının normal dağılımdan gelmediği belirlenmesine rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık (Skewness) ve çarpıklık (Kurtosis) değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması (Tabachnick and Fidell, 2013), ortalama ve medyanın birbirine yakın olması ve örneklem hacminin merkezi limit teoremi gereği 30 veya üzerinde olması sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan çok fazla uzaklaşmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sebeple analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir (Tablo 3.13). Bununla birlikte sosyal bilimler alanında yapılan araştırmalarda, niteliksel ve soyut kavramlara yönelik verilere (tutum, inanç, değer, algı vb.) ulaşılmaya çalışıldığı için normal dağılım gösteren veri seti ile çalışmak oldukça zordur. Verilerin normal dağıldığı varsayımı ile parametrik testler yapılabilmektedir.

3.5.3.2. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğinin Ortalama Değerleri

Bu başlık altında sağlık kurumlarında CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarını değerlendirmeye yönelik ifadelerin yer aldığı ölçekte yer alan “Kesinlikle Katılıyorum (5) - Kesinlikle Katılmıyorum (1)” şeklinde beşli likert ölçeğinden oluşan yargı ifadelerinin her birinin ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Aynı zamanda ölçek ve alt faktörlere ait genel ortalamalar ve ölçek puanlarının ortalamasına ait bulgulara değinilmiştir.

Tablo 3.14. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Faktörlerine Ait Ortalama Değerleri

	n	Min.	Max.	Ortalama	Sd
Çalışanlar taleplere yanıt verme ve yardım etme istekliliğindedir.	1000	1,00	5,00	3,43	1,16
Çalışanlar soruları yanıtlayabilecek bilgi ve yetkinliğe sahiptir.	1000	1,00	5,00	3,68	1,11
Çalışanlar hızlı hizmet vermektedir.	1000	1,00	5,00	3,31	1,20
Çalışanlar görevlerini sorumluluk içerisinde gerçekleştirmektedir.	1000	1,00	5,00	3,58	1,15
Çalışanlar sorunları etkin bir şekilde çözmektedir.	1000	1,00	5,00	3,34	1,17
Çalışanlar kaliteli hizmet vermede devamlılık sağlamaktadır.	1000	1,00	5,00	3,36	1,18
Çalışanlar sık sık hastaların fikirlerini ve önerilerini sormaktadır.	1000	1,00	5,00	2,76	1,34
Çalışanlar hastayı değerli hissettirmektedir.	1000	1,00	5,00	3,04	1,32
Çalışanlar hastaya saygı göstermektedir.	1000	1,00	5,00	3,43	1,21
Çalışanlar temiz giyimli ve düzgün görünüşlüdür.	1000	1,00	5,00	4,11	0,95
Kurumun sunmuş olduğu hizmetler, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda olup, isteklerini karşılamaktadır.	1000	1,00	5,00	3,67	1,02
Kurum hastanın geribildirimlerine değer verip, hizmet kalitesini artırmak için geribildirimleri kullanmaktadır.	1000	1,00	5,00	3,22	1,23
Kurum, her zaman doğru bilgiyi aktarmaktadır.	1000	1,00	5,00	3,45	1,09
Kurumda, hekimler uygulanan tedavi, tetkikler, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaları bilgilendirmektedir.	1000	1,00	5,00	3,74	1,06
Kurumda verilen sağlık hizmetleri genel olarak başarılıdır.	1000	1,00	5,00	3,70	1,01

Kurum, kendileri için değerli ve önemli olduğunu hissetmemi sağlayan özel tedaviler sunmaktadır.	1000	1,00	5,00	2,96	1,26
Kurum, ilişkimizi güçlendirmek için çok çalışmaktadır.	1000	1,00	5,00	2,95	1,28
Kurum, ilişkimize zaman ve çaba harcadığını hissettirmektedir.	1000	1,00	5,00	3,01	1,25
İlişkisel Pazarlama Ölçek Ortalaması	1000	1,00	5,00	3,37	0,91
Güven-Empati Alt Boyutunun Ortalaması	1000	1,00	5,00	3,45	1,00
Hasta Odaklılık-İletişim Alt Boyutunun Ortalaması	1000	1,00	5,00	2,94	1,14
Taahhüt-İşbirliği Alt Boyutunun Ortalaması	1000	1,00	5,00	3,73	0,83
İlişkisel Pazarlama Ölçek Toplam Puan Ortalaması	1000	17,00	85,00	57,30	15,63
Güven-Empati Alt Boyut Toplam Puan Ortalaması	1000	6,00	30,00	20,70	6,06
Hasta Odaklılık-İletişim Alt Boyut Toplam Puan Ortalaması	1000	6,00	30,00	17,93	6,68
Taahhüt-İşbirliği Alt Boyut Toplam Puan Ortalaması	1000	5,00	25,00	18,66	4,19

Sağlık kurumunda CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerini değerlendiren hastalar en yüksek ortalama ($\pm 4,11$) ile çalışanların temiz giyimli ve düzgün görünüşlü olduğunu ifade etmişlerdir. Bunu, çalışanların soruları yanıtlayabilecek bilgi ve yetkinliğe sahip olduğu ($\pm 3,68$) ve kurumun sunmuş olduğu hizmetlerin, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda olup, isteklerini karşılamakta olduğu ($\pm 3,67$) görüşler takip etmiştir. Hastaların katılmadığı yargı ifadelerinin başında, çalışanlar sık sık hastaların fikirlerini ve önerilerini sormakta olduğu ($\pm 2,76$) gelmektedir. Bunu, kurumun ilişkiyi güçlendirmek için çok çalışmakta olduğu ($\pm 2,95$) ve kurumun kendileri için değerli ve önemli olduğunu hissetmeyi sağlayan özel tedaviler sunması ($\pm 2,96$) görüşü takip etmektedir.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğine ve alt boyutlarına ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; ölçek genel ortalaması boyutunda ($\pm 3,37$) hastalarının ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin orta seviyede olduğu görülmektedir.

3.5.3.3.CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Hastalar tarafından sağlık kurumlarında algılanan CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarını ölçme amacı taşıyan, 19 adet değişkenden oluşan ölçeğin AFA testi ile analize devam edilip edilemeyeceğine ilişkin karar; KMO ve Bartlett test bulgularına dayandırılarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, Bartlett testi 0,000 değeri ile oluşan yapının genel olarak tüm korelasyonlarının anlamlı bir şekilde sıfırdan farklı olduğunu göstermektedir. 0,965'lik KMO değeri ile de örneklemin AFA'ya uygun olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizine devam edilmesi kararı ile beraber, oluşan faktörler incelenmiş ve S-5 ve S-10 ifadelerinin, birden fazla faktöre yüklendiğinin görülmesi nedeniyle bu yargı ifadesi ölçekten çıkarılmış, AFA süreci 17 madde ile yeniden başlatılmıştır. Bu doğrultuda, sağlık kurumlarında ilişkisel pazarlama

uygulamalarına ait algı düzeyine ilişkin faktör analizi bulguları Tablo 3.15'te özet halinde sunulmaktadır.

Tablo 3. 15. CRM odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Soru İfadesi	Faktörler		Faktör Açıklayıcılığı	Güvenilirlik (C α)
	Kodlar			
İ1	GE1	,853	62,460	0,936
İ2	GE2	,905		
İ3	GE3	,827		
İ4	GE4	,785		
İ5	GE5	,631		
İ6	GE6	,616		
İ7	Hİ1	-,821	6,319	0,936
İ8	Hİ2	-,643		
İ9	Hİ3	-,606		
İ10	Hİ4	-,759		
İ11	Hİ5	-,921		
İ12	Hİ6	-,749		
İ13	Tİ1	,846	5,475	0,874
İ14	Tİ2	,591		
İ15	Tİ3	,681		
İ16	Tİ4	,731		
İ17	Tİ5	,647		
* TVA: 74,254; KMO Testi: 0,965; Bartlett Testi (χ^2 : 14918,112; sd: 136; p: 0,000) (Ölçek C α :0,962)				

* * TVA (Toplam Varyans Açıklayıcılığı), KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), sd (serbestlik derecesi)

Faktör analizini bozan ifadeler analizden çıkartıldıktan sonra kalan 17 değişkene ait elde edilen faktör analizi sonucunda ifadelerin faktör yükleri 0.63 ile 0.92 arasında yer almaktadır. Ayrıca KMO değerinin 0,965 ve Bartlett's testinin anlamlı çıkması (p=0,000) her bir boyut için toplanan verilerin faktör analizi için uygun olduğunu açıkça göstermektedir. Ölçeğin %74,254'lük TVA oranı ile üç boyuttan meydana geldiği tespit edilmiştir. Araştırma modelinde yer alan üç faktörden, "güven-empati" faktörü altı maddeden oluşmakta ve toplam varyansın % 62,46'sını, "hasta odaklılık-iletişim" faktörü % 6,31'ini "taahhüt-işbirliği" faktörü ise % 5,47'sini açıklamaktadır.

Ölçek ve alt faktörleri oluşturan tüm değişkenlere ait değerler alt sınırın (30) üzerinde yer aldıklarından iç tutarlılığın ve güvenilirliğin sağlandığı, ölçeğin genel güvenilirliğinin 0,96 olduğu görülmektedir.

Cronbach Alpha (C α) güvenilirlik katsayılarının "güven-empati" boyutu için 0,936, "hasta odaklılık-iletişim" için 0,936, "taahhüt-işbirliği" için 0,874 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda her üç boyutun da tatmin edici düzeyde bir iç güvenilirliğe sahip olduğu ifade edilebilir. Bu bulgular doğrultusunda büyük olasılıkla, verilerin doğru ölçüldüğü sonucuna varmak mümkündür.

3.5.4. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

Açıklayıcı faktör analizi ile yapısal geçerlilik test edildikten sonra, kullanılan ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla ve ölçekteki gözlenen değişkenlerin birden fazla faktör altında toplanmış olması sebebiyle ikinci düzey çok faktörlü DFA yapılmıştır. Bu ölçme yönteminde aynı faktör altında yer alan maddeler birbirleri ile bağlantılı iken diğer faktörlerdeki gözlenen değişkenlerden nispeten bağımsızdır (Gürbüz, 2019: 55). İlişkisel pazarlama ölçeğine ait model uyum değerleri Tablo 3.16’da regresyon katsayıları Tablo 3.17’de, model uyum diyagramı Şekil 3.6’ da gösterilmiştir.

Tablo 3. 16. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
İlişkisel Pazarlama Ölçek Değerleri (Modifikasyonlu)	0,000	4,795	0,941	0,918	0,965	0,972	0,965	0,972	0,062

Sağlık kurumlarında CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarını içeren değişkenlerin ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd) oranı referans değerinin altında ve 4,795 olarak bulunmuştur. İyilik uyum indeksi (GFI) değerinin 0,941, düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (AGFI) değerinin 0,918, normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) değerinin 0,965, artırmalı uyum indeksi (IFI) değerinin 0,972, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) değerinin 0,965, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) değerinin 0,972 ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değerinin ise 0,062 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; tüm değerlerin referans değerinde olması sebebi ile modifikasyonlu DFA sonrasında modelin kabul edilebilir düzeyde bir uyuma sahip olduğu ifade edilebilir.

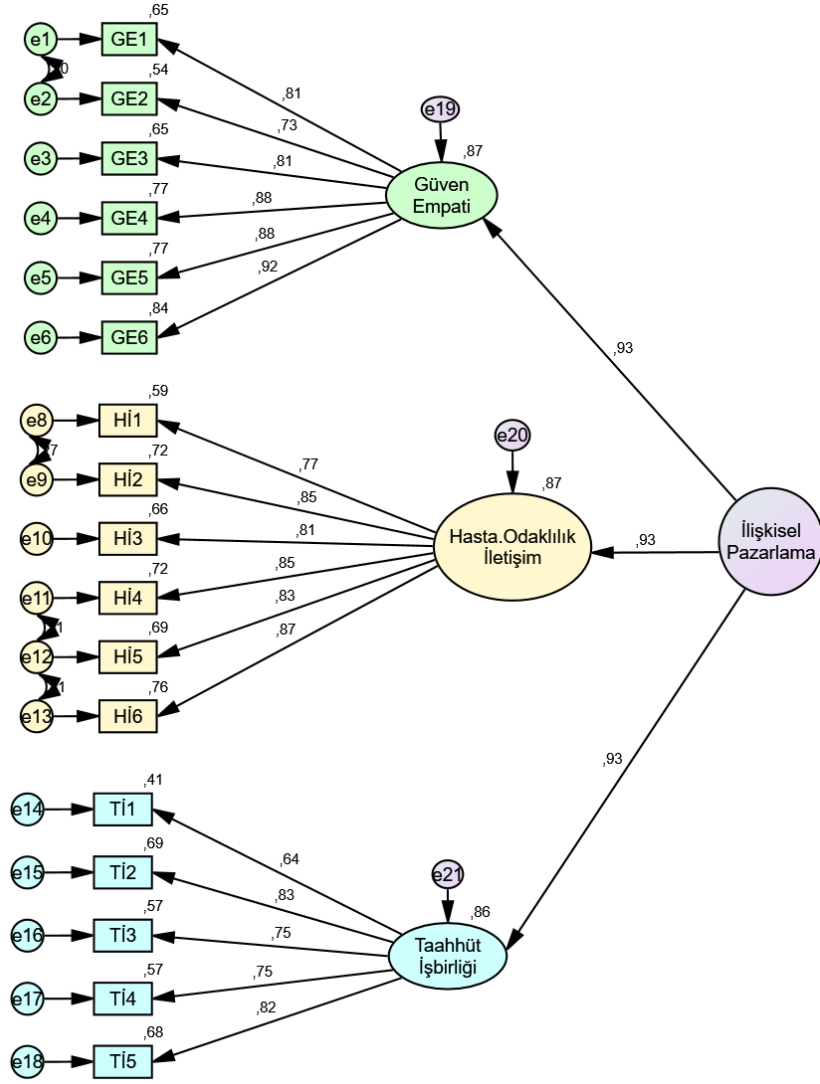
Bu değerlerle birlikte standardize edilmemiş regresyon ağırlıkları (tahmin), standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (SRA), standart hata (SH) ve t değerlerinin de incelenmesi, modelin bir bütün olarak değerlendirilmesi açısından oldukça önem teşkil eden bir süreçtir. Alan yazın, SRA’nın 0,30’dan, t değerinin ise 1,96’dan büyük (anlamlı) olması gerektiğini savunmaktadır; çünkü bu değerler faktör yüklenimlerinin önemli olup olmadığını göstermektedir (Gürbüz, 2019: 62). Faktör yüklenimlerinin

anlamalı çıkması ise maddelerin, faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir (Karagöz, 2019: 804).

Tablo 3. 17. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlamaya Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	T	P
Güven Empati	<---	İlişkisel Pazarlama	1,519	,901	,077	19,635	***
Hasta.Odaklılık İletişim	<---	İlişkisel Pazarlama	1,677	,831	,089	18,870	***
Taahhüt İşbirliği	<---	İlişkisel Pazarlama	1,000	,871			
GE1	<---	Güven Empati	1,000	,830			
GE2	<---	Güven Empati	,875	,902	,030	28,719	***
GE3	<---	Güven Empati	1,030	,797	,032	31,876	***
GE4	<---	Güven Empati	1,087	,877	,033	33,020	***
GE5	<---	Güven Empati	1,117	,883	,034	32,959	***
GE6	<---	Güven Empati	1,174	,920	,033	35,077	***
Hİ1	<---	Hasta.Odaklılık İletişim	1,000	,762			
Hİ2	<---	Hasta.Odaklılık İletişim	1,087	,842	,032	33,639	***
Hİ3	<---	Hasta.Odaklılık İletişim	,994	,830	,036	27,650	***
Hİ4	<---	Hasta.Odaklılık İletişim	1,064	,868	,036	29,398	***
Hİ5	<---	Hasta.Odaklılık İletişim	1,032	,828	,037	28,103	***
Hİ6	<---	Hasta.Odaklılık İletişim	1,066	,873	,036	29,624	***
Tİ1	<---	Taahhüt İşbirliği	1,000	,643			
Tİ2	<---	Taahhüt İşbirliği	1,401	,834	,064	22,002	***
Tİ3	<---	Taahhüt İşbirliği	1,355	,753	,067	20,272	***
Tİ4	<---	Taahhüt İşbirliği	1,317	,753	,064	20,428	***
Tİ5	<---	Taahhüt İşbirliği	1,374	,824	,063	21,803	***

Ölçüm modelinin parametre değerlerini içeren Tablo 3.17 incelendiğinde; SRA değerlerinin 0,732 ile 0,932 arasında değiştiği ve dolayısıyla 0,30'un altında herhangi bir SRA değerinin olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda modelden herhangi bir değişkenin çıkartılması söz konusu olmamıştır. Ayrıca CRM odaklı ilişkisel pazarlama gizil değişkeni ile “güven-empati”, “hasta odaklılık-iletişim”, ve “taahhüt-işbirliği” gizil değişkenleri arasındaki tüm ilişkileri temsil eden yolların anlamlı olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 3. 6. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait DFA Diyagramı

Araştırma modeli kapsamında yer verilen 17 maddelik CRM odaklı ilişkisel pazarlama öncüllerinden olan 6 maddelik “güven-empati” (GE), 6 maddelik “hasta odaklılık-iletişim” (Hİ), 5 maddelik “taahhüt-işbirliği” (Tİ) gizil değişkenleri DFA sürecinde ikinci düzey çok faktörlü model olarak ele alınıp incelenmiştir.

Sağlık kurumlarında CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğindeki değişkenlerin faktör yükleri incelendiğinde; “güven-empati” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,73 ile 0,92 arasında; “hasta odaklılık-iletişim” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,77 ile 0,87 arasında; “taahhüt-işbirliği” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin ise 0,64 ile 0,83 arasında değiştiği, alt boyutların hiçbirinde sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir.

Ayrıca CRM odaklı ilişkisel pazarlama ile “güven-empati” (0,93), “hasta odaklılık-iletişim” (0,93) ve “taahhüt-işbirliği” faktörleri (0,93) arasında pozitif yönlü ve oldukça güçlü bir ilişki saptanmıştır (Şekil 3.6).

Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu bulgusu elde edilmiştir (Tablo 3.15-3.16-3.17; Şekil 3.6).

3.5.5. Hizmet Telifisi Ölçeğine Ait Analizler

Bu bölümde sağlık kurumlarında hizmet telifisi ölçeğine ait normallik testi, ölçek ve alt faktörlere ait ortalama değerler, ölçeğin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin sonuçlarından bahsedilmiştir.

3.5.5.1. Hizmet Telifisi Ölçeğinin Normallik Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin analizlere geçilmeden önce, verilerin nasıl bir dağılıma sahip olduklarının tespit edilmesi YEM çalışmalarında oldukça önem arz etmektedir. Hastalardan toplanan verilerin normal dağılımdan gelmesi de bu çalışma için oldukça önemlidir.

Tablo 3. 18. Hizmet Telifisi Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları

	n	İstatistik	Skewness	Kurtosis	Mean	Median
Hizmet Telifisi	230	3,28	-,367	-,348	3,30	3,46
Etkileşimsel Adalet	230	3,49	-,504	-,559	3,53	3,85
Prosedürel Adalet	230	2,98	-,555	,725	3,00	3,00
Dağıtımsal Adalet	230	3,18	-,285	-,263	3,19	3,40

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda hizmet telifisi ölçeği ve alt boyutlarının (Skewness) ve çarpıklık (Kurtosis) değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması, ortalama ve medyanın birbirine yakın olması ve örneklem hacminin 30’un üzerinde olması sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan geldiği sonucuna varılmıştır. Bu sebeple analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir (Tablo 3.18).

3.5.5.2. Hizmet Telifisi Ölçeğinin Ortalama Değerleri

Bu başlık altında sağlık kurumlarında hizmet telifisine ilişkin algıları değerlendirmeye yönelik ölçekte yer alan “Kesinlikle Katılıyorum (5) - Kesinlikle Katılmıyorum (1)” şeklinde beşli likert ölçeğinden oluşan yargı ifadelerinin her birinin ortalaması verilmiştir. Aynı zamanda ölçek ve alt faktörlere ait genel ortalamalar ve ölçek puanlarının ortalaması görülmektedir.

Tablo 3. 19. Hizmet Telifisi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ortalama Değerleri

	n	Min.	Max.	Ortalama	Sd
Problemimle ilgilenirken, kurum çalışanları bana karşı nazik bir tutum sergiledi.	230	1,00	5,00	3,61	1,04
Kurum çalışanları sorunumu çözerken görüşlerimi dikkate aldı.	230	1,00	5,00	3,52	1,14
Kurum çalışanlarının sorunumu çözerken kurduğu iletişimi yeterliydi.	230	1,00	5,00	3,45	1,15
Problemimle ilgilenirken, kurum çalışanlarının beni önemseydiğini hissettim.	230	1,00	5,00	3,43	1,22
Kurum çalışanları, problemimle ilgilenirken dürüst davrandı.	230	1,00	5,00	3,50	1,20
Kurum çalışanları sorunumu çözmek için gerekli çabayı gösterdi.	230	1,00	5,00	3,43	1,18
Kurum çalışanları, problemimle ilgilenirken adil davrandı.	230	1,00	5,00	3,51	1,21
Kurumun sorunumla ilgilenilmesi sürecinde ilke ve uygulamalarının iyi olduğunu hissettim.	230	1,00	5,00	3,17	1,26
Sorunumun ortaya çıkmasından çözümüne kadar geçen süre mümkün olduğunca kısaydı.	230	1,00	5,00	2,98	1,24
Kurumun problemimi çözmesi gerektiğinden uzun sürdü.	230	1,00	5,00	2,81	1,33
Kurum gerekli politika ve prosedürlere uyarak, probleme adil bir tutum gösterdi.	230	1,00	5,00	3,28	1,06
Yaşadığım zaman kaybını ve sıkıntıyı göz önüne aldığımda, kurumun bu başarısızlığı gidermek için sunduğu telifi (başarısızlığı düzeltici uygulama) kabul edilebilirdi.	230	1,00	5,00	3,16	0,97
Sorunuma karşılık kurumun sunduğu hizmet telifisi olması gerekenden de iyiydi.	230	1,00	5,00	2,92	1,06
Yaşamış olduğum olay bende problemlere neden olsa da, kurumun bunu düzeltme çabası bende olumlu sonuçlar doğurdu.	230	1,00	5,00	3,17	1,11
Kurumdan aldığım nihai sonuç, zaman ve sıkıntı yaratmasına rağmen adildi.	230	1,00	5,00	3,38	1,07
Hizmet Telifisi Ölçek Ortalaması	230	1,13	4,93	3,29	0,82
Etkileşimsel Adalet Alt Boyutunun Ortalaması	230	1,00	5,00	3,49	1,03
Prosedürel Adalet Alt Boyutunun Ortalaması	230	1,00	4,67	2,99	0,70
Dağıtımsal Adalet Alt Boyutunun Ortalaması	230	1,00	5,00	3,18	0,91
Hizmet Telifisi Ölçek Toplam Puan Ortalaması	230	17,00	74,00	49,32	12,32
Etkileşimsel Adalet Alt Boyut Toplam Puan Ortalaması	230	7,00	35,00	24,45	7,20
Prosedürel Adalet Alt Boyut Toplam Puan Ortalaması	230	3,00	14,00	8,96	2,11
Dağıtımsal Adalet Alt Boyut Toplam Puan Ortalaması	230	5,00	25,00	15,91	4,55

Sağlık kurumunda hastaların hizmet telifisi uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri incelendiğinde, hastalar en çok problemleriyle ilgilenirken, kurum çalışanlarının hastalara karşı nazik bir tutum sergilediği görüşüne katılmışlardır ($\pm 3,61$). Bunu kurum çalışanlarının sorunları çözerken hastaların görüşlerini dikkate alması ($\pm 3,52$) ve adil davranması ($\pm 3,51$) takip etmiştir. Hastalar, kurumun problemi çözmesinin gerektiğinden uzun sürdüğü ($\pm 2,81$) ve kurumun sunduğu hizmet telifisinin olması gerekenden de iyi olduğu ($\pm 2,92$) görüşüne çok fazla katılmamaktadırlar.

Hizmet telafisi ölçeğine ve alt boyutlarına ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; hastalarının hizmet telafisi uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin orta seviyede ($\pm 3,29$) olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığı zaman ise en yüksek algının “etkileşimsel adalet” alt boyutunda olduğu ($\pm 3,49$) onu “dağıtımsal adalet” alt boyutunun ($\pm 3,18$) takip ettiği, en düşük ortalamanın ise “prosedürel adalet” alt boyutunda ($\pm 2,99$) olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hastaların hizmet telafisi uygulamaları noktasında, iletişimin güçlü olduğuna katıldıklarını söylemek mümkündür. Ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; ölçeğin alabileceği en yüksek puanın 75, en düşük puanın ise 15 olduğu göz önüne alındığında, hastaların hizmet telafisi uygulamalarını yeterli bulduğu ($\pm 49,32$) öne sürülebilir (Tablo 3.19).

3.5.5.3. Hizmet Telafisi Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Hastalar tarafından sağlık kurumlarında algılanan hizmet telafisi uygulamalarını ölçme amacı taşıyan, 15 adet değişkenden oluşan ölçeğin AFA testi ile, analize devam edilemeyeceğine ilişkin karar; KMO ve Bartlett test bulgularına dayandırılarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, Bartlett testi 0,000 değeri ile oluşan yapının genel olarak tüm korelasyonlarının anlamlı bir şekilde sıfırdan farklı olduğunu göstermektedir. 0,883'lük KMO değeri ile de örneklemin AFA'ya uygun olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizine devam edilmesi kararı ile beraber, oluşan faktörler incelenmiş ve tüm maddeler AFA'ya dahil edilmiştir. Bu doğrultuda, hizmet telafisi ölçeğine ait açıklayıcı faktör analizi bulguları Tablo 3.20'de sunulmaktadır.

Tablo 3. 20. Hizmet Telafisi Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Soru İfadesi	Kodlar	Faktörler			Faktör Açıklayıcılığı	Güvenilirlik (C α)
		Etkileşimsel Adalet	Prosedürel Adalet	Dağıtımsal Adalet		
HT-1	EA-1	,697			61,32	0,952
HT-2	EA-2	,854				
HT-3	EA-3	,911				
HT-4	EA-4	,910				
HT-5	EA-5	,825				
HT-6	EA-6	,931				
HT-7	EA-7	,755				
HT-8	PA-1		-,593		7,69	0,741
HT-9	PA-2		-,646			
HT-10	PA-3		,804			
HT-11	DA-1			,653	8,69	0,914
HT-12	DA-2			,788		
HT-13	DA-3			,727		
HT-14	DA-4			,912		
HT-15	DA-5			,940		

* TVA: 77,719; KMO Testi: 0,883; Bartlett Testi (χ^2 : 3568,991; sd: 105; p: 0,000), (C α : 0,930)

* * TVA (Toplam Varyans Açıklayıcılığı), KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), sd (serbestlik derecesi)

Ölçekte yer alan 15 değişkene ait elde edilen faktör analizi sonucunda ifadelerin faktör yükleri 0.59 ile 0.94 arasında yer almaktadır. Ayrıca KMO değerinin 0,883 ve Barlett's testinin anlamlı çıkması ($p=0,000$) her bir boyut için toplanan verilerin faktör analizi için uygun olduğunu açıkça göstermektedir. Ölçeğin %77,719'luk TVA oranı ile üç boyuttan oluştuğu tespit edilmiştir. Araştırma modelinde yer alan üç faktörden, “etkileşimsel adalet” faktörü yedi maddeden oluşmakta ve toplam varyansın % 61,32'sini, “prosedürel adalet” faktörü % 7,69'unu “dağıtımsal adalet” faktörü ise % 8,69'unu açıklamaktadır.

Ölçek ve alt boyutları oluşturan tüm değişkenlere ait değerler alt sınırın (30) üzerinde yer aldıklarından iç tutarlılığın ve güvenilirliğin sağlandığı, ölçeğin genel güvenilirliğinin 0,930 olduğu görülmektedir. Cronbach Alpha (α) güvenilirlik katsayısının “etkileşimsel adalet” faktörü için 0,952, “prosedürel adalet” faktörü için 0,741, “dağıtımsal adalet” faktörü için ise 0,914 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda her üç boyutun da tatmin edici düzeyde bir iç güvenilirliğe sahip olduğu ifade edilebilir. Bu bulgular büyük olasılıkla verilerin doğru ölçüldüğünü göstermektedir (Tablo 3.20).

3.5.5.4. Hizmet Telifisi Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

Açıklayıcı faktör analizi ile yapısal geçerlilik test edildikten sonra, kullanılan ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla ölçekteki gözlenen değişkenlerin birden fazla faktör altında toplanmış olması sebebiyle ikinci düzey çok faktörlü DFA modeli kullanılmıştır. Bu ölçme modelinde aynı faktör altında yer alan maddeler birbirleri ile bağlantılı iken diğer faktörlerdeki gözlenen değişkenlerden nispeten bağımsızdır (Gürbüz, 2019: 55). Hizmet telifisi ölçeğine ait model uyum değerleri Tablo 3.21'de regresyon katsayıları Tablo 3.22'de, model uyum diyagramı Şekil 3.7'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 21. Hizmet Telifisi Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Hizmet Telifisi									
Ölçek Değerleri (Modifikasyonlu)	0,000	3,967	0,856	0,775	0,917	0,936	0,912	0,936	0,114

Sağlık kurumlarında hizmet telifisi uygulamalarını içeren değişkenlerin ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd) oranı referans değerinin altında 3,967 olarak bulunmuştur. İyilik uyum indeksi (GFI)

değerinin 0,856, düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (AGFI) değerinin 0,775, normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) değerinin 0,917, artırmalı uyum indeksi (IFI) değerinin 0,936, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) değerinin 0,912, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) değerinin 0,936 ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değerinin ise 0,114 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; AGFI-CF- ve RMSEA değerleri referans değerinin altında çıkmıştır; fakat χ^2/sd oranının ve diğer değerlerin referans değerinde olması sebebi ile modifikasyonlu DFA sonrasında modelin kabul edilebilir düzeyde bir uyuma sahip olduğu ifade edilebilir.

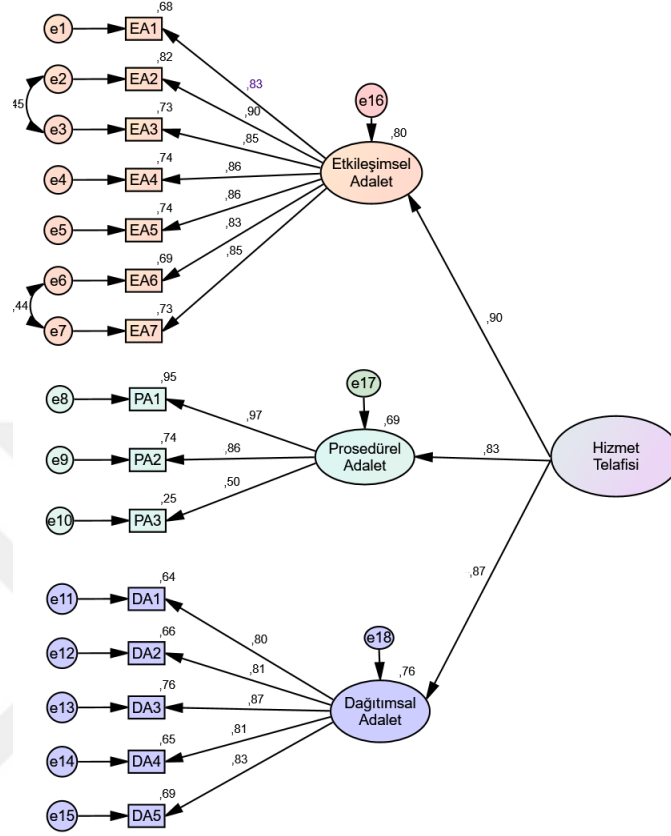
Bu değerlerle birlikte standardize edilmemiş regresyon ağırlıkları (tahmin), standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (SRA), standart hata (SH) ve t değerlerinin de incelenmesi, modelin bir bütün olarak değerlendirilmesi açısından oldukça önem teşkil eden bir süreçtir. Alan yazın SRA'nın 0,30'dan, t değerinin ise 1,96'dan büyük (anlamlı) olması gerektiğini savunmaktadır, çünkü bu değerler faktör yüklenimlerinin önemli olup olmadığını göstermektedir (Gürbüz, 2019: 62). Faktör yüklenimlerinin anlamlı çıkması ise maddelerin, faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir (Karagöz, 2019: 804).

Tablo 3. 22. Hizmet Telafisine Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	T	p
Etkileşimsel Adalet	<---	Hizmet Telafisi	1,478	,900	,213	6,925	0,000
Dağıtımsal Adalet	<---	Hizmet Telafisi	1,337	,853	,204	6,563	0,000
Prosedürel Adalet	<---	Hizmet Telafisi	1,000	,801			
EA1	<---	Etkileşimsel Adalet	1,000	,832			
EA2	<---	Etkileşimsel Adalet	1,204	,913	,066	18,189	0,000
EA3	<---	Etkileşimsel Adalet	1,143	,864	,069	16,450	0,000
EA4	<---	Etkileşimsel Adalet	1,212	,861	,075	16,159	0,000
EA5	<---	Etkileşimsel Adalet	1,181	,851	,074	15,869	0,000
EA6	<---	Etkileşimsel Adalet	1,129	,827	,075	15,056	0,000
EA7	<---	Etkileşimsel Adalet	1,170	,833	,077	15,243	0,000
PA1	<---	Prosedürel Adalet	1,877	,986	,225	8,351	0,000
PA2	<---	Prosedürel Adalet	1,620	,850	,197	8,223	0,000
PA3	<---	Prosedürel Adalet	1,000	,501			
DA1	<---	Dağıtımsal Adalet	1,000	,779			
DA2	<---	Dağıtımsal Adalet	,981	,818	,072	13,676	0,000
DA3	<---	Dağıtımsal Adalet	1,134	,886	,076	14,870	0,000
DA4	<---	Dağıtımsal Adalet	1,084	,808	13,403	13,403	0,000
DA5	<---	Dağıtımsal Adalet	1,084	,838	13,778	13,778	0,000

Ölçüm modelinin parametre değerlerini içeren Tablo 3.23 incelendiğinde; SRA değerlerinin 0,501 ile 0,986 arasında değiştiği ve dolayısıyla 0,30'un altında herhangi bir SRA değerinin olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda modelden herhangi bir

değişkenin çıkartılması söz konusu olmamıştır. Ayrıca hizmet telafisi gizil değişkeni ile “etkileşimsel adalet”, “dağıtımsal adalet”, ve “prosedürel adalet” gizil değişkenleri arasındaki tüm ilişkileri temsil eden yolların anlamlı olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 3. 7. Hizmet Telafisi Ölçeğine Ait DFA Diyagramı

Araştırma modeli kapsamında yer verilen 15 maddelik hizmet telafisi öncüllerinden olan 7 maddelik “etkileşimsel adalet” (EA), 3 maddelik “prosedürel adalet” (PA), 5 maddelik “dağıtımsal adalet” (DA) gizil değişkenleri DFA sürecinde ikinci düzey çok faktörlü model olarak ele alınıp incelenmiştir.

Sağlık kurumlarında hizmet telafisi ölçeğindeki değişkenlerin faktör yükleri incelendiğinde; “etkileşimsel adalet” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,83 ile 0,90 arasında; “prosedürel adalet” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,50 ile 0,97 arasında; “dağıtımsal adalet” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin ise 0,80 ile 0,87 arasında değiştiği, alt boyutların hiçbirinde sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir.

Ayrıca hizmet telafisi ile “etkileşimsel adalet” (0,90), “prosedürel adalet” (0,83), ve “dağıtımsal adalet” (0,87) arasında pozitif yönlü oldukça güçlü bir ilişki saptanmıştır (Şekil 3.7).

Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu bulgusu elde edilmiştir (Tablo 3.21-3.22; Şekil 3.7).

3.5.6. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait Analizler

Bu bölümde hasta tatmini ölçeğine ait normallik testi, ölçek ve alt faktörlere ait ortalama değerler, ölçeğin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin sonuçlarından bahsedilmiştir.

3.5.6.1. Hasta Tatmini Ölçeğinin Normallik Analizi

Ölçeklere ilişkin analizlere geçilmeden önce, verilerin nasıl bir dağılıma sahip olduklarının tespit edilmesi YEM çalışmalarında oldukça önem arz etmektedir. Hastalardan toplanan verilerin normal dağılımdan gelmesi bu çalışma için oldukça önem teşkil etmektedir.

Tablo 3. 23 Hasta Tatmini Ölçeğine Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları

	n	İstatistik	Skewness	Kurtosis	Mean	Median
Hasta Tatmini	1000	3,12	-,117	-,965	3,12	3,16

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda hasta tatmini ölçeğinin (Skewness) ve çarpıklık (Kurtosis) değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması, ortalama ve medyanın birbirine yakın olması ve örneklem hacminin 30'un üzerinde olması sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan geldiği sonucuna varılmıştır. Bu sebeple analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir.

3.5.6.2. Hasta Tatmini Ölçeğinin Ortalama Değerleri

Bu başlık altında hasta tatmini ölçeğinde yer alan “Kesinlikle Katılıyorum (5) - Kesinlikle Katılmıyorum (1)” şeklinde beşli likert ölçeğinden oluşan yargı ifadelerinin her birinin ortalaması verilmiştir. Aynı zamanda ölçeğe ait genel ortalamalar ve ölçek puanının ortalamasına yer verilmiştir.

Tablo 3. 24 Hasta Tatmini Ölçeğinin Ortalama Değerleri

	n	Min.	Max.	Ortalama	Sd
1. Kurumda gördüğüm tedaviden genel olarak memnun kaldım.	1000	1,00	5,00	3,52	1,11
2. Kurumdan aldığım hizmetler beklentilerimi karşıladı.	1000	1,00	5,00	3,41	1,16
3. Kurumunun sunduğu hizmetler beklentilerimin de üzerindeydi.	1000	1,00	5,00	2,85	1,27
4. Bu kurumdan hizmet almaya devam etmek için "fazladan çaba göstermeye" hazırım.	1000	1,00	5,00	2,92	1,30
5. Kurum ile olan ilişkiyi sürdürmeye istekliyim.	1000	1,00	5,00	3,21	1,26
6. Kurum ile olan ilişkiyi uzun vadeli bir ortaklık olarak görmekteyim.	1000	1,00	5,00	2,97	1,29
Hasta Tatmini Ölçek Ortalaması	1000	1,00	5,00	3,15	1,01
Hasta Tatmini Ölçek Toplam Puan Ortalaması	1000	6,00	30,00	18,88	6,06

Tatmin düzeylerini değerlendiren hastalar, kurumda aldığı tedaviden genel olarak memnun kaldığını ($\pm 3,52$) ve aldığı hizmetlerin beklentilerini karşıladığını ($\pm 3,52$) belirtmiştir. Fakat; hastalar kurumdan hizmet almaya devam etmek için fazladan çaba göstermeye ($\pm 2,92$) ve kurumunun sunduğu hizmetlerin beklentilerinin de üzerinde olması ($\pm 2,85$) görüşüne fazla katılmamaktadırlar.

Hasta tatmini ölçeğine ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; hastalarının tatmin düzeylerinin orta seviyede ($\pm 3,15$) olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puanın 6, maksimum puanın ise 30 olduğu göz önüne alındığında; tatmin puanı da orta seviyede ($\pm 18,88$) çıkmıştır.

3.5.6.3. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Hastaların sağlık kurumlarındaki tatmin düzeylerini ölçme amacı taşıyan, 6 adet değişkenden oluşan ölçeğin AFA testi ile analize devam edilip edilemeyeceğine ilişkin karar; KMO ve Bartlett test bulgularına dayandırılarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, Bartlett testi 0,000 değeri ile oluşan yapının genel olarak tüm korelasyonlarının anlamlı bir şekilde sıfırdan farklı olduğunu göstermektedir. 0,871'lik KMO değeri ile de örneklemin AFA'ya uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, hastaların sağlık kurumlarından tatmin düzeyine ilişkin faktör analizi bulguları Tablo 3.25'te özet halinde sunulmaktadır.

Tablo 3. 25 Hasta Tatmini Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Soru İfadesi	Kodlar	Faktör Hasta Tatmini	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenilirlik (Ca)
HT-1	HT-1	,900		
HT-2	HT-2	,892		
HT-3	HT-3	,851		
HT-4	HT-4	,884	69,627	0,921
HT-5	HT-5	,915		
HT-6	HT-6	,478		
* TVA: 69,627; KMO Testi: 0,871; Bartlett Testi (χ^2 : 4668,814; sd: 15; p: 0,000)				

* * TVA (Toplam Varyans Açıklayıcılığı), KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), sd (serbestlik derecesi)

Ölçekte yer alan 6 değişkene ait elde edilen faktör analizi sonucunda ifadelerin faktör yükleri 0.47 ile 0.91 arasında yer almaktadır. Ayrıca KMO değerinin 0,871 ve Barlett's testinin anlamlı çıkması ($p=0,000$) toplanan verilerin faktör analizi için uygun olduğunu açıkça göstermektedir. Ölçeğin %69,627'lik TVA oranı ile tek boyuttan meydana geldiği tespit edilmiştir.

Ölçeği oluşturan tüm değişkenlere ait değerler alt sınırın (30) üzerinde yer aldıklarından iç tutarlılığın ve güvenilirliğin sağlandığı, ölçeğin Cronbach Alpha ($C\alpha$) güvenilirlik katsayısının 0,921 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda ölçeğin tatmin edici düzeyde bir iç güvenilirliğe sahip olduğu ifade edilebilir. Bu bulgular büyük olasılıkla verilerin doğru ölçüldüğünü göstermektedir (Tablo 3.25).

3.5.6.4. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

Açıklayıcı faktör analizi ile yapısal geçerlilik test edildikten sonra, kullanılan ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla ölçekteki gözlenen değişkenlerin tek faktör altında toplanmış olması sebebiyle tek faktörlü DFA modeli kullanılmıştır. Hasta tatmini ölçeğine ait model uyum değerleri Tablo 3.26'da regresyon katsayıları Tablo 3.27'de, model uyum diyagramı Şekil 3.8' de gösterilmiştir.

Tablo 3. 26 Hasta Tatmini Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Hasta tatmini Ölçek Değerleri	0,000	3,725	0,995	0,974	0,997	0,998	0,991	0,998	0,052

Sağlık kurumlarında hasta tatminini içeren değişkenlerin ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd) oranı referans değerinin altında 3,725 olarak bulunmuştur. İyilik uyum indeksi (GFI) değerinin 0,995, düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (AGFI) değerinin 0,974, normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) değerinin 0,997, artırmalı uyum indeksi (IFI) değerinin 0,998, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) değerinin 0,991, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) değerinin 0,998 ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değerinin ise 0,052 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; tüm model uyum değerlerinin mükemmel uyum referans değerinde olması sebebi ile DFA sonrasında modelin mükemmel bir uyuma sahip olduğu ifade edilebilir.

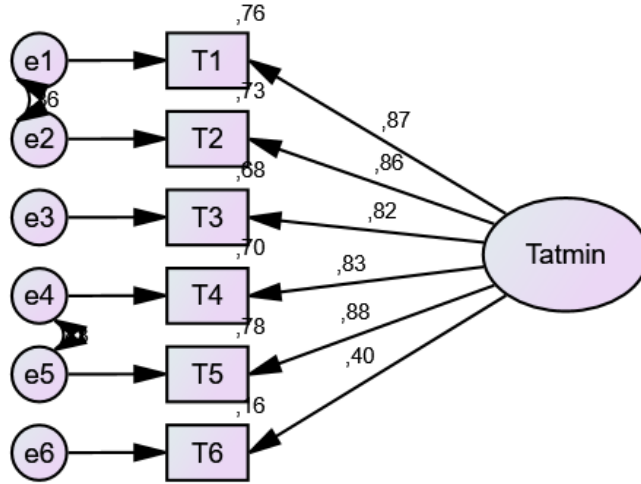
Bu değerlerle birlikte standardize edilmemiş regresyon ağırlıkları (tahmin), standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (SRA), standart hata (SH) ve t değerlerinin de

incelenmesi, modelin bir bütün olarak değerlendirilmesi açısından oldukça önem teşkil eden bir süreçtir. Alan yazın SRA'nın 0,30'dan, t değerinin ise 1,96'dan büyük (anlamlı) olması gerektiğini savunmaktadır, çünkü bu değerler faktör yüklenimlerinin önemli olup olmadığını göstermektedir (Gürbüz, 2019: 62). Faktör yüklenimlerinin anlamlı çıkması ise maddelerin faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir (Karagöz, 2019: 804).

Tablo 3. 27 Hasta Tatmini Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	t	P
T1	<---	Tatmin	1,000	,886			
T2	<---	Tatmin	1,003	,850	,023	42,881	0,000
T3	<---	Tatmin	1,016	,790	,054	18,793	0,000
T4	<---	Tatmin	1,072	,809	,057	18,685	0,000
T5	<---	Tatmin	1,126	,883	,058	19,535	0,000
T6	<---	Tatmin	,539	,410	,043	12,596	0,000

Ölçüm modelinin parametre değerlerini içeren Tablo 3.27 incelendiğinde; SRA değerlerinin 0,410 ile 0,886 arasında değiştiği ve dolayısıyla 0,30'un altında herhangi bir SRA değerinin olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda modelden herhangi bir ifadenin çıkartılması söz konusu olmamıştır.



Şekil 3. 8. Hasta Tatmini Ölçeğine Ait DFA Diyagramı

Araştırma modeli kapsamında yer verilen 6 maddelik hasta tatmini ölçeği DFA sürecinde tek faktörlü model olarak ele alınıp incelenmiştir.

Sağlık kurumlarında hasta tatmini ölçeğindeki faktör yükleri incelendiğinde; tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,40 ile 0,87 arasında değiştiği, ölçekte sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir (Şekil 3.8).

Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu bulgusu elde edilmiştir (Tablo 3.26-3.27; Şekil 3.8).

3.5.7. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait Analizler

Bu bölümde davranışsal niyet ölçeğine ait normallik testi, ölçek ve alt faktörlere ait ortalama değerler, ölçeğin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin sonuçlarından bahsedilmiştir.

3.5.7.1.Davranışsal Niyet Ölçeğinin Normallik Analizi

Ölçeklere ilişkin analizlere geçilmeden önce, verilerin nasıl bir dağılıma sahip olduklarının tespit edilmesi YEM çalışmalarında oldukça önem arz etmektedir. Hastalardan toplanan verilerin normal dağılımdan gelmesi bu çalışma için oldukça önem teşkil etmektedir.

Tablo 3. 28. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları

	n	İstatistik	Skewness	Kurtosis	Mean	Median
Davranışsal Niyet	1000	3,05	-,129	-,952	3,05	3,00

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda davranışsal niyet ölçeğinin (Skewness) ve çarpıklık (Kurtosis) değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması, ortalama ve medyanın birbirine yakın olması ve örneklem hacminin 30'un üzerinde olması sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan geldiği sonucuna varılmıştır. Bu sebeple analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir.

3.5.7.2.Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ortalama Değerleri

Bu başlık altında sağlık kurumlarında hastaların davranışsal niyetleri ölçeğinde yer alan “Kesinlikle Katılıyorum (5) - Kesinlikle Katılmıyorum (1)” şeklinde beşli likert ölçeğinden oluşan yargı ifadelerinin her birinin ortalaması verilmiştir. Aynı zamanda ölçek ortalaması ve ölçek puanına yer verilmiştir.

Tablo 3. 29. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ortalama Değerleri

	n	Min.	Max.	Ortalama	Sd
1.Daha sonra bir sağlık problemim olursa öncelikli olarak bu sağlık kurumunu tercih ederim.	1000	1,00	5,00	3,30	1,32
2. Kurumdan aldığım hizmetin bedeli nispeten daha yüksek olsa da, ihtiyaç duyarsam yine bu sağlık kurumuna gelirim.	1000	1,00	5,00	3,10	1,33
3. Hizmet aldığım bu sağlık kurumunu yakınlarıma ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.	1000	1,00	5,00	3,27	1,36
4. Başkalarına, bu sağlık kurumunda hizmet aldığımı söylemekten gurur duyarım.	1000	1,00	5,00	3,11	1,38
Davranışsal Niyet Ölçek Ortalaması	1000	1,00	5,00	3,19	1,23
Davranışsal Niyet Ölçek Toplam Puan Ortalaması	1000	4,00	20,00	12,77	4,92

Sağlık kurumunda davranışsal niyetlerini belirten hastalar, aynı sağlık kurumunu tekrar tercih etme ($\pm 3,30$), kurumu yakınlarına ve arkadaşlarına tavsiye etme ($\pm 3,27$) noktasında biraz olumlu olmakla birlikte; başkalarına, bu sağlık kurumunda hizmet aldığını söylemekten gurur duyma ($\pm 3,11$) ve kurumdan aldığı hizmetin bedeli nispeten daha yüksek olsa da, ihtiyaç duyarsa yine aynı sağlık kurumuna gelme ($\pm 3,10$) noktasında genel olarak kararsız olduklarını belirtmiştir.

Hastaların davranışsal niyetleri ölçeğine ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; hastalarının kuruma bağlılıklarının ve kurumu tavsiye etme niyetlerinin orta seviyede ($\pm 3,19$) olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puanın 4, maksimum puanın ise 20 olduğu göz önüne alındığında; hasta bağlılığı ve tavsiye etme niyeti puanı da orta seviyede ($\pm 12,77$) çıkmıştır. Bu bağlamda davranışsal niyet ölçeği ile tespit edilmek istenen hasta bağlılığı ve hastaların kurumu tavsiye etme niyetleri (WOM-EWOM) orta seviyede çıkmıştır.

3.5.7.3.Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Hastaların kuruma bağlılığını ve tavsiye etme niyetini ölçme amacı taşıyan, 4 adet değişkenden oluşan davranışsal niyet ölçeği AFA testi ile analize devam edilip edilemeyeceğine ilişkin karar; KMO ve Bartlett test bulgularına dayandırılarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, Bartlett testi 0,000 değeri ile oluşan yapının genel olarak tüm korelasyonlarının anlamlı bir şekilde sıfırdan farklı olduğunu göstermektedir. 0,854'lik KMO değeri ile de örneklemin AFA'ya uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, davranışsal niyet ölçeğine ilişkin faktör analizi bulguları Tablo 3.30'da özet halinde sunulmaktadır.

Tablo 3. 30. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait AFA Sonuçları

Soru İfadesi	Kodlar	Faktör	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenilirlik (Ca)
DN-1	DN-1	,927		
DN-2	DN-2	,854		
DN-3	DN-3	,941	83,334	0,926
DN-4	DN-4	,927		
* TVA: 83,334; KMO Testi: 0,854; Bartlett Testi (χ^2 : 3535,355; sd: 6; p: 0,000)				

* * TVA (Toplam Varyans Açıklayıcılığı), KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), sd (serbestlik derecesi)

Ölçekte yer alan 4 ifadeye ait elde edilen faktör analizi sonucunda ifadelerin faktör yükleri 0.85 ile 0.94 arasında yer almaktadır. Ayrıca KMO değerinin 0,854 ve Bartlett's testinin anlamlı çıkması ($p=0,000$) verilerin faktör analizi için uygun

olduğunu açıkça göstermektedir. Ölçeğin %83,334'lük TVA oranı ile tek boyuttan meydana geldiği tespit edilmiştir.

Ölçek ifadelerine ait tüm değerler alt sınırın (30) üzerinde yer aldıklarından iç tutarlılığın ve güvenilirliğin sağlandığı, ölçeğin Cronbach Alpha (C α) güvenilirlik katsayısının 0,926 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda ölçeğin tatmin edici düzeyde bir iç güvenilirliğe sahip olduğu ifade edilebilir. Bu bulgular büyük olasılıkla verilerin doğru ölçüldüğünü göstermektedir (Tablo 3.30).

3.5.7.4.Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

Açıklayıcı faktör analizi ile yapısal geçerlilik test edildikten sonra, kullanılan ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla ölçekteki gözlenen değişkenlerin tek faktör altında toplanmış olması sebebiyle tek faktörlü DFA modeli kullanılmıştır. Davranışsal niyet ölçeğine ait model uyum değerleri Tablo 3.31'de regresyon katsayıları Tablo 3.32'de, model uyum diyagramı Şekil 3.9' da gösterilmiştir.

Tablo 3. 31. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Davranışsal Niyet Ölçek Değerleri	0,000	2,808	0,997	0,986	0,998	0,999	0,997	0,999	0,043

Sağlık kurumlarında hastaların davranışsal niyetlerini içeren değişkenlerin ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd) oranı referans değerinin altında 2,808 olarak bulunmuştur. İyilik uyum indeksi (GFI) değerinin 0,997, düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (AGFI) değerinin 0,986, normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) değerinin 0,998, artırmalı uyum indeksi (IFI) değerinin 0,999, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) değerinin 0,997, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) değerinin 0,999 ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değerinin ise 0,043 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; tüm model uyum değerlerinin mükemmel uyum referans değerinde olması sebebi ile DFA sonrasında modelin mükemmel bir uyuma sahip olduğu ifade edilebilir.

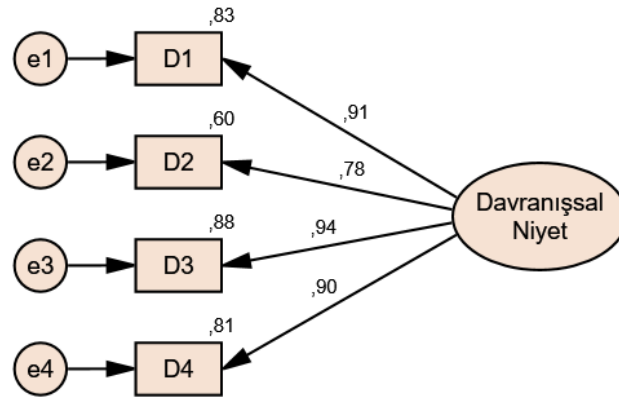
Bu değerlerle birlikte standardize edilmemiş regresyon ağırlıkları (tahmin), standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (SRA), standart hata (SH) ve t değerlerinin de incelenmesi, modelin bir bütün olarak değerlendirilmesi açısından oldukça önem teşkil eden bir süreçtir. Alan yazın SRA'nın 0,30'dan, t değerinin ise 1,96'dan büyük (anlamlı) olması gerektiğini savunmaktadır, çünkü bu değerler faktör yüklenimlerinin

önemli olup olmadığını göstermektedir (Gürbüz, 2019: 62). Faktör yüklenimlerinin anlamlı çıkması ise maddelerin faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir (Karagöz, 2019: 804).

Tablo 3. 32. Davranışsal Niyet Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	T	P
D1	<---	Davranışsal_Niyet	1,000	,908			
D2	<---	Davranışsal_Niyet	,856	,776	,026	32,580	0,000
D3	<---	Davranışsal_Niyet	1,061	,940	,021	50,099	0,000
D4	<---	Davranışsal_Niyet	1,036	,902	,023	45,056	0,000

Ölçüm modelinin parametre değerlerini içeren Tablo 3.32 incelendiğinde; SRA değerlerinin 0,776 ile 0,940 arasında değiştiği ve dolayısıyla 0,30'un altında herhangi bir SRA değerinin olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda modelden herhangi bir ifadenin çıkartılması söz konusu olmamıştır.



Şekil 3. 9. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait DFA Diyagramı

Araştırma modeli kapsamında yer verilen 4 maddelik davranışsal niyet ölçeği DFA sürecinde tek faktörlü model olarak ele alınıp incelenmiştir.

Sağlık kurumlarında hastaların davranışsal niyetleri ölçeğindeki faktör yükleri incelendiğinde; tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,78 ile 0,94 arasında değiştiği, ölçekte sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir (Şekil 3.9).

Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu bulgusu elde edilmiştir (Tablo 3.31-3.32; Şekil 3.9).

3.5.8. Araştırmada Kullanılan Tüm Ölçek Analizlerinin Özetlenmesi

Bu başlık altında araştırma kullanılmış olan, CRM odaklı ilişkisel pazarlama, hizmet telafisi, hasta tatmini ve davranışsal niyet ölçeklerine ilişkin ortalama değerlerin, puan ortalamalarının, normallik analizlerinin, AFA ve DFA analizlerinin özeti sunulmaktadır. Ölçek ve faktör puan ortalamaları Tablo 3.33’de verilmektedir.

Tablo 3. 33. Ölçek ve Faktör Puan Ortalamaları

	n	Min.	Max.	Ort.	Sd	Ca	Skewness		Kurtosis	
							Ss	Se	Ss	Se
Hizmet Telafisi Genel	230	17,00	74,00	49,32	12,31	0,93	-,367	,160	-,348	,320
Etkileşimsel Adalet	230	7,00	35,00	24,45	7,19	0,95	-,504	,160	-,559	,320
Prosedürel Adalet	230	3,00	14,00	8,95	2,11	0,74	-,555	,160	,725	,320
Dağıtımsal Adalet	230	5,00	25,00	15,91	4,55	0,91	-,285	,160	-,263	,320
İlişkisel Pazarlama Genel	1000	17,00	85,00	57,30	15,63	0,96	-,029	,077	-,707	,155
Güven-Empati	1000	6,00	30,00	20,70	6,05	0,93	-,284	,077	-,556	,155
Hasta Odaklılık-İletişim	1000	6,00	30,00	17,93	6,68	0,93	,084	,077	-,891	,155
Taahhüt-İşbirliği	1000	5,00	25,00	18,66	4,19	0,87	-,350	,077	-,221	,155
Hasta Tatmini	1000	6,00	30,00	18,88	6,06	0,92	-,114	,077	-,793	,155
Davranışsal Niyet	1000	4,00	20,00	12,77	4,91	0,92	-,137	,077	-1,072	,155

Hizmet telafisi ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; ölçeğin alabileceği en yüksek puanın 75, en düşük puanın ise 15 olduğu göz önüne alındığında, hastaların hizmet telafisi uygulamalarını yeterli bulduğu ($\pm 49,32$) öne sürülebilir.

CRM odaklı İlişkisel pazarlama ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; ölçeğin alabileceği en yüksek puanın 90, en düşük puanın ise 18 olduğu göz önüne alındığında, hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarını yeterli bulduğu ($\pm 57,30$) öne sürülebilir.

Hasta tatmini ölçeğinden alınabilecek minimum puanın 6, maksimum puanın ise 30 olduğu göz önüne alındığında; tatmin puanı da orta seviyede ($\pm 18,88$) çıkmıştır.

Davranışsal niyet ölçeğinden alınabilecek minimum puanın 4, maksimum puanın ise 20 olduğu göz önüne alındığında; hasta bağlılığı ve tavsiye etme niyeti puanı da orta seviyede ($\pm 12,77$) çıkmıştır. Bu bağlamda davranışsal niyet ölçeği ile tespit edilmek istenen hasta bağlılığı ve hastaların kurumu tavsiye etme niyetleri (WOM-EWOM) orta seviyede çıkmıştır. Ölçek ve faktör ortalamaları Tablo 3.34’te verilmektedir.

Tablo 3. 34. Ölçek ve Faktör Ortalamaları

	n	Min.	Max.	Ort.	Sd	Ca	Skewness		Kurtosis	
							Ss	Se	Ss	Se
Hizmet Telifisi Genel	230	1,13	4,93	3,28	,82	0,93	-,367	,160	-,348	,320
Etkileşimsel Adalet	230	1,00	5,00	3,49	1,02	0,95	-,504	,160	-,559	,320
Prosedürel Adalet	230	1,00	4,67	2,98	,70	0,74	-,555	,160	,725	,320
Dağıtımsal Adalet	230	1,00	5,00	3,18	,91	0,91	-,285	,160	-,263	,320
İlişkisel Pazarlama Genel	1000	1,00	5,00	3,37	,91	0,96	-,029	,077	-,707	,155
Güven-Empati	1000	1,00	5,00	3,45	1,00	0,93	-,284	,077	-,556	,155
Hasta Odaklılık-İletişim	1000	1,00	5,00	2,94	1,14	0,93	,109	,077	-,946	,155
Taahhüt-İşbirliği	1000	1,00	5,00	3,73	,83	0,87	-,350	,077	-,221	,155
Hasta Tatmini	1000	1,00	5,00	3,14	1,01	0,92	-,114	,077	-,793	,155
Davranışsal Niyet	1000	1,00	5,00	3,19	1,22	0,92	-,137	,077	1,072	,155

Hizmet telifisi ölçeğine ve alt boyutlarına ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; hastalarının hizmet telifisi uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin orta seviyede ($\pm 3,29$) olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında ise en yüksek algının “etkileşimsel adalet” alt boyutunda olduğu ($\pm 3,49$) onu “dağıtımsal adalet” alt boyutunun ($\pm 3,18$) takip ettiği, en düşük ortalamanın ise “prosedürel adalet” alt boyutunda ($\pm 2,99$) olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hastaların hizmet telifisi uygulamaları noktasında, iletişimin güçlü olduğuna katıldıklarını söylemek mümkündür.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğine ve alt boyutlarına ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; hastalarının CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin orta seviyede ($\pm 3,37$) olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında ise en yüksek algının “taahhüt-işbirliği” alt boyutunda olduğu ($\pm 3,73$) onu “güven-empati” alt boyutunun ($\pm 3,45$) takip ettiği, en düşük ortalamanın ise “hasta odaklılık-iletişim” alt boyutunda ($\pm 2,94$) olduğu görülmektedir.

Hasta tatmini ölçeğine ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; hastalarının tatmin düzeylerinin orta seviyede ($\pm 3,15$) olduğu görülmektedir.

Hastaların davranışsal niyetleri ölçeğine ilişkin yargı ifadelerinin ortalaması incelendiğinde; hastalarının kuruma bağlılıklarının ve kurumu tavsiye etme niyetlerinin orta seviyede ($\pm 3,19$) olduğu görülmektedir.

Bu bağlamda tüm ölçek ortalamalarının orta düzeyde çıktığını söylemek mümkündür. Bununla beraber tüm ölçeklerin normal dağılımdan geldiği (Skewness Kurtosis $\pm 1,5$) görülmektedir (Tablo 3.33; 3.34).

Buna ek olarak her ölçek için yapılan AFA ve DFA analizlerinin sonucunda, ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerinin sağlandığı görülmüştür. Böylece analizlere parametrik testlerle devam edilmiş ve CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğinde 17 madde üç faktör (güven-empati, hasta odaklılık-iletişim, taahhüt-işbirliği), hizmet telafisi ölçeğinde 15 madde üç faktör (etkileşimsel adalet-prosedürel adalet-dağıtımsal adalet), hasta tatmini ölçeğinde 6 madde tek faktör, davranışsal niyet ölçeğinde 4 madde tek faktör olarak YEM modeli çalışılmıştır.

3.5.9. Parametrik Test Sonuçları

Normallik testi sonucunda, tüm ölçeklerin normal dağılımdan geldiği (Skewness-Kurtosis $\pm 1,5$) kanıtlandığı için ölçek puan ortalamaları ile başvuru alan sağlık kurumunun özellikleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla parametrik testlerden olan; ikiden fazla değişkenli verilerde “Tek yönlü ANOVA testi” ile hipotezler test edilmiştir.

3.5.9.1.CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları

Bu başlık altında “CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği” ve alt boyutlarının puan ortalaması ile hizmet alınan sağlık kurumunun türü, bölgesi, hizmet alınan sağlık kurumuna başvuru sayısı ve sağlık kurumundan alınan hizmet türü değişkenlerinin ilişkilerini ölçen “Tek Yönlü ANOVA testi” sonuçları verilmiştir. CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeği ve alt boyutlarının sağlık kurumunun türüne göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.35’te verilmektedir.

Tablo 3. 35. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Sağlık Kurumu	n	x	S.s	F	p	Fark
İlişkisel Pazarlama	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	185	57,01	16,234	9,197	,000	1-4
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	503	54,84	15,021			
	Özel Hastane ⁽³⁾	151	61,23	15,427			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	101	62,67	15,491			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	60	59,90	15,452			2-4
Güven-Empati	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	185	20,48	6,254	7,151	,000	1-3
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	503	19,93	5,883			
	Özel Hastane ⁽³⁾	151	22,48	5,867			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	101	22,24	5,847			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	60	20,82	6,513			2-3
Hasta Odaklılık-İletişim	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	185	17,75	7,020	9,710	,000	1-4
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	503	16,88	6,453			
	Özel Hastane ⁽³⁾	151	19,15	6,583			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	101	20,29	6,643			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	60	20,28	5,921			2-5
Taahhüt-İşbirliği	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	185	18,78	4,140	8,180	,000	2-3
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	503	18,03	4,116			
	Özel Hastane ⁽³⁾	151	19,60	4,262			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	101	20,15	3,874			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	60	18,80	4,414			2-4

Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin sağlık kurumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde ve tüm alt boyutlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₁₀: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Genel olarak en yüksek puan ortalamasına sahip sağlık kurumları, şehir hastaneleri ile özel hastaneler iken, en düşük puan ortalamalarına sahip sağlık kurumları devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleridir. Özel işletmecilik anlayışının temelinde pazarlama hakimdir, özel hastanelerin bu hususta yüksek bir puan alması olasıdır; aynı zamanda, şehir hastanelerinin özel işletmecilik anlayışı ile kurulduğu ve gelişmiş teknolojileri kullandığı göz önüne alındığında bu da beklenen bir sonuçtur.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeği ve alt boyutlarının bölgelere göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.36’da verilmektedir.

Tablo 3.36. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bölgelere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Bölgeler	n	x	S.s	F	p	Fark
İlişkisel Pazarlama	Akdeniz Bölgesi ⁽¹⁾	51	58,63	14,637	4,437	,000	2-3 3-7 5-7
	Doğu Anadolu Bölgesi ⁽²⁾	76	60,78	14,243			
	Ege Bölgesi ⁽³⁾	38	49,58	12,984			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi ⁽⁴⁾	34	59,65	19,265			
	İç Anadolu Bölgesi ⁽⁵⁾	674	56,47	15,791			
	Karadeniz Bölgesi ⁽⁶⁾	66	58,26	15,105			
	Marmara Bölgesi ⁽⁷⁾	61	63,56	13,429			
Güven-Empati	Akdeniz Bölgesi ⁽¹⁾	51	21,47	5,866	4,723	,000	1-3 2-3 3-4 3-5 3-7 5-7
	Doğu Anadolu Bölgesi ⁽²⁾	76	21,47	5,527			
	Ege Bölgesi ⁽³⁾	38	16,92	5,090			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi ⁽⁴⁾	34	21,71	6,408			
	İç Anadolu Bölgesi ⁽⁵⁾	674	20,52	6,198			
	Karadeniz Bölgesi ⁽⁶⁾	66	20,52	5,455			
	Marmara Bölgesi ⁽⁷⁾	61	23,07	5,082			
Hasta Odaklılık-İletişim	Akdeniz Bölgesi ⁽¹⁾	51	18,53	5,753	3,782	,001	2-5
	Doğu Anadolu Bölgesi ⁽²⁾	76	20,07	5,829			
	Ege Bölgesi ⁽³⁾	38	16,34	5,404			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi ⁽⁴⁾	34	18,82	8,215			
	İç Anadolu Bölgesi ⁽⁵⁾	674	17,41	6,692			
	Karadeniz Bölgesi ⁽⁶⁾	66	18,92	7,008			
	Marmara Bölgesi ⁽⁷⁾	61	20,00	6,817			
Taahhüt-İşbirliği	Akdeniz Bölgesi ⁽¹⁾	51	18,63	4,224	4,423	,000	2-3 3-5 3-6 3-7 5-7
	Doğu Anadolu Bölgesi ⁽²⁾	76	19,24	3,676			
	Ege Bölgesi ⁽³⁾	38	16,32	4,014			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi ⁽⁴⁾	34	19,12	5,639			
	İç Anadolu Bölgesi ⁽⁵⁾	674	18,54	4,239			
	Karadeniz Bölgesi ⁽⁶⁾	66	18,82	3,650			
	Marmara Bölgesi ⁽⁷⁾	61	20,49	3,233			

Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde ve tüm alt boyutlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu bağlamda; “H₁₁: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun bölgelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Ölçek genel ortalaması, güven-empati ve taahhüt-işbirliği alt boyutları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasına sahip bölge Marmara bölgesi iken en düşük puan ortalamasına sahip bölge Ege bölgesidir. Hasta odaklılık- iletişim alt boyutunda ise en yüksek puan ortalamasına ait bölge Doğu Anadolu bölgesi iken en düşük puan ortalamasına sahip bölge İç Anadolu bölgesidir.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeği ve alt boyutlarının kuruma başvuru sayısına göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.37’ de verilmektedir.

Tablo 3.37. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Başvuru Sayısı	n	x	S.s	F	p	Fark
İlişkisel Pazarlama	İlk ⁽¹⁾	121	59,30	13,911	2,743	,042	1-3
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	571	57,49	16,030			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	163	54,39	16,050			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	145	58,19	14,634			
Güven-Empati	İlk ⁽¹⁾	121	21,28	5,875	,861	,461	-
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	571	20,62	6,186			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	163	20,25	6,152			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	145	21,04	5,589			
Hasta Odaklılık-İletişim	İlk ⁽¹⁾	121	19,10	5,970	4,357	,005	1-3 2-3
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	571	18,06	6,745			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	163	16,38	6,990			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	145	18,21	6,416			
Taahhüt-İşbirliği	İlk ⁽¹⁾	121	18,92	3,859	3,101	,026	2-3
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	571	18,80	4,259			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	163	17,76	4,487			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	145	18,94	3,766			

Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin sağlık kurumuna başvuru sayılarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde ve güven-empati hariç diğer alt boyutlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₁₂: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeği ve alt boyutlarının hizmet türüne göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.38’de verilmektedir.

Tablo 3.38. CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hizmet Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Hizmet Türü	n	x	S.s	F	p	Fark
İlişkisel Pazarlama	Poliklinik (Ayaktan Tedavi) ⁽¹⁾	760	57,11	15,501			
	Servis (Yatarak Tedavi) ⁽²⁾	128	59,19	15,544	1,178	,308	-
	Acil Servis ⁽³⁾	112	56,40	16,560			
Güven-Empati	Poliklinik (Ayaktan Tedavi) ⁽¹⁾	760	20,63	6,021			
	Servis (Yatarak Tedavi) ⁽²⁾	128	21,50	6,147	1,462	,232	-
	Acil Servis ⁽³⁾	112	20,26	6,189			
Hasta Odaklılık-İletişim	Poliklinik (Ayaktan Tedavi) ⁽¹⁾	760	17,81	6,650			
	Servis (Yatarak Tedavi) ⁽²⁾	128	18,51	6,660	0,621	,538	-
	Acil Servis ⁽³⁾	112	18,06	6,886			
Taahhüt-İşbirliği	Poliklinik (Ayaktan Tedavi) ⁽¹⁾	760	18,66	4,212			
	Servis (Yatarak Tedavi) ⁽²⁾	128	19,17	3,969	2,054	,129	-
	Acil Servis ⁽³⁾	112	18,08	4,294			

Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin alınan hizmet türüne göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde ve tüm alt boyutlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$); bu bağlamda; “H₁₃: Hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.”hipotezi reddedilmiştir. Fakat genel olarak en yüksek puan ortalamasına sahip hizmet alanının servisler olduğu belirlenmiştir. Servis hastalarının gözlem yapabilme şanslarının yüksek olması ve hastanede yattığı süreç içerisinde kurumdaki bazı aksaklıklara alışmış olması bu sonucun açığa çıkmış olabileceğini düşündürmektedir.

3.5.9.2.Hizmet Telifisi Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları

Bu bölümde “Hizmet Telifisi Ölçeği” ve alt boyutları ile hizmet alınan sağlık kurumu türü ve hizmet alınan sağlık kurumuna başvuru sayısı değişkenlerinin ilişkilerini ölçen “Tek Yönlü ANOVA testi” sonuçları verilmiştir. Hizmet telifisi ölçeği ve alt boyutlarının sağlık kurumunun türüne göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.39’da verilmektedir.

Tablo 3. 39. Hizmet Telifisi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Sağlık Kurumu	n	x	S.s	F	p	Fark
Hizmet Telifisi	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	48	53,08	11,619	6,719	,000	1-2,4 2-3,4 4-5
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	101	45,89	13,355			
	Özel Hastane ⁽³⁾	35	53,28	8,336			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	23	44,65	11,945			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	23	55,17	7,825			
Etkileşimsel Adalet	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	48	26,75	6,309	8,317	,000	1-2 2-3,5 3-4,5 4-5
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	101	22,02	8,314			
	Özel Hastane ⁽³⁾	35	27,40	3,607			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	23	22,34	5,523			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	23	27,91	4,440			
Prosedürel Adalet	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	48	9,33	2,024	3,311	,012	4-5
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	101	8,66	2,483			
	Özel Hastane ⁽³⁾	35	9,42	,698			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	23	8,00	1,977			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	23	9,69	1,579			
Dağıtımsal Adalet	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	48	17,00	5,099	3,012	,019	1-2,4 2-5 4-5
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	101	15,19	4,356			
	Özel Hastane ⁽³⁾	35	16,45	4,533			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	23	14,30	4,586			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	23	17,56	3,159			

Hastaların hizmet telifisi uygulamalarına ilişkin değerlendirmelerinin başvurdukları sağlık kurumu bakımından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde ve tüm alt boyutlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₁₄: Hastaların hizmet telifisine ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir.

Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre aile hekimliğine başvuran hastaların değerlendirme puanlarının diğer sağlık kurumlarına başvuranlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Şehir hastanelerine başvuran hastaların değerlendirme puanları ise ölçek genelinde ve alt faktörlerde en düşük gruba girmektedir. Aile hekimliklerinin iş yükünün diğer kurumlara göre daha az olmasının hizmet telifisi için de zaman ayırabilmelerine olanak verdiğini, şehir hastanelerinin ise en yüksek iş yüküne sahip olmasının, telafi noktasında da aksaklıklara sebep olduğunu düşündürmektedir.

Hizmet telafisi ölçeği ve alt boyutlarının kuruma başvuru sayısına göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.40'ta verilmektedir.

Tablo 3. 40. Hizmet Telafisi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Başvuru Sayısı	n	x	S.s	F	p	Fark
Hizmet Telafisi	İlk ⁽¹⁾	35	48,42	13,752	,653	,582	-
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	114	48,53	13,403			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	34	50,23	8,224			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	47	51,23	10,913			
Etkileşimsel Adalet	İlk ⁽¹⁾	35	23,65	7,447	1,620	,185	-
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	114	23,69	7,349			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	34	25,94	5,426			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	47	25,80	7,586			
Prosedürel Adalet	İlk ⁽¹⁾	35	9,02	2,662	,925	,429	-
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	114	8,97	2,243			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	34	9,35	1,345			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	47	8,57	1,753			
Dağıtımsal Adalet	İlk ⁽¹⁾	35	15,74	4,578	1,206	,308	-
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	114	15,86	4,992			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	34	14,94	3,454			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	47	16,85	4,021			

Hastaların hizmet telafisi uygulamalarına ilişkin değerlendirmelerinin sağlık kurumuna başvuru sayısı bakımından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde ve tüm alt boyutlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p < 0,05$). Bu bağlamda; “H₁₅: Hastaların hizmet telafisine ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi reddedilmiştir.

3.5.9.3.Hasta Tatmini Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları

Bu bölümde “Hasta Tatmini Ölçeği” puan ortalamaları ile hizmet alınan sağlık kurumunun türü, bölgesi, hizmet alınan sağlık kurumuna başvuru sayısı ve sağlık kurumundan alınan hizmet türü değişkenlerinin ilişkilerini ölçen “Tek Yönlü ANOVA testi” sonuçları verilmiştir. Hasta tatmini ölçek puanının sağlık kurumunun türüne göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.41’de verilmektedir.

Tablo 3. 41. Hasta Tatmini Ölçek Puanının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Sağlık Kurumu	n	x	S.s	F	p	Fark
Hasta Tatmini	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	185	18,77	6,351	7,004	,000	2-3,4,5
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	503	18,04	5,785			
	Özel Hastane ⁽³⁾	151	19,96	6,163			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	101	20,68	5,964			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	60	20,45	6,115			

Hastaların tatmin düzeylerinin başvurdukları sağlık kurumunun türüne göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₁₆: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir.

Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre farklılığın nedeni incelendiğinde; şehir hastaneleri ve aile hekimliklerine başvuran hastaların tatmin düzeylerinin devlet ve eğitim ve araştırma hastanelerine başvuranlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu kurumlarda ilişkisel pazarlama uygulama puanlarının da daha yüksek olduğu düşünüldüğünde bu beklenen bir sonuçtur.

Hasta tatmini ölçek puanının bölgelere göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.42’de verilmektedir.

Tablo 3. 42. Hasta Tatmini Ölçek Puanının Bölgelere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Bölgeler	n	x	S.s	F	p	Fark
Hasta Tatmini	Akdeniz Bölgesi ⁽¹⁾	51	18,84	5,356	3,803	,001	3-7
	Doğu Anadolu Bölgesi ⁽²⁾	76	19,73	5,521			
	Ege Bölgesi ⁽³⁾	38	16,68	6,009			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi ⁽⁴⁾	34	20,14	6,406			
	İç Anadolu Bölgesi ⁽⁵⁾	674	18,61	6,095			
	Karadeniz Bölgesi ⁽⁶⁾	66	18,65	6,202			
	Marmara Bölgesi ⁽⁷⁾	61	21,68	5,705			

Hastaların tatmin düzeylerinin başvurdukları sağlık kurumunun bölgesine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₁₇: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri bölgelere göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir.

Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre farklılığın nedeni incelendiğinde; Marmara bölgesindeki sağlık kurumlarına başvuran hastaların Ege ve İç Anadolu bölgesindeki sağlık kurumlarına başvuranlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hasta tatmini ölçek puanının kuruma başvuru sayısına göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.43'te verilmektedir.

Tablo 3. 43. Hasta Tatmini Ölçek Puanının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Başvuru Sayısı	n	x	S.s	F	p	Fark
Hasta Tatmini	İlk ⁽¹⁾	121	19,19	6,178	1,575	,194	-
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	571	19,01	6,091			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	163	17,95	5,967			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	145	19,14	5,906			

Hastaların tatmin düzeylerinin sağlık kurumuna başvuru sayılarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ilk başvuranların tatmin düzeyleri yüksek olmakla beraber ($\bar{x}=19,19$), istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bağlamda; “H₁₈: Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi reddedilmiştir.

Hasta tatmini ölçek puanının hizmet türüne göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.44'te verilmektedir.

Tablo 3. 44. Hasta Tatmini Ölçek Puanının Hizmet Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Hizmet Türü	n	x	S.s	F	p	Fark
Hasta Tatmini	Poliklinik (Ayaktan Tedavi) ⁽¹⁾	760	18,89	5,996	3,172	,042	1-3
	Servis (Yatarak Tedavi) ⁽²⁾	128	19,77	5,962			
	Acil Servis ⁽³⁾	112	17,80	6,479			

Hastaların tatmin düzeylerinin başvurdukları sağlık kurumundan aldıkları hizmet türüne göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₁₉: Hastaların sağlık kurumundan tatmin

düzeyleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir.

Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre farklılığın nedeni incelendiğinde; servislere başvuran hastaların tatmin düzeylerinin, acil servislere başvuranlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Acil servislerde yaşanan yoğunluk ve aşırı stresin bunu etkilediği düşünülmektedir.

3.5.9.4.Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları

Bu bölümde “Davranışsal Niyet Ölçeği” puan ortalamaları ile hizmet alınan sağlık kurumunun türü, bölgesi, hizmet alınan sağlık kurumuna başvuru sayısı ve sağlık kurumundan alınan hizmet türü değişkenlerinin ilişkilerini ölçen “Tek Yönlü ANOVA testi” sonuçları verilmiştir. Davranışsal niyet ölçek puanının sağlık kurumunun türüne göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.45’te verilmektedir.

Tablo 3. 45. Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Sağlık Kurumunun Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Sağlık Kurumu	n	x	S.s	F	p	Fark
Davranışsal Niyet	Eğitim, Araştırma Hastanesi ⁽¹⁾	185	12,6	4,899	5,205	,000	1-4 2-4
	Devlet (Numune) Hastanesi ⁽²⁾	503	12,26	4,705			
	Özel Hastane ⁽³⁾	151	13,12	5,651			
	Şehir Hastanesi ⁽⁴⁾	101	14,43	4,550			
	Aile Hekimliği ⁽⁵⁾	60	13,80	4,591			

Hastaların davranışsal niyetlerinin başvurdukları sağlık kurumunun türüne göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₂₀: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir.

Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre farklılığın nedeni incelendiğinde; şehir hastanelerine başvuran hastaların olumlu davranışsal niyetlerinin ($\bar{x}=14,43$), devlet ve eğitim ve araştırma hastanelerine başvuranlardan çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şehir hastanelerinde ilişkisel pazarlama algısının diğer kurumlara göre yüksek olması bu sonucu destekler niteliktedir.

Davranışsal niyet ölçek puanının bölgelere göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3. 46’da verilmektedir.

Tablo 3. 46. Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Bölgelere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Bölgeler	n	x	S.s	F	p	Fark
Davranışsal Niyet	Akdeniz Bölgesi ⁽¹⁾	51	11,94	4,216	2,624	,016	3-7
	Doğu Anadolu Bölgesi ⁽²⁾	76	13,84	4,747			
	Ege Bölgesi ⁽³⁾	38	11,13	4,153			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi ⁽⁴⁾	34	13,38	5,051			
	İç Anadolu Bölgesi ⁽⁵⁾	67	12,66	4,999			
	Karadeniz Bölgesi ⁽⁶⁾	66	12,62	5,345			
	Marmara Bölgesi ⁽⁷⁾	61	14,22	4,120			

Hastaların davranışsal niyetlerinin başvurdukları sağlık kurumunun bölgesine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; “H₂₁: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri bölgelere göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi kabul edilmiştir.

Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre farklılığın nedeni incelendiğinde; Marmara bölgesindeki sağlık kurumlarına başvuran hastaların olumlu davranışsal niyetlerinin ($\bar{x}=14,22$) Ege bölgesindeki sağlık kurumlarına başvuranlardan ($\bar{x}=11,13$) çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Davranışsal niyet ölçek puanının kuruma başvuru sayısına göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.47’de verilmektedir.

Tablo 3. 47. Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Kuruma Başvuru Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Başvuru Sayısı	n	x	S.s	F	p	Fark
Davranışsal Niyet	İlk ⁽¹⁾	121	13,23	4,990	1,382	,247	-
	İki- Beş Arası ⁽²⁾	571	12,71	4,968			
	Altı-Dokuz Arası ⁽³⁾	163	12,25	4,564			
	On ve Üstü ⁽⁴⁾	145	13,20	5,001			

Hastaların davranışsal niyetlerinin sağlık kurumuna başvuru sayılarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ilk başvuranların olumlu davranışsal niyetleri yüksek olmakla beraber ($\bar{x}=13,23$), istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu bağlamda; “H₂₂: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi reddedilmiştir.

Davranışsal niyet ölçek puanının hizmet türüne göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü anova testi sonuçları Tablo 3.48’ de verilmektedir.

Tablo 3.48. Davranışsal Niyet Ölçek Puanının Hizmet Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Hizmet Türü	n	x	S.s	F	p	Fark
	Poliklinik (Ayaktan Tedavi) ⁽¹⁾	760	12,85	4,889			
Davranışsal Niyet	Servis (Yatarak Tedavi) ⁽²⁾	128	12,99	5,001	1,827	,161	-
	Acil Servis ⁽³⁾	112	11,94	4,962			

Hastaların davranışsal niyetlerinin başvurdukları sağlık kurumundan aldıkları hizmet türüne göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu bağlamda; “H₂₃: Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.” Hipotezi reddedilmiştir. Fakat en düşük olumlu davranış puanı alan hizmet türünün acil servisler olduğu görülmektedir.

Hizmet hatası ve telafisinin tatmin ve davranışsal niyete etkisi Tablo 3.49’ da verilmektedir.

Tablo 3.49. Hizmet Hatası ve Telifisinin Tatmin ve Davranışsal Niyete Etkisi

	Telafi Durumu	n	Ortalama	Ss	F	p
Hasta Tatmini	Hizmet Hatası Yaşamadım	353	3,76	0,812		
	Hizmet Hatası Telafi Edildi	230	3,12	0,977	158,706	0,000
	Hizmet Hatası Telafi Edilmedi	417	2,63	0,879		
Davranışsal Niyet	Hizmet Hatası Yaşamadım	353	3,93	1,025		
	Hizmet Hatası Telafi Edildi	230	3,05	1,111	134,993	0,000
	Hizmet Hatası Telafi Edilmedi	417	2,64	,132		

Hizmet hatası ile karşılaşmış ve hizmet telifisi almış hastaların, hizmet telifisi almamış olanlara göre tatmin düzeylerinin ($\bar{x}= 3,12$) ve olumlu davranışsal niyetlerinin ($\bar{x}= 3,05$) çok yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda H_9 (Hizmet telifisi almış hastaların hizmet telifisi almamış olanlara göre tatmin düzeyleri ve olumlu davranışsal niyetleri daha yüksektir.) hipotezi kabul edilmiştir. Fakat alan yazında yer alan hizmet telifi paradoksu çerçevesinde sonuçlar değerlendirildiğinde; hizmet hatası yaşamamış olan hastaların tatmin düzeylerinin ($\bar{x}= 3,76$) ve olumlu davranışsal niyetlerinin ($\bar{x}= 3,93$) hizmet hatası ile karşılaşp hizmet telifisi almış olanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Araştırma verileri ışığında, hizmet telifi uygulamalarına verilen puanın orta seviyede olması, hastaların telifilerden tatmin olmadığını dolayısı ile de sonuçların bu şekilde çıktığını düşündürmektedir.

3.5.10. Yapısal Eşitlik Modellerinin Test Edilmesi

YEM temelli araştırmalarda alan yazından ya da konuyla ilgili araştırmacının beklentisinden yola çıkılarak, test edilmek üzere istatistiksel bir model tasarlanmaktadır.

Model geliştirme amacıyla yapılan bu araştırmada, ölçüm modeli (DFA) ve değişkenler arasındaki ilişkiyi test eden yapısal model (YEM) olmak üzere iki tür istatistiksel model tasarlanmış olup, DFA modelleri veriyle uyum noktasında istatistiksel olarak doğrulanmıştır. Ölçme modellerinin doğrulanmasından sonra, Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Maximum Likelihood hesaplama yöntemi kullanılarak kovaryans matrisi oluşturulmuş, araştırmanın amacı ve modeline uygun olan, örtük değişkenli yapısal model üzerinden IBM AMOS 23 Programı

kullanılarak araştırma hipotezleri test edilmiştir. Buna karşın geliştirilen YEM modelinin istatistiksel doğrulama testleri bu bölümde verilmiştir.

Araştırma modelinin test edilmesi öncesinde aracı değişken olmadan, ölçeklerin birbiri üzerindeki etki değerlerini test etmeyi amaçlayan YEM modelleri kurulmuş ve hipotezler test edilmiştir. YEM modelleri ve hipotez sonuçları sırası ile açıklanmıştır.

3.5.10.1. CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğine Ait YEM Modelleri

Model 1: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların hizmet telafisi algıları üzerine etkisi

H₁: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların hizmet telafi algısı üzerinde olumlu etkisi vardır.

H₁ hipotezini test etmek amacıyla geliştirilmiş olan YEM sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Model uyum değerleri Tablo 3.50’de regresyon katsayıları Tablo 3.51’de, model uyum diyagramı Şekil 3.11’de gösterilmiştir.

Tablo 3. 50. Model 1 Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Davranışsal Niyet Ölçek Değerleri	0,000	8,549	0,550	0,476	0,634	0,662	0,628	0,661	0,182

Modelde yer alan değişkenlerin modifikasyon sonucu, $X^2/sd < 5$ ve diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir eşik değerlerinin altında olduğu saptanmıştır, dolayısıyla model veriyle uyum göstermemektedir.

Ancak araştırmacı tarafından öne sürülen modelin toplanan veriyle mükemmel uyum göstermesinin çoğu zaman zor olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda; önerilen modelle toplanan verinin işaret ettiği sonuç arasında belirli bir farklılık olması kaçınılmazdır. Bu farklılık YEM analizlerinde hata ya da artık olarak isimlendirilmektedir. Büyük örneklemelerde X^2 değerinin oldukça büyük değerler alacağı için X^2/df nin 5 in üzerinde çıkması olasıdır (Gürbüz, 2019: 24-34). Model 1 parametre değerleri Tablo 3. 51’ de verilmiştir.

Tablo 3. 51. Model 1 Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	t	P
Hizmet Telifisi	<---	İlişkisel Pazarlama	2,087	,943	,221	9,445	***
Güven-Empati	<---	İlişkisel Pazarlama	2,137	1,011	,213	10,010	***
Hasta Odaklılık-İletişim	<---	İlişkisel Pazarlama	1,696	,901	,198	8,569	***
Taahhüt-İşbirliği	<---	İlişkisel Pazarlama	1,000	,811			
Dağıtımsal Adalet	<---	Hizmet Telifisi	,750	,892	,064	11,797	***
Prosedürel Adalet	<---	Hizmet Telifisi	1,000	,817			
Etkileşimsel Adalet	<---	Hizmet Telifisi	,756	,878	,062	12,283	***
GE1	<---	Güven-Empati	1,000	,822			
GE2	<---	Güven-Empati	,785	,739	,050	15,805	***
GE3	<---	Güven-Empati	,887	,799	,061	14,474	***
GE4	<---	Güven-Empati	1,053	,902	,060	17,529	***
GE5	<---	Güven-Empati	,996	,888	,058	17,054	***
GE6	<---	Güven-Empati	1,011	,892	,059	17,187	***
Hi1	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,000	,708			
Hi2	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,254	,900	,084	14,978	***
Hi3	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,023	,759	,093	10,948	***
Hi4	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,113	,852	,091	12,219	***
Hi5	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,185	,856	,097	12,267	***
Hi6	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	,993	,824	,084	11,850	***
Ti1	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,000	,696			
Ti2	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,283	,826	,110	11,613	***
Ti3	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,573	,882	,128	12,311	***
Ti4	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,510	,825	,130	11,594	***
Ti5	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,171	,752	,110	10,634	***
EA1	<---	Etkileşimsel Adalet	1,000	,824			
EA2	<---	Etkileşimsel Adalet	1,215	,911	,068	17,873	***
EA3	<---	Etkileşimsel Adalet	1,160	,868	,070	16,473	***
EA4	<---	Etkileşimsel Adalet	1,237	,871	,075	16,546	***
EA5	<---	Etkileşimsel Adalet	1,204	,859	,074	16,188	***
EA6	<---	Etkileşimsel Adalet	1,166	,846	,074	15,788	***
EA7	<---	Etkileşimsel Adalet	1,210	,855	,075	16,069	***
PA1	<---	Prosedürel Adalet	1,000	,966			
PA2	<---	Prosedürel Adalet	,884	,866	,046	19,412	***
PA3	<---	Prosedürel Adalet	-,543	,500	,066	-8,234	***
DA1	<---	Dağıtımsal Adalet	1,000	,790			
DA2	<---	Dağıtımsal Adalet	,953	,821	,069	13,851	***
DA3	<---	Dağıtımsal Adalet	1,103	,874	,073	15,053	***
DA4	<---	Dağıtımsal Adalet	1,065	,805	,079	13,485	***
DA5	<---	Dağıtımsal Adalet	1,057	,828	,075	14,008	***

Tablo 3.51’deki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,01’den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir.

H₂ hipotezini test etmek amacıyla geliştirilmiş olan YEM sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Model uyum değerleri Tablo 3.52’de regresyon katsayıları Tablo 3.53’te, model uyum diyagramı Şekil 3.11’de gösterilmiştir.

Tablo 3. 52. Model 2 Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Davranışsal Niyet Ölçek Değerleri	0,000	5,621	0,898	0,871	0,944	0,953	0,946	0,953	0,068

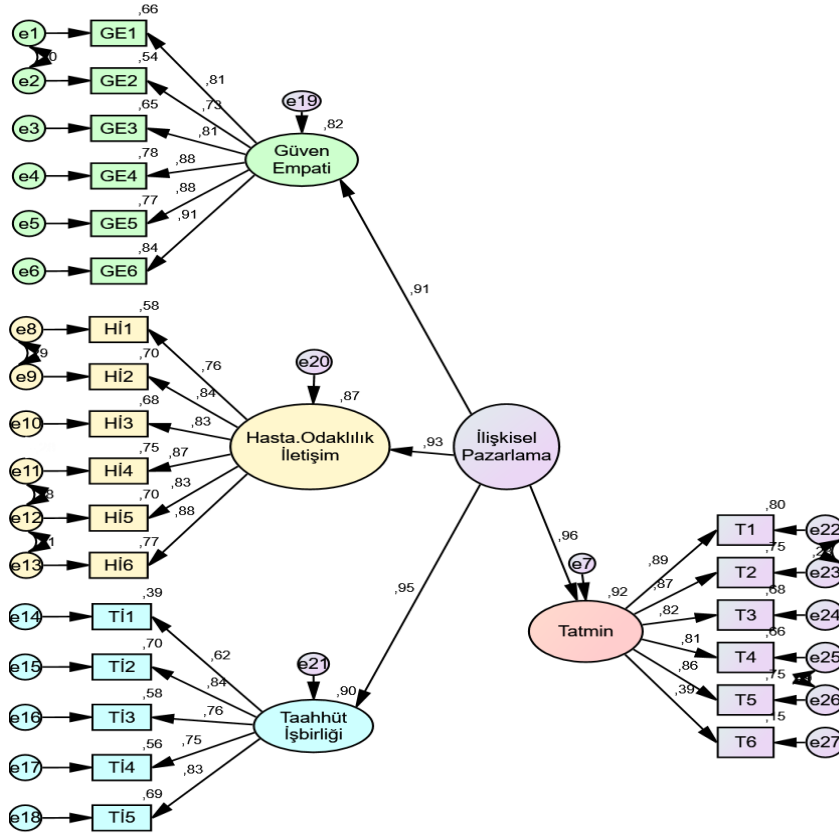
Modelde yer alan değişkenlerin modifikasyon sonucu, $X^2/sd < 5$ değerinin kabul edilebilir eşik değerlerinin çok az altında; fakat diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir eşik değerlerinde olduğu saptanmıştır; dolayısıyla model veriyle iyi uyum göstermektedir sonucuna varılmıştır. Model 2 parametre değerleri Tablo 3. 53’ te verilmiştir.

Tablo 3. 53. Model 2 Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	t	P
Güven-Empati	<---	İlişkisel Pazarlama	2,087	,906	,078	19,522	***
Hasta Odaklılık-İletişim	<---	İlişkisel Pazarlama	2,137	,933	,090	18,932	***
Taahhüt-İşbirliği	<---	İlişkisel Pazarlama	1,696	,947			
Tatmin	<---	İlişkisel Pazarlama	1,000	,961	,080	21,174	***
GE1	<---	Güven-Empati	1,000	,810			
GE2	<---	Güven-Empati	,865	,734	,030	29,156	***
GE3	<---	Güven-Empati	1,030	,808	,034	30,030	***
GE4	<---	Güven-Empati	1,077	,882	,032	34,084	***
GE5	<---	Güven-Empati	1,095	,879	,033	33,567	***
GE6	<---	Güven-Empati	1,150	,914	,032	35,746	***
Hİ1	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,000	,764			
Hİ2	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,081	,840	,032	33,772	***
Hİ3	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	,987	,827	,035	27,843	***
Hİ4	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,061	,869	,036	29,715	***
Hİ5	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,037	,834	,036	28,528	***
Hİ6	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,066	,875	,036	29,995	***
Tİ1	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,000	,625			
Tİ2	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,444	,836	,067	21,408	***
Tİ3	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,408	,761	,071	19,934	***
Tİ4	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,349	,750	,068	19,874	***
Tİ5	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,421	,829	,067	21,274	***
T1	<---	Tatmin	1,000	,892			
T2	<---	Tatmin	1,017	,868	,022	46,571	***
T3	<---	Tatmin	1,053	,824	,030	34,765	***
T4	<---	Tatmin	1,069	,812	,032	33,873	***
T5	<---	Tatmin	1,094	,864	,028	38,795	***
T6	<---	Tatmin	,512	,392	,040	12,771	***

*** $p < 0,01$

Tablo 3,53'teki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,01'den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir.



Şekil 3. 11. Model 2 Diyagramı

H₂ (CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların tatmin düzeyleri üzerinde olumlu etkisi vardır.) hipotezini test etmek amacıyla CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının dışsal, hastaların tatmin düzeylerinin ise içsel değişken olduğu örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. Şekil 3.11 ve Tablo 3.53'teki veriler ışığında; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının, aracı değişken olmadan, toplam etkisini gösteren yol katsayısı (β) sonucunda, hastaların tatmin düzeyini yordadığı ($\beta=.96$; $p<.01$) tespit edilmiş; bu durumda H₂ hipotezi kabul edilmiştir. Hastayı odak noktasına alan CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının etkin olarak yürütülmesinin hasta beklentilerine cevap verebilen bir sağlık hizmeti sunumu sağlaydığı, dolayısı ile de hasta tatminini etkilediği söylenebilir.

Model 3: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerine etkisi

H₃: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi vardır.

H₃ hipotezini test etmek amacıyla geliştirilmiş olan YEM sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Model uyum değerleri Tablo 3.54’de regresyon katsayıları Tablo 3.55’te, model uyum diyagramı Şekil 3.12’de gösterilmiştir.

Tablo 3.54. Model 3 Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Davranışsal Niyet Ölçek Değerleri	0,000	4,988	0,922	0,899	0,955	0,964	0,958	0,964	0,063

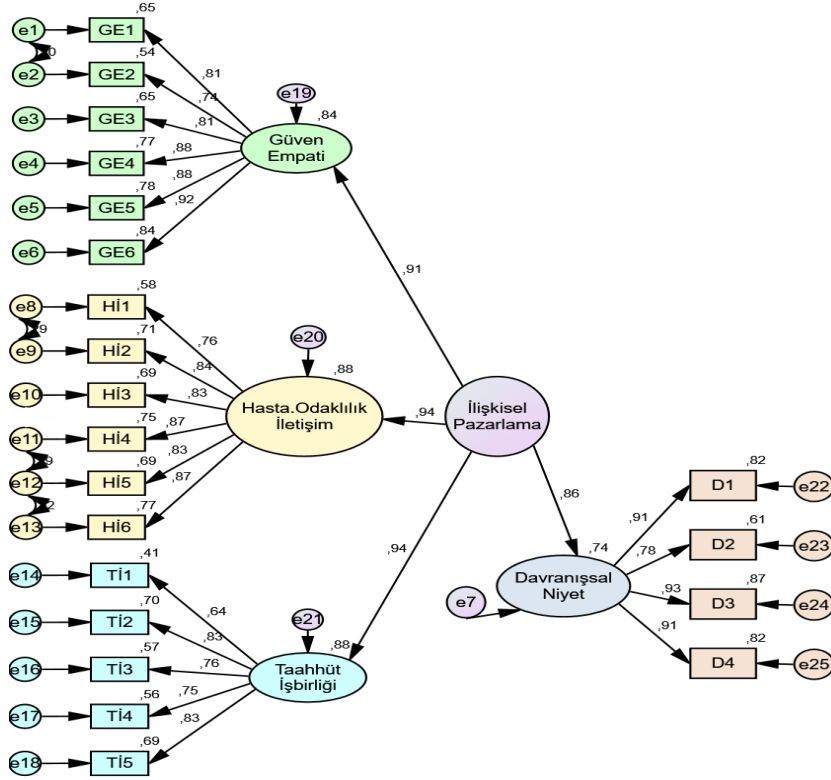
Modelde yer alan değişkenlerin modifikasyon sonucu, $X^2/sd < 5$ değerinin ve diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir eşik değerlerinde olduğu saptanmıştır; dolayısıyla model veriyle mükemmel uyum göstermektedir sonucuna varılmıştır. Model 3 parametre değerleri Tablo 3. 55’ te verilmiştir.

Tablo 3.55. Model 3 Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	t	P
Güven-Empati	<---	İlişkisel Pazarlama	1,513	,906	,078	19,522	***
Hasta Odaklılık-İletişim	<---	İlişkisel Pazarlama	1,693	,933	,090	18,932	***
Taahhüt-İşbirliği	<---	İlişkisel Pazarlama	1,000	,947			
Davranışsal Niyet	<---	İlişkisel Pazarlama	1,819	,961	,080	21,174	***
GE1	<---	Güven-Empati	1,000	,810			
GE2	<---	Güven-Empati	,869	,734	,030	29,156	***
GE3	<---	Güven-Empati	1,029	,808	,034	30,030	***
GE4	<---	Güven-Empati	1,077	,882	,032	34,084	***
GE5	<---	Güven-Empati	1,102	,879	,033	33,567	***
GE6	<---	Güven-Empati	1,154	,914	,032	35,746	***
Hİ1	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,000	,764			
Hİ2	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,084	,840	,032	33,772	***
Hİ3	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	,991	,915	,077	19,745	***
Hİ4	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,063	,936	,089	19,023	***
Hİ5	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,035	,939			***
Hİ6	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,068	,859	,090	20,304	***
Tİ1	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,000	,808			
Tİ2	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,413	,736	,030	29,181	***
Tİ3	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,371	,806	,035	29,800	***
Tİ4	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,318	,880	,032	33,806	***
Tİ5	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,394	,881	,033	33,550	***
D1	<---	Davranışsal Niyet	1,000	,915	,032	35,623	
D2	<---	Davranışsal Niyet	,865	,763			***
D3	<---	Davranışsal Niyet	1,057	,841	,032	33,692	***
D4	<---	Davranışsal Niyet	1,045	,828	,036	27,733	***

*** $p < 0,01$

Tablo 3.55'teki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,01'den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir.



Şekil 3. 12. Model 3 Diyagramı

H₃ (CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi vardır.) hipotezini test etmek amacıyla CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının dışsal, hastaların davranışsal niyetlerinin ise içsel değişken olduğu örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. Şekil 3.13 ve Tablo 3.79'daki veriler ışığında; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının, aracı değişken olmadan, toplam etkisini gösteren yol katsayısı (β) sonucunda, hastaların davranışsal niyetlerini yordadığı ($\beta=.86$; $p<.01$) tespit edilmiş; bu durumda H₃ hipotezi kabul edilmiştir. CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının doğrudan hastaya yönelik olduğu düşünüldüğünde hastaların davranışlarına etkisinin olması da kaçınılmazdır.

3.5.10.2. Aracılı Yapısal Modeller

CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telafisi algısına, hasta tatmin düzeyine ve hastaların olumlu davranışlarına doğrudan etkisinin tek tek

incelenmesinden sonra sırası ile aracı değişkenlerin eklenmesi ile birlikte, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının, hastaların davranışsal niyetlerine etkisi test edilmiştir. Aracılı yapısal model analizinde aracı değişkenlerin etkisini belirlemek için; diğer Yem yöntemlerinden daha güvenilir sonuçlar verdiği öne sürülen (Hayes, 2018: 45) Bootstrap yöntemini esas alan yol analizi tercih edilmiştir. Bootstrap analizinde 5000 yeniden örneklem seçeneği tercih edilmiştir. Bootstrap ile yapılan aracılık etki analizlerinde, araştırma hipotezinin desteklenebilmesi için analiz neticesinde elde edilen % 95 güven aralığındaki alt ve üst (GA) değerlerinin (0) değerini kapsamaması gerekmektedir (Gürbüz, 2019: 118).

Bu bilgiler ışığında, sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

Model 4: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerine etkisinde hizmet telafisi uygulamalarının aracı rolü

H₄: Hizmet telafi uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerinde etkisi vardır.

H₆: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet telafi uygulamalarının aracı rolü vardır.

H₄ ve H₆ hipotezlerini test etmek amacıyla geliştirilmiş olan YEM sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Model uyum değerleri Tablo 3.80’de regresyon katsayıları Tablo 3.56’da, model uyum diyagramı Şekil 3.13’te gösterilmiştir.

Tablo 3.56. Model 4 Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Davranışsal Niyet Ölçek Değerleri	0,000	4,998	0,875	0,857	0,941	0,932	0,935	0,955	0,078

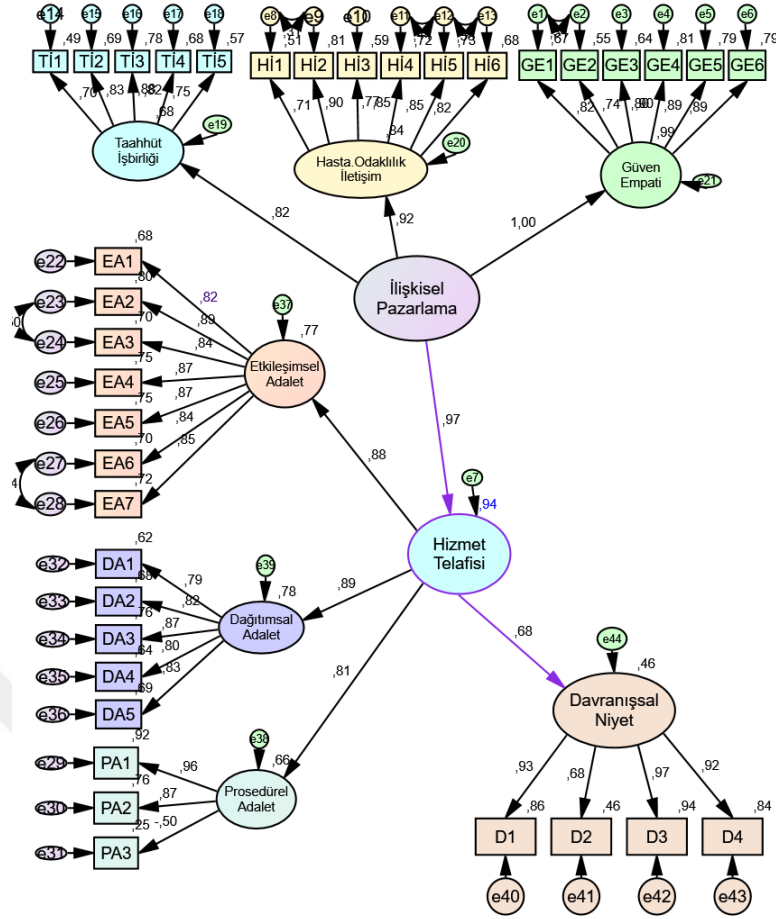
Modelde yer alan değişkenlerin modifikasyon sonucu, $X^2/sd < 5$ değerinin ve diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir eşik değerlerinde olduğu saptanmıştır; dolayısıyla model veriyle iyi uyum göstermektedir sonucuna varılmıştır. Model 4 parametre değerleri Tablo 3. 57’ de verilmiştir.

Tablo 3.57. Model 4 Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	t	P
Hizmet Telifisi	<---	İlişkisel Pazarlama	2,073	,968	,216	9,589	***
Prosedürel Adalet	<---	Hizmet Telifisi	1,000	,811			***
Etkileşimsel Adalet	<---	Hizmet Telifisi	,766	,878	,063	12,119	
Dağıtımsal Adalet	<---	Hizmet Telifisi	,755	,886	,065	11,622	***
Güven Empati	<---	İlişkisel Pazarlama	2,057	,995	,204	10,061	
Hasta Odaklılık-İletişim	<---	İlişkisel Pazarlama	1,704	,918	,195	8,742	***
Taahhüt-İşbirliği	<---	İlişkisel Pazarlama	1,000	,825			***
Davranışsal Niyet	<---	Hizmet Telifisi	,837	,679	,082	10,241	***
GE1	<---	Güven-Empati	1,000	,818			***
GE2	<---	Güven-Empati	,794	,745	,050	15,852	***
GE3	<---	Güven-Empati	,889	,798	,062	14,340	
GE4	<---	Güven-Empati	1,057	,902	,061	17,353	***
GE5	<---	Güven-Empati	1,002	,890	,059	16,969	***
GE6	<---	Güven-Empati	1,014	,891	,060	17,003	***
Hi1	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,000	,711			***
Hi2	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,249	,900	,083	15,061	***
Hi3	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,028	,766	,092	11,125	
Hi4	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,101	,846	,090	12,243	***
Hi5	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,177	,855	,095	12,358	***
Hi6	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	,987	,823	,083	11,928	***
Ti1	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,000	,697			***
Ti2	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,284	,828	,110	11,659	
Ti3	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,570	,881	,127	12,329	***
Ti4	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,503	,822	,130	11,582	***
Ti5	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,173	,754	,110	10,681	***
EA1	<---	Etkileşimsel Adalet	1,000	,824			***
EA2	<---	Etkileşimsel Adalet	1,190	,893	,070	17,053	***
EA3	<---	Etkileşimsel Adalet	1,119	,838	,073	15,371	***
EA4	<---	Etkileşimsel Adalet	1,231	,867	,076	16,263	***
EA5	<---	Etkileşimsel Adalet	1,218	,868	,075	16,317	***
EA6	<---	Etkileşimsel Adalet	1,152	,835	,075	15,328	***
EA7	<---	Etkileşimsel Adalet	1,203	,850	,076	15,765	***
PA1	<---	Prosedürel Adalet	1,000	,959			
PA2	<---	Prosedürel Adalet	,895	,872	,046	19,464	***
PA3	<---	Prosedürel Adalet	-,547	,500	,067	8,214	***
DA1	<---	Dağıtımsal Adalet	1,000	,789			***
DA2	<---	Dağıtımsal Adalet	,957	,824	,069	13,881	***
DA3	<---	Dağıtımsal Adalet	1,101	,872	,074	14,960	***
DA4	<---	Dağıtımsal Adalet	1,062	,801	,079	13,392	***
DA5	<---	Dağıtımsal Adalet	1,064	,833	,076	14,091	***
D1	<---	Davranışsal Niyet	1,000	,925			***
D2	<---	Davranışsal Niyet	,652	,681	,051	12,903	***
D3	<---	Davranışsal Niyet	,983	,972	,033	29,806	***
D4	<---	Davranışsal Niyet	,916	,916	,037	24,568	***

*** $p < 0,01$

Tablo 3.57’deki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,01’den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir.



Şekil 3. 13. Model 4 Diyagramı

Aracılı yapısal model analizi ile CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetlerine etkisinde hizmet telifisi uygulamalarının aracılık rolü olup olmadığını test etmek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan yol analizi yapılmıştır.

Aracılı yapısal model analizi sonuçlarına göre, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların hizmet telifisine ilişkin algı düzeyleri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0,97 ($\beta=.968$; $p<.01$) düzeyinde olduğu; aracı değişken olan hizmet telifisinin hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki direk etkisinin ise anlamlı ve 0,68 ($\beta=.679$; $p<.01$) olduğu saptanmıştır. Bu durumda H₄ hipotezi kabul edilmiştir. Hizmet telifisinin etkinliği hastaların memnuniyetini artıracak, etkin yürütülememesi ise var olan memnuniyetsizliği çok daha fazla artıracaktır, bu durum ise haliyle doğrudan hastaların davranışlarına yansiyacaktır.

Bootstrap sonuçlarına göre ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telifisi uygulamaları vasıtasıyla hastaların davranışsal

niyetleri üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu ($\beta=.657$; $p<.01$) görülmektedir. ($\beta=.657$, %95 GA [.535, .764]). Başka bir ifadeyle, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetlerine toplam etki değeri %66'dır ($\beta=.657$; $p<.01$). Bu durumda H_6 hipotezi kabul edilmiştir. Aynı zamanda; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları hizmet telafisindeki değişimin %94'ünü, hizmet telafisi ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları ile birlikte hastaların davranışsal niyetlerindeki değişimin (varyansın) % 46'sını (R^2) açıklamaktadır.

Model 5: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerine etkisinde hasta tatmininin aracı rolü

H_5 : Hasta tatmininin hastaların davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.

H_7 : CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü bulunmaktadır.

H_5 ve H_7 hipotezlerini test etmek amacıyla geliştirilmiş olan YEM sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Model uyum değerleri Tablo 3.58'de regresyon katsayıları Tablo 3.59'da, model uyum diyagramı Şekil 3.14'te gösterilmiştir.

Tablo 3.58. Model 5 Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Davranışsal Niyet Ölçek Değerleri	0,000	5,899	0,876	0,851	0,932	0,943	0,936	0,943	0,070

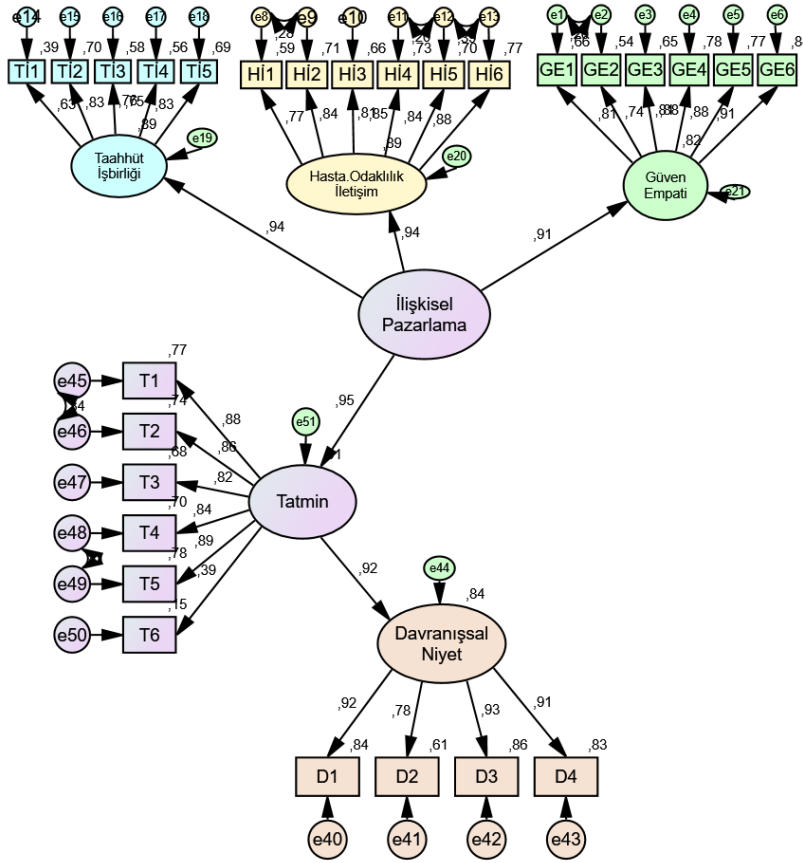
Modelde yer alan değişkenlerin modifikasyon sonucu, $\chi^2/sd < 5$ değerinin kabul edilebilir eşik değerlerin altında olduğu; fakat diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir eşik değerlerinde olduğu saptanmıştır; dolayısıyla model veriyle iyi uyum göstermektedir sonucuna varılmıştır. Model 5 parametre değerleri Tablo 3. 59' da verilmiştir.

Tablo 3.59. Model 5 Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	t	P
Tatmin	<---	İlişkisel Pazarlama	1,663	,951	,080	20,896	***
Güven-Empati	<---	İlişkisel Pazarlama	1,520	,906	,078	19,547	***
Hasta Odaklılık-İletişim	<---	İlişkisel Pazarlama	1,735	,943	,091	19,074	***
Taahhüt-İşbirliği	<---	İlişkisel Pazarlama	1,000	,943			
Davranışsal Niyet	<---	Tatmin	1,138	,919	,031	36,305	***
GE1	<---	Güven-Empati	1,000	,810			
GE2	<---	Güven-Empati	,866	,736	,030	29,192	***
GE3	<---	Güven-Empati	1,029	,808	,034	30,027	***
GE4	<---	Güven-Empati	1,076	,881	,032	34,059	***
GE5	<---	Güven-Empati	1,096	,879	,033	33,593	***
GE6	<---	Güven-Empati	1,150	,914	,032	35,737	***
Hİ1	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,000	,766			
Hİ2	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,083	,843	,032	33,712	***
Hİ3	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	,965	,811	,035	27,342	***
Hİ4	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,039	,852	,036	29,213	***
Hİ5	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,036	,837	,036	28,581	***
Hİ6	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,066	,877	,036	29,923	***
Tİ1	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,000	,627			
Tİ2	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,437	,835	,067	21,486	***
Tİ3	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,402	,761	,070	20,005	***
Tİ4	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,341	,748	,067	19,911	***
Tİ5	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,417	,829	,066	21,373	***
D1	<---	Davranışsal Niyet	1,000	,915			
D2	<---	Davranışsal Niyet	,854	,780	,026	33,417	***
D3	<---	Davranışsal Niyet	1,037	,926	,021	50,432	***
D4	<---	Davranışsal Niyet	1,035	,909	,022	47,172	***
T1	<---	Tatmin	1,000	,880			***
T2	<---	Tatmin	1,019	,858	,022	46,541	***
T3	<---	Tatmin	1,065	,823	,031	34,649	***
T4	<---	Tatmin	1,117	,838	,032	35,460	***
T5	<---	Tatmin	1,136	,885	,028	40,043	***
T6	<---	Tatmin	,518	,392	,041	12,790	***

*** $p < 0,01$

Tablo 3.59’deki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,01’den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir.



Şekil 3. 14. Model 5 Diyagramı

Aracılı yapısal model analizi ile CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetlerine etkisinde hasta tatmininin aracılık rolü olup olmadığını test etmek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan yol analizi yapılmıştır.

Aracılı yapısal model analizi sonuçlarına göre, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların tatmin düzeyleri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0,95 ($\beta=.95$; $p<.01$) düzeyinde olduğu; aracı değişken olan hasta tatmininin hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki toplam etkisinin ise anlamlı ve 0,92 ($\beta=.919$; $p<.01$) olduğu saptanmıştır. Bu durumda H₅ hipotezi kabul edilmiştir.

Bootstrap sonuçlarına göre ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telafisi uygulamaları vasıtasıyla hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu ($\beta=.874$; $p<.01$) ifade edilebilir ($\beta=.874$, %95 GA [.852, .894]). Bir başka ifadeyle, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hasta tatmini aracı değişkeni ile birlikte hastaların davranışsal niyetlerine toplam etki değeri %87'dir ($\beta=.87$; $p<.01$). Dolayısıyla H₇ hipotezinin

kabul edildiği görülmektedir. CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının ve tatminin hasta davranışlarına doğrudan etkisi olduğu göz önüne alındığında ikisinin beraber modele girmesi ile dolaylı etkisinin de var olması ve doğrudan etkisinden daha düşük oranda olması beklenen bir sonuçtur. Aynı zamanda; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları hasta tatminindeki değişimin (varyansın) %91'ini, hasta tatmini ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları ile birlikte hastaların davranışsal niyetlerindeki değişimin (varyansın) % 85'ini (R^2) açıklamaktadır.

Model 6: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerine etkisinde hizmet telafisinin ve hasta tatmininin aracı rolü

H₈: CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet telafisinin ve hasta tatmininin aracı rolü bulunmaktadır.

H₈ hipotezini test etmek amacıyla geliştirilmiş olan YEM sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Model uyum değerleri Tablo 3.60'da regresyon katsayıları Tablo 3.61'de, model uyum diyagramı Şekil 3.15'de gösterilmiştir.

Tablo 3.60. Model 6 Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,950$	$\geq 0,080$
Davranışsal Niyet Ölçek Değerleri	0,000	4,995	0,856	0,851	0,921	0,923	0,926	0,943	0,080

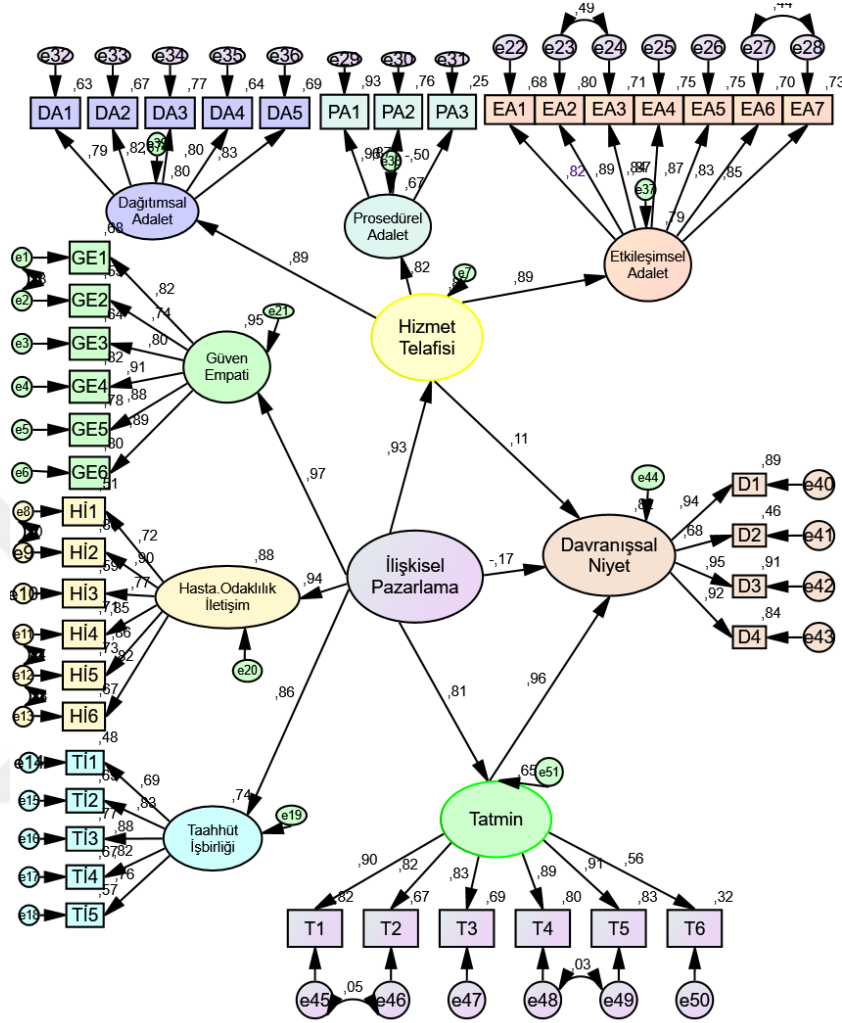
Modelde yer alan değişkenlerin modifikasyon sonucu, $X^2/sd < 5$ değerinin ve CFI hariç, diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir eşik değerlerinde olduğu saptanmıştır; dolayısıyla model veriyle iyi uyum göstermektedir sonucuna varılmıştır. Model 6 parametre değerleri Tablo 3. 61' de verilmiştir.

Tablo 3.61. Model 6 Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	S.E.	C.R.	P
Hizmet Telifisi	<---	İlişkisel Pazarlama	1,474	,935	,167	8,841	***
Tatmin	<---	İlişkisel Pazarlama	1,413	,809	,148	9,540	***
Prosedürel Adalet	<---	Hizmet Telifisi	1,326	,818	,114	11,659	***
Dağıtımsal Adalet	<---	Hizmet Telifisi	1,000	,892			
Davranışsal Niyet	<---	İlişkisel Pazarlama	-,451	-,173	,529	-,852	,394
Davranışsal Niyet	<---	Hizmet Telifisi	,181	,109	,290	,623	,534
Davranışsal Niyet	<---	Tatmin	1,433	,962	,123	11,636	***
Hasta Odaklılık-İletişim	<---	İlişkisel Pazarlama	1,693	,940	,190	8,932	***
Taahhüt-İşbirliği	<---	İlişkisel Pazarlama	1,000	,858			
Güven-Empati	<---	İlişkisel Pazarlama	1,947	,973	,197	9,899	***
Etkileşimsel-Adalet	<---	Hizmet Telifisi	1,019	,891	,092	11,055	***
GE1	<---	Güven-Empati	1,000	,822			
GE2	<---	Güven-Empati	,790	,745	,050	15,741	***
GE3	<---	Güven-Empati	,884	,797	,061	14,494	***
GE4	<---	Güven-Empati	1,058	,907	,060	17,670	***
GE5	<---	Güven-Empati	,988	,881	,060	16,493	***
GE6	<---	Güven-Empati	1,011	,892	,060	16,948	***
Hİ1	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,000	,716			
Hİ2	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,236	,897	,082	15,139	***
Hİ3	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,028	,771	,090	11,383	***
Hİ4	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,093	,845	,089	12,328	***
Hİ5	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	1,170	,856	,093	12,521	***
Hİ6	<---	Hasta Odaklılık-İletişim	,979	,821	,083	11,805	***
Tİ1	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,000	,695			
Tİ2	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,293	,831	,114	11,363	***
Tİ3	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,569	,879	,129	12,162	***
Tİ4	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,505	,821	,130	11,571	***
Tİ5	<---	Taahhüt-İşbirliği	1,181	,757	,111	10,624	***
EA1	<---	Etkileşimsel Adalet	1,000	,823			
EA2	<---	Etkileşimsel Adalet	1,193	,895	,069	17,300	***
EA3	<---	Etkileşimsel Adalet	1,122	,840	,072	15,530	***
EA4	<---	Etkileşimsel Adalet	1,230	,866	,077	16,070	***
EA5	<---	Etkileşimsel Adalet	1,214	,866	,076	16,046	***
EA6	<---	Etkileşimsel Adalet	1,151	,835	,076	15,072	***
EA7	<---	Etkileşimsel Adalet	1,207	,853	,078	15,551	***
PA1	<---	Prosedürel Adalet	1,000	,962			
PA2	<---	Prosedürel Adalet	,890	,869	,047	18,999	***
PA3	<---	Prosedürel Adalet	,546	,501	,066	-8,293	***
DA1	<---	Dağıtımsal Adalet	1,000	,792			
DA2	<---	Dağıtımsal Adalet	,950	,821	,069	13,778	***
DA3	<---	Dağıtımsal Adalet	1,101	,875	,073	15,024	***
DA4	<---	Dağıtımsal Adalet	1,059	,802	,078	13,527	***
DA5	<---	Dağıtımsal Adalet	1,055	,829	,076	13,928	***
D1	<---	Davranışsal Niyet	1,000	,943			
D2	<---	Davranışsal Niyet	,640	,681	,049	13,007	***
D3	<---	Davranışsal Niyet	,947	,954	,031	30,207	***
D4	<---	Davranışsal Niyet	,902	,919	,035	26,003	***
T1	<---	Tatmin	1,000	,903			
T2	<---	Tatmin	1,010	,817	,057	17,615	***
T3	<---	Tatmin	1,217	,833	,067	18,072	***
T4	<---	Tatmin	1,382	,894	,068	20,403	***
T5	<---	Tatmin	1,311	,913	,060	21,725	***
T6	<---	Tatmin	,839	,563	,087	9,595	***

*** $p<0,01$

Tablo 3.61’deki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,01’den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir.



Şekil 3. 15. Model 6 Diyagramı

Aracılı yapısal model analizi ile CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet telifisinin ve hasta tatmininin aracılık rolü olup olmadığını test etmek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan yol analizi yapılmıştır. Bootstrap sonuçlarına göre ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telifisi ve hastaların tatmin düzeyi aracı değişkenleri eklendikten sonra da hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu ($\beta=.881$) dolayısıyla H_8 hipotezinin kabul edildiği ifade edilebilir ($\beta=.881$, %95 GA [.390, 1.688]). Fakat hizmet telifisi ve hastaların tatmin düzeyi aracı değişkenlerinin ikisinin birlikte eklenmesi sonucunda ise CRM odaklı

ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastalarının davranışsal niyetlerine doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. ($\beta=-.173$; $p>.05$). Bu bağlamda; hizmet telafi uygulamalarının ve tatmin düzeyinin hastaların olumlu davranışlarına etkisinin CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarından daha etkili olduğu yorumu yapılabilir. Aynı şekilde bu modelde hizmet telafisinin de hastalarının davranışsal niyetlerine doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. ($\beta=.109$; $p>.05$). Buna karşın hastalarının tatmin düzeylerinin hastalarının davranışsal niyetlerine doğrudan etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. ($\beta=.962$; $p<.05$).

Ayrıca; tüm değişkenlerin eklendiği aracılı yapısal model analizi sonuçlarına göre, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların tatmin düzeyleri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0,81 ($\beta=.809$; $p<.01$) düzeyinde olduğu, yine aracı değişken olan hizmet telafisi üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0,93 ($\beta=.935$; $p<.01$) olduğu saptanmıştır. Tüm değişkenler eklendiği zaman, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetlerine toplam etki değeri ise %70'dir ($\beta=.707$; $p<.01$). Bu durumda H_5 hipotezi kabul edilmiştir.

Bu model çerçevesinde; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları hastaların tatmin düzeylerindeki değişimin (varyansın) %65'ini, hastaların tatmin düzeyleri ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları ile birlikte hizmet telafisi algısındaki değişim %87'sini, tüm değişkenler birlikte hastaların davranışsal niyetlerindeki değişimin ise %82 (R^2)'sini açıklamaktadır.

SONUÇ VE TARTIŞMA

İnsan hayatının en temel ve önemli taşlarından birisi olan sağlık kavramı DSÖ tarafından kapsamlı olarak ele alınmış: “Yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (World Health Organization 1981). Bu tanımda yer alan tam bir iyilik hali eleştirilmekle birlikte sağlığa bütüncül yaklaşması açısından kabul görmüş bir tanımdır. Bu sağlık tanımının daha genişletilmiş hali, 1986 yılında hazırlanmış olan Ottawa sözleşmesinde; “bir birey ya da grubun bir yanda arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya; diğer yanda çevresini değiştirmeye ve onunla baş etmeye muktedir olabilmesi” şeklinde ifade edilmiştir (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat 2017: 69). Bu tanımlar ve Henrick L. Blum’un çevresel yaklaşımı çerçevesinde sağlığın çok yönlü bir kavram olduğu ve dolayısıyla birçok faktörden de etkilendiğini söylemek mümkündür. Blum sağlık kavramını çevresel yaklaşıma göre değerlendirmiştir ve ona göre sağlığı; nüfus, ekolojik denge, kültürel sistemler, ekonomi gibi çevresel faktörler, kalıtım, davranışlar ve en nihayetinde sağlık bakım hizmetleri etkilemektedir (Biçer, İlman 2019: 10). Bu bağlamda araştırma modeli geliştirilirken birden fazla değişken modele dahil edilmiş, bunun yanı sıra kişilerin ve kurumların özelliklerine bağlı olan değişikliklere de araştırma hipotezlerinde yer verilmiştir.

Günümüzde rekabet, sanayileşme ve küreselleşme gibi pek çok faktör, kurumların sunduğu ürün ve hizmetlerin birbirine benzemesine neden olmuş, bu durum ise kurumların farklı pazarlama kanallarına yönelmesine yol açmıştır. Sonuç itibari ile kurumlar ve müşteriler arasında daha güçlü ilişkiler kurmak için ilişkisel pazarlama faaliyetlerine yönelme, daha uzun süreli ilişki modelini yansıtmaya ve nihayetinde müşteri sadakatini hedefleme gibi idealler iş süreçlerine yön vermeye başlamıştır. Özellikle hizmet işletmeleri tarafından tercih edilen ilişkisel pazarlama faaliyetleri, sağlık kurumları tarafından da tercih edilmektedir. Müşteri odaklı hizmet sunmanın sürekli artan önemi ve ilişkisel pazarlama uygulamalarının benimsenmesinin bir sonucu olarak, hem müşteri portföyünün gelişeceği hem de müşteri memnuniyetinin artacağı bilinmektedir. Fakat emek yoğun hizmet sunan sağlık kurumlarında, ortaya çıkan hizmetin kusursuz olması mümkün değildir. Bu noktada ise gerek hasta tatminini sağlamak hatta tatmin düzeyini yükselterek

memnuniyet oluşturmak, gerekse geri dönüşü olmayan hatalardan kaçınabilmek için hizmet hatalarının telafisi büyük önem arz etmektedir. Tüm bu sebeplerle hizmet telafisi günümüzde diğer tüm hizmet işletmelerinde olduğu gibi sağlık kurumlarında da giderek daha önemli hale gelmiştir; ancak hizmet telafilerinin örgütsel yanıtı nasıl değerlendirdiği ve bu değerlendirmelerin kulaktan kulağa yayılan aktivite ve geri satın alma niyetleri açısından gelecekteki tüketici davranışlarını nasıl etkilediği hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu bağlamda araştırmada, sağlık kurumlarında CRM odaklı ilişkisel pazarlama faaliyetlerinin, hizmet telafisi ve hasta tatmini aracı değişkenleri ile birlikte hastaların davranışsal niyetlerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmış olup; araştırma kapsamında ulaşılan nicel araştırma sonuçlarına yer verilmiştir.

Nicel Araştırma Sonuçları

Nicel araştırmada çevrimiçi anket yöntemi kullanılmış, nihayetinde 1.000 kişiye ulaşılmıştır. Hizmet telafisi analizlerinde, hizmet hatası ile karşılaşanlar baz alındığı için anketi cevaplayan 1000 kişiden hizmet hatası ile karşılaşmış olan 230 kişi değerlendirmeye alınmıştır. Diğer ölçeklere ilişkin analizler ise 1000 kişi üzerinden yapılmıştır. Araştırmada öncelikli olarak ölçeklerin güvenilirlikleri ve normallik dağılımları incelenmiş, sonrasında AFA ve DFA ile geçerlilikleri değerlendirilmiştir. Analizler sonucunda araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliği sağladığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri genel olarak incelendiğinde; katılımcıların 3/2'sini kadın hastaların oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşlarının 20-30 yaş aralığında yoğunlaştığı ve 3/2'sinin bekar olduğu tespit edilmiştir. Ankete katılan hastaların eğitim düzeylerinin ise ön lisans ve lisans seviyesinde yoğunlaştığı görülmektedir. Hastaların %15,2'si kamu sektörü çalışanı, %7,9'u özel sektör çalışanı, %12,3'ü sağlık sektörü çalışanı, %10,8'i eğitim sektörü çalışanı, %36,1'i öğrenci, %10,7'si ev hanımı, %2'si serbest meslek, %5'i ise işsizdir. Gelir düzeylerinin ise %39,4 oranında 2.900 ₺ ve altı, %16,1 oranında 2.901 ₺ - 4500 ₺ arası, %21,5 oranında 4501 ₺ - 6000 ₺ arası, %13,3 oranında 6001 ₺ - 7500 ₺ arası, %9,7 oranında ise 7501 ₺ ve üzeri olduğu görülmektedir. Hastaların %92,4'ü Genel Sağlık Sigortası (GSS)'na, %2,6'sı Özel Sağlık Sigortasına sahipken, %5'inin sağlık güvencesinin olmadığı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin devlet hastaneleri marifeti ile karşılandığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda özel sağlık sigortasına sahip birey sayısının az olması muhtemel bir sonuçtur. Türkiye’de özel sigortacılık anlayışının yeni yeni önem kazandığı bilinmektedir.

Hastaların değerlendirdikleri sağlık kurumlarına ait verilere genel olarak bakıldığında; değerlendirilen sağlık kurumlarının yarısını devlet hastanelerinin oluşturduğu ve en fazla poliklinik (ayaktan tedavi) hizmetlerinin talep edildiği görülmektedir. Değerlendirilmeye alınan sağlık kurumlarının büyük çoğunluğu İç Anadolu Bölgesinde yer almaktadır ve katılımcıların sağlık kurumundan bir yıl içerisinde genellikle iki ile beş defa arasında hizmet talebinde bulundukları tespit edilmiştir.

Sağlık kurumlarında hizmet hatası ile karşılaşma oranı oldukça yüksek olup, araştırma bulgularına göre hizmet hatası en sık eğitim ve araştırma hastanelerinde, en az ise özel hastanelerde görülmektedir. Hizmet türü çerçevesinde izlendiğinde; hizmet hatası ile en sık karşılaşma oranı servis hizmetlerinde, en az ise polikliniklerde görülmektedir. Sağlık kurumunun bölgesi temelinde, hizmet hatası ile karşılaşma sıklığı en çok olan bölge Ege Bölgesi iken en az olan bölge ise Akdeniz Bölgesidir.

Hastaların karşılaşmış oldukları hizmet hataları incelendiğinde; çalışanların saygı, nezaket ve ilgi eksiklikleri ile ilgili sorunların en yoğun olduğu, randevu, tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmelerin bu sorunları takip ettiği görülmektedir. Sağlık kurumunun türüne göre ise eğitim ve araştırma hastanelerinde en sık fiziki ortam ve ekipman yetersizliği sorunları ile karşılaşıldığı, devlet hastanelerinde çalışanlarla ilgili soruların yoğunlukta olduğu, özel hastanelerde taburcu olma ile ilgili problemlerin ve çalışanların teknik bilgi yetersizliğinin öncelikli olduğu, şehir hastanelerinde tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmelerin yoğunlukta olduğu son olarak aile hekimliklerinde ise hasta hakkı ihlallerinin ön sırada yaşanan hizmet hataları olduğu dikkat çekmektedir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde tedavi süreci zor olan, teknik bilgi ve becerinin ve gelişmiş teknolojinin gerekli olduğu hasta ve hastalıklarla ilgileniliyor olması, araştırma ve eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi söz konusudur. Dolayısı ile bu sağlık kurumlarında sadece hasta sayısı fazla olmamakta, aynı zamanda hastaların tedavi süreçleri yoğun ilerlemekte, sağlık çalışanlarının yanı sıra stajyer öğrencilerin

de tedavi sürecine katılması ve ekipmanları kullanması gibi birçok etken hizmet sunumunu etkilemektedir. Aynı zamanda bu kurumlara ihale ile alınan malzemelerin kurum tarafından karşılanması söz konusudur ve eğitim ve araştırma hastanelerinin yüklü miktarlarda borçları bulunmaktadır; bu bağlamda bu sağlık kurumları kimi zaman hizmet sunumunda kullanılan malzemelerde tasarrufa gitmeyi tercih etmektedirler. Tüm bu sebepler neticesinde, bu kurumlarda, fiziki ortam ve ekipman yetersizliği yaşanması olasıdır. Devlet hastanelerinde ise hasta yoğunluğu ve sirkülasyonun çok fazla olması, çalışanların devlet memuru olması sebebi ile işi kaybetme kaygılarının çok yüksek olmaması, bu kurumlarda çalışanlarla ilgili problemlerin daha yoğun yaşanmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir. Özel hastanelerde ise kar amacının hizmetin önüne geçmesi, maliyetleri minimal düzeyde tutma kaygısı ile deneyimsiz çalışanların sürece dahil edilmesi bu kurumlarda tanı ve tedavi sürecinin kimi zaman gereksiz bir şekilde uzatılmasına ve çalışan yetkinsizliği sorunlarına yol açmaktadır. Şehir hastanelerinin yapılanma sürecinin yeni olması, düzenin tam olarak oturmamış olması sonucunu doğurmaktadır. Aynı zamanda bu kurumlar en yoğun sağlık hizmeti veren kurumlardır. Bu bağlamda, her ne kadar büyük olsalar da bir o kadar da çeşitlilikte ve türde hizmet vermektedirler. Bu nedenle bu kurumlarda tedaviye ulaşım zorlaşmaktadır. Aile hekimliklerinde ise aile hekimin tekelinde ilerleyen bir hizmet süreçlerinin olması, hekimin bazı hastaları yakından tanınması ve ona ayrıcalık tanınmasına sebep olabilmektedir.

Sağlık kurumunda hizmet hatası ile karşılaşmış olan hastaların hizmet hatasının telafisi için başvurdukları yöntemlerin sıklık sırası; kurumdaki şikâyet kutusuna atmak, şikâyet-yorum sitelerine başvurmak, hiçbir şey yapmamak ama o kuruma bir daha gitmemek, sözlü şikâyetle bulunmak, tepkisiz kalmak, Sabim (sağlık bakanlığı iletişim merkezi)'e yazmak, ilgili kuruma mecbur olduğu için tepkisiz kalmak ve hizmet almaya devam etmek, şikâyet dilekçesi formu vermek, sosyal medyada (facebook, twitter vs.) paylaşmak şeklinde belirtilmiştir. Bu bağlamda hizmet hatası ile karşılaşmış olan katılımcıların çoğunun bu durumun telafisi için girişimde bulunduğu görülmektedir.

Kurumların şikayetleri dinleme oranları incelendiğinde ise; en yüksek şikayeti dikkate alma oranının aile hekimlikleri olduğu, onu özel hastanelerin takip ettiği görülmektedir. Şehir hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin dikkate alma yüzdelerinin neredeyse yarı yarıya olduğu görülürken, şikayetleri önemseme

konusunda en geride kalan sağlık kurumları devlet hastaneleri olmaktadır. Aile hekimliklerinin hasta ve çalışan sayılarının az olması şikayetleri takip etmelerini kolaylaştırmaktadır. Özel hastaneler karlılık odaklı çalışmaları sebebi ile ilişkisel pazarlama faaliyetine daha fazla dikkat etmekte ve hizmet telafisinin kuruma katkılarını bilmektedirler; bu bağlamda; araştırma sonuçlarına göre hasta memnuniyeti ve sadakati sağlamak amacıyla şikayet yönetimini önemsemektedirler.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları incelendiğinde hastalarının CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin orta seviyede olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığı zaman ise en yüksek algının “taahhüt-işbirliği” alt boyutunda olduğu, onu “güven-empati” alt boyutunun takip ettiği, en düşük ortalamanın ise “hasta odaklılık-iletişim” alt boyutunda olduğu görülmektedir. Taşkın vd. (2014) ise çalışmalarında ilişkisel pazarlama uygulamalarının en önemli halkasını iletişim faktörünün oluşturduğunu tespit etmişlerdir. Bu bağlamda; bu araştırmada değerlendirilen sağlık kurumlarının ilişkisel pazarlama uygulamalarında eksiklik olduğu söylenebilir. Analiz sonuçlarında hastaların hizmet telafisi uygulamalarını orta seviyede yeterli bulduğu ne sürülebilir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığı zaman ise en yüksek algı düzeyinin “etkileşimsel adalet” alt boyutunda olduğu, onu “dağıtımsal adalet” alt boyutunun takip ettiği, en düşük ortalamanın ise “prosedürel adalet” alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Bu noktada, hastaların hizmet telafisi uygulamaları noktasında, kurum ve müşteri arasındaki iletişimin güçlü olduğunu düşündüklerini söylemek mümkündür.

Alanyazın incelendiğinde üç farklı adalet algısı boyutunun etkisinin, hizmet başarısızlığının önemine, büyüklüğüne, hizmetin türüne göre farklılıklar gösterdiği; aynı zamanda yapılan çalışmalarda adalet boyutlarının telafı tatminini etkileme derecelerinin birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Örneğin, Smith vd. (1999), Kau ve Loh (2006) alışmalarında dağıtımsal adalet; Maxham ve Netemayer (2002), Ok vd. (2005), Rio–Lanza vd. (2009)’ in çalışmalarında prosedürel adalet, Matos vd. (2011), Barakat vd. (2014) alışmalarında etkileşimsel adaleti telafi tatmini üzerinde en etkili adalet boyutu olarak bulmuşlardır.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarından ve hizmet telafisinden orta seviyede doyum sağlayan hastaların, tatmin düzeyi ile davranışsal niyet leği ile tespit edilmek istenen hasta bağlılığı ve hastaların kurumu tavsiye etme niyetleri (WOM-EWOM) de orta seviyede çıkmıştır. Alan yazın göstermektedir ki, hizmet

hatalarına karşı sunulan hizmet telafisi ne kadar etkinse hasta tatmini ve olumlu ağızdan ağıza iletişim de o derece artmaktadır (Conlon, Murray 1996; Davidow 2000; Goodman vd. 1987; Martin 1985). Karaçor ve Arkan (2014) tarafından özel hastanelerden hizmet alan hastalar üzerinde yapılan araştırma sonucunda da, pazarlama faaliyetlerinin sağlık kurumu tercihinde etkin rol oynadığı görülmektedir. Benzer şekilde; Akçin (2016) yaptığı çalışma sonucunda, hizmet alıcılarının sağlık hizmeti alma ve karar sürecinde tavsiye, görüş ve tecrübelerini paylaştıkları ve paylaşımda bulundukları kişilerden etkilendikleri ölçüde de başkaları ile hizmet kullanımı kararlarına yön verdiklerini tespit etmiştir. Aynı zamanda, araştırmacı tavsiye alma ve tavsiye verme alışkanlığının, hizmetten sonraki memnuniyet durumuna göre hastanın davranışını pozitif yönde pekiştirdiğini saptamıştır. Fakat hastaların memnun kalmasalar dahi ağızdan ağıza iletişim ve pazarlama yöntemlerine de başvurduklarını da belirtmiştir.

Bu sonuçlar; alan yazını ve araştırma modelini desteklemekte, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının ve hizmet telafisinin hastaların tatmin düzeyine, bağlılıklarına ve kurumu tavsiye etme niyetlerine (WOM-EWOM) etki ettiği görülmektedir.

Her ölçek için yapılan güvenilirlik, normallik, AFA ve DFA analizlerinin sonucunda, ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerinin sağlandığı görülmüştür. Böylece analizlere parametrik testlerle devam edilmiş ve CRM odaklı ilişkisel pazarlama ölçeğinde 17 madde üç faktör (güven-empati, hasta odaklılık-iletişim, taahhüt-işbirliği), hizmet telafisi ölçeğinde 15 madde üç faktör (etkileşimsel adalet-prosedürel adalet-dağıtımsal adalet), hasta tatmini ölçeğinde 6 madde tek faktör, davranışsal niyet ölçeğinde 4 madde tek faktör olarak YEM modeli çalışılmıştır. Bu bağlamda, demografik verilerle değerlendiren ölçek ortalamalarına ait parametrik test sonuçları verildikten sonra; araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilmiş olan yem modellerine ait sonuçlar Tablo S.1 ve Tablo S.2’de verilmiştir. Araştırma kapsamında geliştirilmiş olan tüm hipotezlerin sonuçları ise Tablo S.3’de özetlenmiştir.

Ölçeklere İlişkin Parametrik Test Sonuçları

Tüm ölçeklere ilişkin yapılan anavo testi sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, hastaların CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin, hizmet telafisi uygulamalarına karşın memnuniyetlerinin,

bağlılıklarının ve olumlu davranışsal niyetlerinin kurumlarının türü, bölgesi, kuruma başvuru sayısı ve alınan hizmet türü değişkenlerine göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Alan yazın incelendiğinde, Kasemap (2018), müşterilerin değerini belirlemek ve davranışlarını anlamak için müşteri ilişkileri yönetiminin (CRM) önemini tartışmış, kurumun performansını geliştirmesine ve mevcut işte rekabet avantajı elde etmesine yardımcı olduğu sonucuna varmıştır.

Aynı zamanda hastaların tatmin düzeylerinin sağlık kurumunun özelliklerine göre farklılaşma durumunun, davranışsal niyetleri temelinde incelenen bağlılıkları ve WOM, E-WOM niyetleri ile aynı doğrultuda gitmesi, tatminin davranışsal niyet üzerinde doğrudan etkisinin olduğunu göstermektedir. Yine, E-WOM'un tekrar ziyaret etme niyetini ve hasta güvenini etkilediği de araştırmacılarca kanıtlanmıştır (Abubakar vd. 2017; Ceyhan vd. 2018).

Alan yazında hizmet telafisi paradoksu olarak geçen ve hizmet hatası ile karşılaşmış, sonrasında ise etkin bir hizmet telafisi almış bireylerin, hiç hizmet hatası yaşamamış olanlara göre tatmin düzeyleri ile olumlu davranışsal niyetlerinin daha yüksek olduğu varsıyımı temelinde test edilen, hizmet telafisi almış hastaların hizmet telafisi almamış olanlara göre tatmin düzeyleri ve olumlu davranışsal niyetleri daha yüksektir hipotezinin sonucunda, hizmet hatası ile karşılaşmış ve hizmet telafisi almış hastaların, hizmet telafisi almamış olanlara göre tatmin düzeylerinin ve olumlu davranışsal niyetlerinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Fakat hizmet hatası yaşamamış olan hastaların tatmin düzeylerinin ve olumlu davranışsal niyetlerinin hizmet hatası ile karşılaşp hizmet telafisi almış olanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Araştırma verileri ışığında, hizmet telafi uygulamalarına verilen puanın orta seviyede olması, hastaların telafilerden yeterince tatmin olmadığını dolayısı ile de sonuçların bu şekilde çıktığını düşündürmektedir. Nitekim şikayetlerin etkin bir şekilde ele alınmasının mağdur müşterileri memnun ve sadık müşterilere dönüştürebileceği uzun yıllar önce tespit edilmiştir (Gilly, Hansen 1992). Fakat ihmal edilmiş bir çalışma alanı olarak kalmıştır (Johnston, Mehra 2002). Bu bağlamda; Maxham III ve Netemeyer'in (2002) araştırmaları, hizmet telafi uygulamalarının; müşteri tatmini ve olumlu ağızdan ağıza iletişim (WOM) olasılığını artırdığını ve iyileşmeden duyulan memnuniyetten kaynaklı daha güçlü bir satın alma niyeti sağladığını göstermektedir.

Yapısal Eşitlik Modellerine İlişkin Analizlerin Sonuçları

Araştırma bulguları doğrultusunda geliştirilmiş YEM modellerinin genel olarak, alan yazında belirtilmiş olan; χ^2/sd , GFI, AGFI, NFI, IFI, TLI, CFI, RMSEA uyum değerlerinin kabul edilebilir eşik değerlerinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı şekilde tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,01’den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkilerin dereceleri Tablo S.1 ve S.2’de sunulmuştur.

Tablo S.1. Tüm Yapısal Modellerin Analiz Sonuçları (n = 230/1000)

Tahmin Değişkenleri	Sonuç Değişkenleri					
	Hizmet Telafisi		Hasta Tatmini		Davranışsal Niyetler	
	β	SH	β	SH	β	SH
CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama (H1-2-3)	0,94***	0,221	0,96***	0,080	0,86***	0,080
R ²		0,89		0,92		0,74
Hizmet Telafisi (H4)		-		-	0,68***	0,082
R ²						0,94
Hasta Tatmini (H6)		-		-	0,92***	0,031
R ²						0,91
CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama (H5)	0,97***	0,216			-	-
Hizmet Telafisi				-	0,68***	0,082
R ²		0,94				0,46
Dolaylı Etki					0,657 (0,535 - 0,764)	
CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama (H7)			0,95***	0,080	-	-
Hasta Tatmini					0,92***	0,031
R ²		-		0,91		0,85
Dolaylı Etki					0,874 (0,852 - 0,894)	
CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama (H8)	0,94***	0,167	0,81***	0,148	-0,17	0,529
CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama T.E.					0,70	
Hizmet Telafisi					0,11	0,290
Hasta Tatmini					0,96***	0,123
R ²		0,87		0,65		0,82
Dolaylı Etki					0,881 (0,390 - 1,688)	

Not: *** p < .001. SH = Standart Hata Parantez içindeki değerler alt ve üst GA değerleridir.

Tablo S.2. Araştırma Modeline Ait Yapısal Modellerin Standardize Yol Katsayıları ve Analiz Sonuçları

Hipotez	Yol			S,β	p	Sonuç
H₁:	CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama	→	Hizmet Telifisi	0,94	0,00	Kabul
H₂:	CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama	→	Hasta Tatmini	0,96	0,00	Kabul
H₃:	CRM Odaklı İlişkisel Pazarlama	→	Davranışsal Niyet	0,86	0,00	Kabul
H₄:	Hizmet Telifisi	→	Davranışsal Niyet	0,68	0,00	Kabul
H₅:	CRM Odaklı İliş. Paz. → Hizmet Telifisi	→	Davranışsal Niyet	0,66	0,00	Kabul
H₆:	Hasta Tatmini	→	Davranışsal Niyet	0,92	0,00	Kabul
H₇:	CRM Odaklı İliş. Paz. → Hasta Tatmini	→	Davranışsal Niyet	0,87	0,00	Kabul
H₈:	CRM Odaklı İliş. Paz. → Hizmet Telifisi → Hasta Tatmini → Dav. Niyet			0,88	0,00	Kabul

CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının dışsal hastaların hizmet telifi algısının ise içsel değişken olduğu örtük değişkenli yapısal model verileri ışığında; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının, aracı değişken olmadan, hastaların hizmet telifi algılarını % 94 oranında etkilediği tespit edilmiştir.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının dışsal, hastaların tatmin düzeylerinin ise içsel değişken olduğu örtük değişkenli yapısal model verileri ışığında; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının, aracı değişken olmadan, hastaların tatmin düzeyini %96 oranında etkilediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Rose (2018) müşteri ilişkileri araştırmaları ve müşteri ilişkileri pazarlaması ile ilgili olarak tartışılan en önemli konunun ilişki kalitesi olduğunu vurgulamış ve bağlılığa etkisini gözlemlemiştir. Önceki araştırmalarda da ilişkisel pazarlamanın hasta tatminini pozitif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Astuti, Nagase 2014; Nakip, Özçifçi 2015;).

CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının dışsal, hastaların davranışsal niyetlerinin ise içsel değişken olduğu örtük değişkenli yapısal model verileri ışığında; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının, aracı değişken olmadan, hastaların davranışsal niyetlerini %86 oranında etkilediği tespit edilmiştir. Alan yazında yapılan araştırmalar da CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının müşterilerin tatmin düzeyini, bağlılıklarını (Griffin vd. 2004; Karaçor, Abdullah 2014; Nakip, Özçifçi 2015; Ngobo 2017; Özgen, Şimşek 2015) ve ağızdan ağıza iletişim ve pazarlama niyetlerini (Ekiyor, Atilla 2014; Hogan vd, 2004) etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

Hizmet telafisinin aracı değişken olduğu Model 4 sonuçlarına göre, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların hizmet telafisine ilişkin algı düzeyleri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0,97 düzeyinde olduğu; aracı değişken olan hizmet telafisinin hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki direk etkisinin ise anlamlı ve 0,68 olduğu saptanmıştır.

Benzer şekilde, Goodwin ve Ross (1992) dağıtım adaletinin şikayetlerin ele alınmasından duyulan memnuniyeti etkilediğini bulmuştur. Mattila (2001) dağıtım adaletinin hizmet sektöründe memnuniyet üzerinde en büyük etkiye sahip olduğunu bildirirken, Davidow (2003) üç adalet boyutundan, dağıtım adaletinin memnuniyeti etkileyen en önemli boyut olduğunu belirtmiştir. Prosedürel adaletin de müşteri memnuniyeti için önemli olduğunu gösteren ampirik çalışmalar vardır. Örneğin, Tax vd. (1998) tarafından yapılan araştırma, daha yüksek düzeyde usule dayalı adalet algısı yaşayan müşterilerin şikayetlerin ele alınmasından daha yüksek düzeyde memnuniyet bildirdiklerini göstermiştir. Yine Maxham ve Netemeyer (2002) tarafından tartışıldığı gibi, kuruluşun temsilcisi ve müşteriler arasındaki etkileşim, müşterilerin hizmet telafi değerlendirmelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Ampirik çalışmalar, adil kişilerarası tedavi sağlanmasının şikayetin ele alınmasından duyulan memnuniyeti olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Davidow 2003; Tax vd. 1998). Bir başka yol analizi, tüm adalet boyutlarının şikayetçi memnuniyeti ve sadakati üzerinde önemli olumlu etkiler sağladığını göstermektedir. Buna göre üç adalet algısı boyutundan, etkileşimli adalet algısının şikayetçi memnuniyeti ve bağlılığı üzerindeki etkisi, dağıtıcı ve usule dayalı adalet algısından daha güçlüdür sonucuna varılmıştır (Karatepe 2006). Cengiz vd. (2015) tarafından aile hekimliklerinde yapılan araştırma sonucu da, hizmet telafisi uygulamalarının hastaların tatmin ve sadakatine etki ettiğini göstermektedir.

Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre, etkileşimsel ve prosedürel adalet algısı yüksek olan müşterilerin tekrar satın alma niyetleri daha fazla, olumsuz kulaktan kulağa iletişim eğilimleri ise daha az olacaktır (Başgöze, İşkorkutan 2020). Aynı şekilde alan yazında hizmet telafisinin genel olarak, olumlu ağızdan ağıza iletişim niyetine etki ettiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Chen, Kim 2019; Margee 2008; Ro, Olson 2014). Alan yazındaki çalışmalarda da görülmüştür ki hizmet hatası sonrası işletmelerin uyguladığı telafiler adil olarak algılandığı takdirde oluşan telafi; tatmine, güvene, tekrar satın alma eğilimine ve olumlu kulaktan kulağa iletişim yapma eğilimine dönüşmektedir.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telafisi uygulamaları vasıtasıyla hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı ve % 66 olduğu saptanmıştır. Başka bir ifadeyle, Aracı değişken olan hizmet telafisi ile birlikte CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetlerine toplam etki değeri %66'dır. Bu durumda H_5 hipotezi kabul edilmiştir. Aynı zamanda; bu modelde CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları hizmet telafisindeki değişimin % 94'ünü, hizmet telafisi ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları ile birlikte hastaların davranışsal niyetlerindeki değişimin % 46'sını açıklamaktadır.

Hasta tatmininin aracı değişken olduğu Model 5 sonuçlarına göre, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların tatmin düzeyleri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0, 95 düzeyinde olduğu; aracı değişken olan hasta tatmininin hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki toplam etkisinin ise anlamlı ve 0,92 olduğu saptanmıştır. Nakip ve Özçifçi (2015) aile sağlığı merkezlerinde tedavi gören hastalar ile yaptıkları çalışma sonucunda ilişkisel pazarlaması ile hasta memnuniyeti arasında aynı zamanda hasta memnuniyeti ile sadakat arasında ilişki bulmuşlardır; bununla birlikte, ilişki pazarlamasının sadakat üzerinde etkili olmadığı ancak hastalar ve sağlık çalışanları ile kurulan ilişkilerin hasta memnuniyetini etkilediği ve bu etki ile sadakat düzeyinin arttığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Lee ve Lee (2013) ile Astuti ve Nagase (2014), Zengin ve Öztürk (2010) de tatminin davranışsal niyeti etkilediğini bulmuşlardır.

CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telafisi uygulamaları vasıtasıyla hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı ve % 87 düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hasta tatmini aracı değişkeni ile birlikte hastaların davranışsal niyetlerine toplam etki değeri, %87'dir. Aynı zamanda bu modelde; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları hasta tatminindeki değişimin %91'ini, hasta tatmini ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları ile birlikte hastaların davranışsal niyetlerindeki değişimin % 85'ini açıklamaktadır.

Hizmet telafisinin ve hasta tatmininin birlikte aracı değişken olduğu Model 6 sonuçlarına göre ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telafisi ve hastaların tatmin düzeyi aracı değişkenleri eklendikten sonra da hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu ($\beta=.881$) dolayısıyla H_8 hipotezinin kabul edildiği ifade edilebilir. Fakat hizmet telafisi ve hastaların tatmin

düzeyi aracı değişkenlerinin ikisinin birlikte eklenmesi sonucunda, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastalarının davranışsal niyetleri üzerine doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda; hizmet telafi uygulamalarının ve tatmin düzeyinin hastaların olumlu davranış niyetleri üzerine etkisinin CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarından daha etkili olduğu yorumu yapılabilmektedir. Aynı şekilde bu modelde hizmet telafisinin de hastalarının davranışsal niyetleri üzerine doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Buna karşın hastalarının tatmin düzeylerinin, hastalarının davranışsal niyetleri üzerine doğrudan etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili alan yazında da hasta tatmininin hasta bağlılığını doğrudan ve yüksek derecede etkilediği ifade edilmektedir (Astuti, Nagase 2014; Moreira, Silva 2015, Omidinia vd. 2014; Silvestro, Stuart 2000).

Bununla beraber diğer bir araştırmada ise memnun olmayan hastaların, olumsuz davranışsal niyetlerinin, memnun olan hastaların olumlu davranışsal niyetlerinden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Moreira, Silva 2015). Bu bağlamda hasta tatmininin gerek olumsuz davranışsal niyetleri önleme gerekse olumlu davranışsal niyetleri pekiştirme açısından oldukça büyük öneme sahip olduğunu söylemek mümkündür.

Ayrıca; tüm değişkenlerin eklendiği aracılı yapısal model analizi sonuçlarına göre, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların tatmin düzeyleri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0,81 düzeyinde olduğu; yine aracı değişken olan hizmet telafisi üzerindeki toplam etkisinin anlamlı ve 0,93 olduğu saptanmıştır. Tüm değişkenler eklendiği zaman, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerine toplam etki değerinin ise %70 olduğu tespit edilmiştir. Geçmiş araştırmalar, müşteri memnuniyetindeki artışın müşteri sadakatinde bir artışa yol açması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, hizmet firmaları sundukları hizmetin arkasında durduklarında ve şikayetleri çözmede adil hale geldiklerinde, müşteri sadakati kazanmaları muhtemeldir (Blodgett vd. 1997). Çeşitli hizmet ortamlarında yapılan araştırma sonuçlarından elde edilen ampirik kanıtlar, son derece memnun müşterilerin kuruluşlara daha sadık olacağını da göstermektedir.

Araştırma modeli çerçevesinde; CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları hastaların tatmin düzeylerindeki değişimin %65'ini, hastaların tatmin düzeyleri ise CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları ile birlikte hizmet telafisi algısındaki

değişim %87'sini, tüm değişkenler birlikte hastaların davranışsal niyetlerindeki değişimin ise %82'sini açıklamaktadır.

Yüksek düzeyde dağıtıcı, usule ilişkin ve etkileşimli adalet algısının yüksek düzeyde şikayetçi sadakati ile sonuçlandığını gösteren ampirik çalışmalar vardır. Bu çalışmalar araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Örneğin, Blodgett vd. (1997) etkileşimli adalet algısını şikayetçilerin geri dönüşleri ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim niyetleri üzerinde, en etkili boyut olarak vurgulamaktadırlar. Benzer şekilde, Hannan (2017) müşteri memnuniyeti, güven, bilgi paylaşımı ve sadakati birbirine bağlayan bir model geliştirmiş ve tüm değişkenlerin birbiri ile ilişkisi olduğunu tespit etmiştir. Bağlılık bir tür psikolojik motivasyona bağlıdır. Bu bağlamda, birçok çalışma güven, sosyal bağlar, iletişim etkinliği ve memnuniyetin, ilişki bağlılığının önemli öncülleri olduğunu ortaya koymaktadırlar (Cater, Zabkar 2009; Hess, Story 2005; Suki 2011). Kumah (2017) İtalya da 151296 kişi ile yapmış olduğu araştırmada, sağlık kurumlarını tercih etmedeki en önemli etkenlerin sağlık çalışanlarının ilgisi, çalışanların sorumluluk sahibi olması, çalışanlarla etkin iletişim ve ortamın huzuru olduğu sonucuna ulaşmıştır. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hastaların sağlık durumu, tıbbi konsültasyonlar sırasında katılım ve hekimlerin algısı üzerindeki kontrolü gibi faktörler de bağlılıklarının seviyesini olumlu yönde etkilemektedir.

Günümüzde insanlar kurumlara gitmeden veya hizmet talebinde bulunmadan önce sosyal ağları etkin olarak kullanmaktadırlar. Bu bağlamda WOM oldukça önemli hale gelmiştir. Örneğin; Abubakar vd. (2017) tarafından yapılan çalışma neticesinde, Amerika'nın internet kullanıcılarının %80'inin tıbbi bilgiler için arama yaptığı, %56'sının tedaviyle ilgili bilgi aradığı, %44 ve %36'sının doktorlar ile sağlık merkezleri hakkında bilgi aradığı tespit edilmiştir.

Alan yazın (e) ağızdan ağıza iletişimin bireylerin karar vermeleri de dahil olmak üzere sağlıkla ilgili davranışlarını etkilediğini göstermektedir ve bu nedenle, insanlar özel sağlık bakım kararlarını ağızdan ağza iletişim yoluyla elde ettikleri bilgilere göre vermektedir. (Duran vd. 2016; Gheorghe, Liao 2012; Khalid vd. 2013)

Bununla birlikte, mevcut çalışmalar sağlık sektörü bağlamında WOM'a odaklanmaktadır. Kurumların, sosyal medyadaki WOM hareketlerini derinlemesine takip eden bir sitemleri yoktur; fakat marka itibarı ve performans algılarını olumlu yönde etkilemek için sosyal medyayı (Glover vd. 2015) giderek daha fazla kullanmaya

başladıkları söylenebilir (Martin, Grüb 2020). Yılmaz (2014) yaptığı çalışmada, bir sağlık kurumu hakkında arkadaş, akraba veya başkalarının verdikleri tavsiyelerin, hizmet kullanıcıları üzerinde tüm tanıtım faaliyetlerinden daha büyük etkiye sahip olduğunu ve hastaların en fazla tavsiye aldıkları kişilerin aile ve akrabalarından oluştuğunu, bunu arkadaş ve yakınlar ile internetteki yorumların izlediğini belirlemiştir. Yani sosyal bağların güçlü olduğu yakın çevre etkileşimlerinin, davranışsal niyetler ve karar süreçleri üzerinde yüksek etkiye sahip olduğu söylenebilir. Araştırma hipotezlerinin sonuçları Tablo S.3’ te özet halinde verilmiştir.

Tablo S.3 Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Hipotezler	Sonuç
H ₁ : CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların hizmet telafi algısı üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.	Kabul
H ₂ : CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hasta tatmini üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.	Kabul
H ₃ : CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.	Kabul
H ₄ : Hizmet telafi uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerinde etkisi bulunmaktadır.	Kabul
H ₅ : Hasta tatmininin hastaların davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.	Kabul
H ₆ : CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet telafi uygulamalarının aracı rolü bulunmaktadır.	Kabul
H ₇ : CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü bulunmaktadır.	Kabul
H ₈ : CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hastaların davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde hizmet telafi uygulamalarının ve hasta tatmininin aracı rolü bulunmaktadır.	Kabul
H ₉ : Hizmet telafisi almış hastaların hizmet telafisi almamış olanlara göre tatmin düzeyleri ve olumlu davranışsal niyetleri daha yüksektir.	Kabul
H ₁₀ : Hastaların CRM Odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₁₁ : Hastaların CRM Odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri bölgelere göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₁₂ : Hastaların CRM Odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul (GE Ret) Ret

H ₁₃ : Hastaların CRM Odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.	
H ₁₄ : Hastaların hizmet telafisine ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul (EA-PA Ret)
H ₁₅ : Hastaların hizmet telafisine ilişkin algı düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
H ₁₆ : Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₁₇ : Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri bölgelere göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₁₈ : Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
H ₁₉ : Hastaların sağlık kurumundan tatmin düzeyleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₂₀ : Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumunun türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₂₁ : Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri bölgelere göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₂₂ : Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
H ₂₃ : Hastaların sağlık kurumuna ilişkin davranışsal niyetleri sağlık kurumundan alınan hizmet türüne anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret

Tüm analiz sonuçları bütüncül olarak değerlendirildiğinde, yüksek kaliteli hizmetin devamı niteliğinde olan CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının hizmet telafisine ilişkin uygulamaları etkilediği, aynı zamanda hastaların tatmin düzeylerini de etkilediği görülmektedir. Hastaların tatmin düzeyleri de ne derece artarsa kuruma bağlılıkları ve olumlu WOM, E-WOM davranışlarının da o derece arttığı sonucuna varılmıştır. Aynı şekilde alan yazın da bu sonuçları desteklemektedir (Kurşun 2019; Öncü vd. 2016; Öz, Uyar 2014). Bu bağlamda; hızla değişen rekabet koşullarına ayak uydurmak için, WOM ve çağın gereklikleri doğrultusunda E-WOM'un sağlık kurumlarının en güçlü tutundurma yöntemlerinden biri olduğu söylenebilir. Aynı zamanda CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamaları her ne kadar hastaların olumlu davranışsal niyetlerine etki etse de tek başına yeterli olmamakta ve

hasta tatmini kadar yüksek bir etki düzeyine sahip olmaktadır. Bu bağlamda, araştırmanın birden fazla değişken ile yapılmasının son derece uygun olduğu ve alan yazına bütüncül bir yaklaşım getirdiği sonucuna varılmıştır. Fakat sağlık kurumlarının CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarına ve hizmet telafi uygulamalarına yeteri kadar önem vermediği, dolayısı ile de hastaların tatmin düzeylerinin ve olumlu davranışsal niyetlerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın tüm sonuçları ışığında kurumlara ve araştırmacılara şu önerilerde bulunulmuştur:

- Hastalarla etkileşimli bir süreci güçlendirebilmek için, sağlık okuryazarlığına önem verilmeli, gerek hastalar gerekse çalışanlar bu bağlamda etkin eğitimlere tabi tutulmalıdırlar. Aynı zamanda günümüzde sağlık kurumları için de pazarlamanın önemli olduğu uzun vadede herkes için faydalı olacağı noktasında çalışanların bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu noktada CRM odaklı ilişkisel pazarlama stratejilerini uygulayan ve uygulamayan kurumlar arasındaki farklılıklar ortaya konulabilir.
- Çalışan motivasyonunu artıracak etkinlikler düzenlenebilir. Çünkü çalışan motive olduğu sürece, tüm faaliyetler verimli bir şekilde ilerleyecektir. Bu bağlamda hastalardan önce çalışanlar ile empati kurulmalı, onlara güven aşılanmalı ki onlar da aynı tutumu hastalara gösterebilsinler. Mutlu çalışan mutlu hastalar demektir.
- Çalışma koşullarının düzenlenmesi için çalışanların da katılımı ile etkin toplantılar planlanabilir. Bu toplantılarda sorunlar ve çözüm önerileri ele alınabilir. Zira etkili bir hizmet performansı için iletişim ve kalıcı ilişkinin kurulabilmesi emek yoğun sağlık kurumlarında ancak çalışan desteği ve tatmini sayesinde gerçekleşebilecektir.
- Kurumun kaynak tasarrufuna gitmeden önce etkin bir maliyet muhasebesi sürecini çalıştırması faydalı olacaktır. Maliyet noktasında en hassas kurumların başında sağlık kurumları gelmesine karşın, özellikle devlete bağlı sağlık kurumlarında maliyet muhasebesi etkin yürütülmemektedir. Bu ise kurumun finansal olarak her geçen günü gerilemesine haliyle de malzeme alımlarında, yeni teknolojilerin kuruma entegre edilmesinde ve çalışanlara ek ödeme yapılması gibi finansal boyutlarda yaşanması olası

sorunları da beraberinde getirmektedir. Ne yazık ki devlet bünyesinde de olsa, finansal olarak güçlü olamayan hiçbir kurum etkili, verimli ve kaliteli bir hizmet sunamayacaktır.

- Hizmet telafi uygulamalarına ilişkin faaliyetlerinin etkinleştirilmesi için çalışanları bilinçlendirmek adına da eğitimler düzenlenebilir ve bu eğitimlerde, hizmet hatalarının neler olduğu, şikayet yöntemleri ve çözümlerine yönelik istatistikler sunularak kurum bilançosunun netleştirilmesi sağlanabilir. Henüz gerçekleşmemiş ama gerçekleşme olasılığı olan hataların neler olabileceği, hizmet telafisi için ne gibi yollar izlenebileceği gibi konularda çalışanların da fikirleri alınarak hizmet telafi yöntemleri stratejik olarak planlanabilir.
- Hizmet hataları ve telafilerine yönelik geliştirilen stratejilerin uygulanması ve sonuçlarının takip edilerek raporlandırılması, böylelikle de yeni yaklaşımların geliştirilmesi ve sürecin etkinliğinin sağlanabilmesi için kurumda bu alana hakim bir çalışanın yetkilendirilmesi, sürecin etkin yürütülmesi için faydalı olacaktır.
- Hasta memnuniyetinin ve buna bağlı oluşan davranışsal niyetlerinin kısa ve uzun vadede çalışanlara, kuruma aynı zamanda topluma etkileri noktasında bilinçlilik oluşturulması konunun öneminin kavranması ve bu noktada çaba gösterilmesi açısından oldukça önemlidir.
- Araştırmacıların gerek sağlık kurumu yetkililerini gerekse çalışanları bilinçlendirebilmek adına, CRM odaklı ilişkisel pazarlama uygulamalarının sağlık kurumlarında uygulanabilme stratejileri, gerekliliği, faydaları konularında öncelikli olarak nitel çalışmalar yapmaları ve bu çalışma sonuçlarını ilgili kişilerle paylaşmaları alan yazına ve topluma faydalı olacaktır.
- Yine sağlık kurumlarında yaşanan hizmet hatalarının bilançosunu çıkarabilecek çalışmaların yürütülmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesine yönelik alan araştırmaları, ilgili kurumların faaliyet ve operasyon süreçlerine ışık tutacaktır.
- Sağlık kurumlarında hastaların tatmin ve davranışsal niyetlerine etki eden farklı değişkenlerin belirlenmesi ve çoklu ilişkilerle değerlendirilmesi konu ile ilgili daha verimli sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır.

- Medyanın sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini daha dikkatli, daha sık ve daha fazla değerlendirmek; örneğin medyanın yer aldığı sosyal, politik ve ekonomik çevrede ortaya çıkan söylemleri nasıl etkileyebileceğini, duyarlı ve insan merkezli sağlık sistemleri bağlamında, insanların kurumunu ve toplum katılımını nasıl etkileyebileceğini anlamaya yardımcı olacak çalışmalarını artırmak faydalı olacaktır.
- Günümüzde özellikle yeni medyayı bir araç veya harici bir etkiden çok sağlık sisteminin bir parçası olarak düşünmenin daha etkili yollarını bulmak da önem arz etmektedir.



KAYNAKÇA

- Aba, Gökhan (2011). “Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama: Bir Alan Araştırması”. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 45-60.
- Abdullah Firdaus and Kanyan Agnes. (2012). “Identifying And Managing The Dimensions Of Relationship Marketing For The Food service Industry”. 3rd International Conference On Business And Economic Research Proceeding. Golden Flower Hotel, Bandung, Indonesia. ISBN: 978-967-5705-05-2.
- Abdullah, Firdaus (2012). “Identifying And Managing The Dimensions Of Relationship Marketing For The Foodservice Industry”. Master's Thesis, Research Management Institute (Rmi) University Teknologi Mara 40450 Shah Alam, Selangor Malaysia.
- Abubakar A. Mohammed, Ilkan Mustafa, Meshall Al-Tal Raad and Eluwole Kayode Kolawole. (2016). *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 31: 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.jhtm.2016.12.005>.
- Adzharuddin Ne de Azura, Ramly and Norazmie Mohd (2015). “Nourishing healthcare information over Facebook, Procedia”. *Social and Behavioral Sciences*, 172: 383–389.
- Ağırbaş, İsmail (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akçin, Ceylan (2016). “Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamaya Yönelik Bir Alan Araştırması”. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akdu, Serap (2017). “Turizm Sektöründe Hizmet Hatası Telafi Stratejileri, Hizmet Kalitesi Algısı ve Kurumsal İmaj Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bir Araştırma”. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gümüşhane.
- American Medical Association. 1847. Code of Medical Ethics. 1st ed. American Medical Association Press. Chicago

- Andreassen, Tor W. (1999). “What Drives Customer Loyalty with Complaint Resolution?”, *Journal of Service Research*, 1 (4): 324-32.
- Argan Metin and Argan Tokay Mehpare. (2006). “Viral Pazarlama veya Internet Uzerinde Agizdan Agiza Reklam: Kuramsal Bir Cerceve”. *Anadolu Universitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 6 (2): 231-250.
- Astuti Herni. J. and Nagase Keisuke. (2014). “Patient loyalty to health care organizations: Strengthening and weakening (satisfaction and provider switching)”. *Journal of Medical Marketing*, 14 (4): 191–200. DOI: 10.1177/1745790415578311
- Ateş, Metin. (2013). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri*. Sağlık Hizmetleri Yönetimi içinde, Metin Ateş (Ed), 1-37. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Baird, Kristin. (2000). *Customer service in health care: A grassroots approach to creating a culture of service excellence*. San Francisco, Jossey-Bass: A Wiley Imprint.
- Barakat, Livia L., Ramsey, Jase.R., Lorenz, Melanie P. ve Gosling, Marlusa (2014). “Severe service failure recovery revisited: Evidence of its determinants in an emerging market context”, *International Journal of Research in Marketing*, 32: 113-116.
- Baran Abdulbaki ve Taşkın Ercan. (2017). “Güven, iletişim ve empati bağlamında ilişkisel pazarlamanın tüketici temelli marka değerine etkisi: GSM operatör kullanıcıları üzerinde bir uygulama”. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(2): 361-378.
- Bardakçı, Salih. (2010). “Çevrimiçi öğrenme ortamında algılanan sosyalleşme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 43(1), 17-39.
- Başgöze Pınar ve İşkorkutan Kübra (2020). “Adalet Algısı Boyutlarının Şikâyet Sonrası Davranışlar Üzerine Etkileri: Konaklama İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama”. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 374-387.DOI: 10.26677/TR1010.2020.318

- Bearden, William O.; Oliver, Richard L. (1985). "The role of public and private complaining in satisfaction with problem resolution". *Journal of Consumer Affairs*, 19 (2), 222-240.
- Bell Chip. R. and Zemke Ron. E. (1987). "Service Breakdown: The Road to Recovery". *Management Review*, 76(10), 32-35.
- Berlet Gregory.C., Hyer Christopher.F., Philbin Terrence.M., Weil Lowell Scott. Weil, Lowell. and Fisher Kimberly.D. (2014). "Health Care Marketing: How to get a leg up on the competition". *Foot Ankle Specialist*, 7 (5): 432-433.
- Berry, Leonard. L. (2002). "Relationship Marketing of Services Perspectives from 1983 and 2000". *Journal of Relationship Marketing*, 1 (1): 59 – 69. Doi: 10.1300/J366v01n01_05 Marketing.
- Beyatlı, Hüseyin Zennun (2017). *Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Birinci Baskı. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Bıtner Mary. Jo., Booms Bernard. H. and Tetreault Mary Standfield (1990). "The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents". *Journal of Marketing*, 54(1): 71-84.
- Biçer, Derya Fatma. (2015). "Sosyal medyanın viral (elektronik ağızdan ağıza) pazarlama faaliyetleri ve tüketici satın alım niyetine etkileri". Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Biçer Enis Baha ve Ebrar İlman (2019). *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Yapısı*. Sağlık Kurumlarında Yönetim içinde, Zekai Öztürk (Ed.). 9-43. Ankara: Siyasal Yayınevi.
- Biçer, Enis Baha. (2020). *İşletmecilik ve Sağlık Kurumları*. Sağlık Yönetiminde Temel Yaklaşımlar içinde, Enis Baha Biçer (Ed.). 1-23. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Boshoff, Christo (2005). "A re-assessment and refinement of RECOVSAT An instrument to measure satisfaction with transaction-specific service recovery". *Managing Service Quality*. 15 (5): 410-425, Doi 10.1108/09604520510617275.
- Boyne, George. A. (2002). "Public and Private Management: What's the Difference?". *Journal of Management Studies*. 39 (1): 97-122. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00284>

- Bronner Fred and De Hoog Robert (2011). “Vacationers and eWOM: Who Posts, and Why, Where, and What?”. *Journal of Travel Research*, 50 (1):15-26.
<https://doi.org/10.1177/0047287509355324>
- Brown Judith Belle, Stewart Moira, Weston W.Wayne and Freeman Thomas R. (2003). Introduction. In: Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam and Thomas R. Freeman (eds.) *Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method*, UK: Radcliffe Medical Press.
- Büyüköztürk Şener, Kılıç Çakmak Ebru, Akgün Özcan, Karadeniz Şirin ve Demirel Funda. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (17. Baskı). Ankara: PegemA.
- Cai Ruiying (2014), “The Effect Of Customers’ Self-Construct, Perceived Fairness And Emotions On Behavioral Intentions: A Case Of Restaurant Service Recovery”. Bachelor of Business Administration in Tourism Management, Xiamen University, Dissertation of Master Of Science China.
- Carrillo Irma Magaña, Svensson Göran and Neira María del Carmen Otero (2019). “The Impact Of Perceived Justice on Satisfaction and Behavioral Intentions In Service Encounters – A Comparison and Validation Study”. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 11(3): 378-394
- Cater Barbara and Zabkar Vesna. (2009). “Antecedents and consequences of commitment in marketing research services: The client’s perspective”. *Industrial Marketing Management*. 38: 785–797.
- Cengiz Ekrem, Akdu Serap ve Bostan M. Kemal (2015). “Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Hatası Telafi Stratejileri”. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*. 12: 87-102.
- Ceyhan Sümeyra, Uzuntarla Yasin ve Fırat İbrahim (2018). “Hekimlerin Sağlık Tercihlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamayı Kullanım Durumlarının İncelenmesi”. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11 (3): 2467-2480.
- Charmaz, Kathy, *Constructing Grounded Theory A Practical Guide Through Qualitative Analysis*, New Delhi: SAGE Publications.

- Chen Peng and Kim Yeong Gug (2019). "Role of The Perceived Justice of Service Recovery: A Comparison of First-Time and Repeat Visitors". *Tourism and Hospitality Research*, 19 (1): 98-111.
- Conlon Donald. E. and Murray Noel. M. (1996). "Customer perceptions of corporate responses to product complaints: The role of explanations". *Academy of Management Journal*, 39(4): 1040-1056.
- Coulter Angela and Ellins Jo. (2006). Improving health literacy. (21-57) In patient-focused interventions A review of the evidence. Picker Institute Europe.
- Çalışkan Osman (2013). "Restoran İşletmelerinde Hizmet Hataları, Hizmet Telafi Stratejileri ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi". *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*. 10: 69.
- Davidow, Moshe (2000). "The Bottom Line Impact Of Organizational Responses To Customer Complaints", *Journal of Hospitality & Tourism Research*. 24 (4): 473-490.
- Davidow, Moshe (2003). "Have you heard the word? the effect of word of mouth on perceived justice, satisfaction and repurchase intentions following complaint handling". *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. 16: 67-80.
- Dawson Sandra and Dargie Charlotte. (2002) '*New Public Management: A Discussion with Special Reference to UK Health*' in K. McLaughlin, S. P. Osborne and Evan Ferlie (eds) *New Public Management: Current Trends and Future Prospects*. London: Routledge.
- Demirel, Nilgün (2019). "Müşteri Memnuniyetinin Ağızdan Ağıza İletişim Üzerindeki Etkisinde Hizmet Telafisinin Düzenleyicilik Rolü: Nevşehir'deki Otel İşletmelerinde Bir Uygulama". Yayınlanmamış doktora tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
- Dick Alan S. and Basu Kunal (1994). "Customer loyalty: Toward an integrated conceptual framework". *J Acad Market Sci*. 22(2): 99-113.
- Doina Negoită Olivia, Alexandra Purcărea Anca and Ana-Maria Popescu Mirona (2018). "A Model for Relational Marketing, "Ovidius"" *University Annals, Economic Sciences Seriea*, 18 (1): 353-358.

- Donavan D.Todd, Brown Tom.J. and Mowen John.C. (2004). “Internal Benefits Of Service Worker Customer Orientation: Job Satisfaction, Commitment, And Organizational Citizenship Behaviours”. *Journal of Marketing*. 68 (1): 128-46.
- Duran Cengiz, Filiz Aysel Cetindere, Arzu and Tiryaki, Süleyman (2016). “Word of mouth marketing: an empirical investigation in healthcare services”. *Journal of Management Marketing and Logistics*. 3 (3): 232-240. <https://doi.org/10.17261/Pressacademia.2016321980>
- Ekiyor Aykut ve Atilla Asuman. (2014). “Word of Mouth Marketing in Mouth and Dental Health Centers towards Consumers”. *Journal of Business Research*. 6 (3): 6-15.
- Erdoğan Tarakçı İnci ve Göktaş Bora. (2020). “Turizm İşletmelerinde Hizmet Hataları ve Hizmet Telafisi Yöntemlerinin Müşteri Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi: Bir Uygulama”. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*. 4(1): 259-27. Doi: 10.26677/TR1010.2020.311
- Erdoğan, Berrin (2002). “Antecedents and consequences of justice perceptions in performance appraisals”. *Human Resource Management Review*. 12: 555–578.
- Ertürk Atabey, Selin. (2018). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. 3. Baskı. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Farha Allam K.Abu, Koku Paul Sergius. Al-Kwif Sam. O. and Ahmed, Zafar.U. (2018). “Services marketing practices in diverse cultures: Canada compared to Qatar”. *Journal of Services Marketing*. 33 (7): 771–782. Doi 10.1108/JSM-02-2018-0062
- Ferrell O. C. and Hartline Michael D. (2012). *Estrategia de marketing Quinta edición*. Mexico: Cengage Learning.
- Forbes Lukas.P. Kelley, Scott.W. and Hoffman, K.Douglas. (2005), “Typologies Of E-Commerce Retail Failures And Recovery Strategies”. *Journal of Services Marketing*. 19(5). 280-292.
- Ford R. C., Bach S.A. and Fottler, M. D. (1997). “Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations”. *Health Care Management Review*. 22(2): 74-89

- Fornell, Claes, Wernerfelt, Birger (1987). "Defensive marketing strategy by customer complaint management: a theoretical analysis", *Journal of Marketing Research*, 24 (November): 337-346.
- George William R. and Berry Leonard. L. (1981). *Guidelines for advertising services. Business*, 52-56.
- Gheorghe Luliana-Raluca and Liao Mei-Na. (2012). "Investigating Romanian healthcare consumer behaviour in online communities: qualitative research on negative eWOM. Procedia". *Social and Behavioral Sciences*. 62(24): 268–274.
- Gilly Mary.C. and Hansen, Richard.W. (1992). "Consumer complaint handling as a strategic marketing tool". *The Journal of Product and Brand Management* 1 (3), 5–16.
- Glover McKinley, Khalilzadeh Omid Choy, Garry Prabhaka, Anand M., Pandharipande, P. V. and Gazelle Scott G. (2015). "Hospital evaluations by social media: a comparative analysis of Facebook ratings among performance outliers". *Journal of General Internal Medicine*. 30(10): 1440–1446. Doi: 10.1007/s11606-015-3236-3.
- Goodman John. A., Malech Arlene. and Boyd Sonja. (1987). "Danger, angry customer". *ABA Banking Journal*, 79 (1): 63-66.
- Goodwin Cathy. and Ross Ivan. (1992). "Consumer responses to service failures: influence of procedural and interactional fairness perceptions". *Journal of Business Research*. 25 (2): 149–163.
- Gray Brendan J. and Hooley Graham. J. (2002). "Market Orientation and Service Firm Performance-a Research Agenda". *European Journal of Marketing*. 36 (9): 980-998.
- Gremler Dwayne D. and Brown Stephen W. (1996). *Service loyalty: Its nature, importance, and implications*. In: Edvardsson B, Brown SW, Johnston R and Scheuing E (eds) *QUIS V: Advancing service quality: A global perspective*. New York, NY: ISQA.
- Griffin Simon J., Ann Louise Kinmonth, Marijcke V. M. Veltman, Susan Gillard and Julie Grant. (2004). "Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to

- Alterthe Interaction Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials”, *Annals of Family Medicine*, 2(6): 595-608.
- Gross, Aeyal M. (1998). *The Right To Health In An Era Of Privatization And Globalization: National and International Perspectives*. Daphne Barak-Erez and Aeyal M. Gross (Eds.) in *Exploring Social Rights: Between Theory And Practice*, Oxford Portland, Oregon: Hart Publishing.
- Grönroos, Christian, (2004) “Therelationship marketing process: Communication, interaction, dialogue, value. *The Journal of Business&Industrial Marketing*. 19 (2):99-110. <https://doi.org/10.1108/08858620410523981>
- Gummesson, Evert. (2002) “Relationship Marketing in the New Economy”. *Journal of Relationship Marketing*. 1 (1): 37-58.
- Gümüş Rojan ve Sönmez Yasin. (2018). “Quality of online communication tools at hospitals and their effects on health service consumers’ preferences”. *International Journal of Healthcare Management*. 1-10. doi: 10.1080/20479700.2018.1470816.
- Güngör, Duygu. (2016). “Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu”. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38), 104-112.
- Gürbüz, Sait. (2019). *AMOS ile Yapısal Eşitlik Modellemesi*. Birinci Baskı, Ankara: Seçkin yayıncılık.
- Gürdal S. (Ed.). (2009). *Benim Maaşımı Kim ödüyor? Müşteri*. 1. Baskı, İstanbul: Yaprak Yayınları.
- Hannan Sufrin, Suharjo Budi, Kirbrandoko Kirbrandoko and Nurmalina Rita (2017). “The Influence of Customer Satisfaction, Trust and Information Sharing on Customer Loyalty of Professional Services Company: An Empirical Study on Independent Surveyor Services Industry in Indonesia”. *International Journal of Economic Perspectives*. 11(1).
- Hayran, Osman. (1997). *Sağlık Hizmetleri*. Osman Hayran ve Haydar Sur,(Ed.) Hastane Yöneticiliği, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Healty People (2010). “Understanding and improving health”, *U.S. Department of Health and Human Services*, November, 1-53.

- Hennig-Thurau Thorsten, Gwinner Kevin P. Walsh Gianfranco and Gremler Dwayne D. (2004). "Electronic word-of-mouth via consumer-opinion platforms: What motivates consumers to articulate themselves on the Internet". *Journal of Interactive Marketing*. 18 (1): 38-52. <https://doi.org/10.1002/dir.10073>
- Hess Jeff. and Story John. (2005). "Trust-based commitment: Multidimensional consumer-brand relationships". *Journal of Consumer Marketing*. 22: 313-322.
- Hoffman K. D. and Chung B. G.; (1999), "Hospitality Recovery Strategies: Customer Preference Versus Firm Use", *Journal of Hospitality & Tourism Research*. 23. 71-84.
- Hoffman, K. Douglas. Kelley, Scott.W. and Rotalsky, Holly.M. (2016), "Retrospective: tracking service failures and employee recovery efforts", *Journal of Services Marketing*. 30 (1): 7-10 [DOI 10.1108/JSM-10-2015-0316].
- Hogan John E. Katherine N. Lemon, Barak Libai (2004). "Quantifying the Ripple: Word of Mouth and Advertising Effectiveness", *Journal of Advertising Research*. 3(9- 10):271-280.
- Holden Goldon and Cox Duer. (2013)." Public Health Marketing - is it good and is it good for everyone?" *International Journal of Marketing*. 52: 17-26.
- Johnston Roberd and Mehra Sandy. (2002). "Best-practice complaint management". *Academy of Management Executive* 16 (4), 145-154.
- Kambur, Emine (2018). "Müşterilerin Hizmet Hatası ve Hizmet Telafisine Yönelik Algılarının Demografik Özellikler Doğrultusunda Tespit Edilmesi". *Akademik Bakış Dergisi*. 69: 49-68.
- Karaçor Süleyman ve Arkan Abdullah. (2014). "Sağlık kuruluşlarında pazarlama: Sağlık pazarlama karması unsurlarının hasta/müşteri açısından önemi üzerine bir araştırma". *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*. 8(2): 90-118.
- Karagöz, Yalçın. (2019). *SPSS VE AMOS Uygulamaları Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*, 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Karatepe, Osman M. (2006). “Customer complaints and organizational responses: the effects of complainants’ perceptions of justice on satisfaction and loyalty”, *Hospitality Management* 25: 69–90.
- Kasemsap, Kijpokin (2018). “Facilitating customer relationship management in modern business”, *Encyclopedia of Information Science and Technology*, Fourth Edition. IGI Global, 1594-1604.
- Kau, Ah-Keng, Loh, Elizbeth.W. (2006). “The effects of service recovery on consumer satisfaction: A comparison between complainants and noncomplainants.” *The Journal of Services Marketing*, 20 (2): 101-111.
- Kavuncubaşı Şahin ve Yıldırım Selami. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (2. Baskı b.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kayık, Mehmet. (2013). “İlişkisel Pazarlama Kapsamında E-Hizmet Kalitesi, E-Müşteri Memnuniyeti ve E-Müşteri Bağlılığı Arasındaki İlişkinin Analizi: Bir Alan Araştırması”. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Kütahya.
- Keaveney, Susan. M. (1995), “Customer switching behaviour in services industries: an exploratory study”, *Journal of Marketing*, Vol. 59, pp. 71-82.
- Khalid Safia, Ahmed Mirza Ashfaq and Ahmad Zahoor (2013). “Word-of-mouth communications: \$ powerful contributor to consumers decision-making in healthcare market”. *International Journal of Business and Management Invention*, 2(5), 50–59.
- Kılıç Burhan, OK Serap ve Serhat Adem; (2013), “Otel İşletmelerinde Müşteri Şikayetlerinin Değerlendirilmesi ve Hizmet Kalitesi Algısının Müşteri Sadakati Üzerine Etkisi”, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 12(4), ss. 817-836.
- Kılınç Uğur; (2011), “Şikayet Yönetimi: Müşteri – İşgören Etkileşiminde Sözsüz İletişim”, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Aydın.
- Kıyat Gül, Banu Dayanç, Şimşek Halil ve Özgüleş Bünyamin (2017). “Sağlık hizmetleri pazarlamasının diğer pazarlama dalları içindeki yeri ve önemi”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 147-154.

- King Lynne A, Fisher James E. Jacquin Laura and Zeltwanger Paul E. (2003). “Dijital hastane: fırsatlar ve zorluklar”. *Sağlık Bilgi Yönetimi Dergisi: JHIM*. 17 (1): 37-45.
- Kock, Stephan. (2013). “Ärztliche Werbung im Wandel: Was darf ein Arzt wirklich”? *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (46): 26-28.
- Kumah, Emmanuel (2017). “Patient experience and satisfaction with a healthcare system, connecting the dots”. *International Journal of Healthcare Management* 1-7, doi: 10.1080/20479700.2017.1353776
- Kumbasar, Banu (2016). “Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim”. *HSP*; 3(1):85-90. Doi: 10.17681/hsp.50586.
- Kurşun, Arzu. (2019). “Kalite Yönetimi ve İlişkisel Pazarlama: Sağlık Hizmetlerinin Pazarlamasında Etkin Bir Yöntem Olabilir Mi?”. *Journal of Academic Perspective on Social Studies*, (1), 44-52.
- Lee Jeonghoon H and Lee Hansuk (2013). “Does satisfaction affect brand loyalty”? *Acad Market Stud J* 17(2): 133–147.
- Leong Jerrold K. and Kim Woo Gon (2002). “Service recovery efforts in fast food restaurants to enhance repeat patronage”. *Journal of Travel & Tourism Marketing* 12 (2/3), 65–93.
- Lewis Barbara R. ve McCann Pamela (2004). “Service failure and recovery: evidence from the hotel industry”. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 16: 7.
- Lin Wen-Bao; (2006), “Correlation Between Personality Characteristics, Situations of Service Failure, Customer Relation Strength and Remedial Recovery Strategy”, *Services Marketing Quarterly*. 28:1, pp. 55-88.
- Lodewijk Bos, Andy Marsh, Denis Carroll, Sanjeev Gupta, Mike Rees (2008). “Proceedings of the 2008 International Conference on Semantic Web & Web Services SWWS08”. Düzenleyen: Andy Marsh Hamid R. Arabnia. Patient 2.0 Empowerment . 164-167.
- Malatyalı İrem ve Biçer Enis Baha (2018). “Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği”, *ASHD*, 17(2), 1-15.

- Malhotra, Naresh. K. (2007). *Marketing Research: An Applied Orientation*. (5nd. ed.). USA: Pearson Prentice Hall Inc.
- Margee, Hume. (2008). "Developing A Conceptual Model for Repurchase Intention in The Performing Arts: The Role of Emotion, Core Service and Service Delivery". *International Journal of Arts Management*, 10(2): 40-55.
- Martin Sebastian and Grüb Birgit. (2020). "Intensive WOM-behavior in the healthcare sector – the case of an Austrian hospital's Facebook site", *International Review on Public and Nonprofit Marketing* (2020) 17:331–352. <https://doi.org/10.1007/s12208-020-00250-7>
- Martin, Jennifer Langston. (1985). "Consumer perception of and response to corporate complaint handling". Unpublished doctoral dissertation, Texas Women's University, Denton.
- Mattila Anna.S. and Cranage David. (2005), 'The Impact Of Choice On Fairness in The Context Of Service Recovery', *Journal of Services Marketing*, 19(5), pp.271-279.
- Mattila, Anna.S., (2001). "The effectiveness of service recovery in a multi-industry setting". *Journal of Services Marketing* 15 (7), 583–596.
- Maxham James. G. and Netemeyer Richard.G. (2002). "Modeling customer perceptions of complaint handling over time: the effects of perceived justice on satisfaction and intent". *Journal of Retailing* 78, 239–252.
- McCollough Michael A. (2000) "The effect of perceived justice and attributions regarding service failure and recovery on post-recovery customer satisfaction and service quality attitudes." *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 24(4): 423-447.
- McGuire, Linda. (2003) "Transferring Marketing to Professional Public Services – an Australian Perspective", *Local Governance*. 29: 1 pp55 – 77.
- Mehedințu, Mihai. (2019) "The importance of relationship marketing in healthcare: differences and similarities in the physician-patient relationship in the Romanian private and public healthcare sectors." *Journal of Contemporary Clinical Practice* 5.1: 17-23.

- Moreira Antonio Carrizo and Silva Pedro Miguel (2015). "The trust-commitment challenge in service quality-loyalty relationships", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28 (3): 253-266.
- Morgan Robert. M. and Hunt Shelby. D. (1994). "The commitment–trust theory of relationship marketing". *Journal of Marketing*, 28, 20–38.
- Nakıboğlu, Mehmet Ali Burak (2008). "Hizmet İşletmelerindeki İlişkisel Pazarlama Uygulamalarının Müşteri Bağlılığı Üzerindeki Etkileri". Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Adana.
- Nakip Mahir ve Özçifçi Vesile. (2015). "Sağlık Hizmetlerinde İlişki Pazarlaması Ve Hasta Memnuniyeti: Aksaray Aile Sağlığı Merkezlerinde Uygulama", *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 46: 1-20.
- Ngobo, Paul Valentin (2017). "The trajectory of customer loyalty: an empirical test of Dick and Basu's loyalty framework", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 45.2, 229-250.
- Nguyen D. T. and Mccoll-Kennedy J. R. (2003), "Diffusing Customer Anger in Service Recovery: A Conceptual Framework", *Australian Marketing Journal*, 11-2, pp. 46-55.
- Nielsen-Bohlman, I., Panzer A. M. and Kinding D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington DC: National Academies Press.
- Nutbeam, Don (2000). "Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century". *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- O'Malley Lisa and Prothero Andrea. (2004) "Beyond the Frills of Relationship Marketing", *Journal of Business Research*. 57 (11): 1-8.
- Ok Chihyung, Back, Ki-Joon Shanklin and Carol W. (2005). "Modeling roles of service recovery strategy: a relationship–focused view." *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 29: 484 -508.
- Oliver, Richard.L. (1999), "Whence consumer loyalty?", *Journal of Marketing*, Vol. 53 No. 4, pp. 33-44

- Omıdın1a Somayeh; Hasan Z. Matın; Gholamreza Jandaghi and Abolfazl Sepahyar; (2014), “Assessing the Effect of the Relationship Marketing on the Customers’ Loyalty in the Public and Private Banks of the Qom Province (Case Study: Publicand Private Banks of the Qom Province)”, *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences*, 3(1), pp. 89-102.
- Öncü Güzide, (2019).” Relational Marketing Activities In The Scale Of Ataköy Marina Istanbul”, *Journal of International Trade, Logistics and Law*, 5 (1): 28-34.
- Öncü Mehmet Akif, Çatı Kahraman ve Yalman Fuat (2016). “Medikal turizm kapsamında gelen yabancı hastalar ile yerli hastaların memnuniyet ve sadakatlerinin karşılaştırılması”. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(14), 31-42
- Öz Murat ve Uyar Esra. (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.
- Özdemir, Murat. (2010). “Nitel veri analizi: Sosyal bilimlerde yöntembilim sorunsalı üzerine bir çalışma”. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.
- Özgen Pelin ve Şimşek Güneş. (2015). “İlişkisel Pazarlamanın Müşteri Sadakati Üzerindeki Etkileri Üzerine Ampirik Bir Analiz”. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 8 (41): 1269-1275.
- Özkent, Bora. (2012). *Emsalsiz Müşteri Deneyimleri yaratmak*, 2. Basım, Ankara: Elma Yayınevi.
- Patterson Paul. G. and Smith Tasman. (2001). “Relationship benefits in service industries: A replication in a southeast Asian context”. *Journal of Services Marketing*, 15 (6), 425–443. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000006098>
- Preacher Kristopher J. and Hayes Andrew F. (2008). “Asymptotic And Resampling Strategies For Assessing And Comparing Indirect Effects In Multiple Mediator Models. *Behavior Research Methods*”, 40(3), 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879.

- Reyes-Alcázar V. Torres-Olivera A. Núñez-García, D. and Almuedo-Paz A. (2012). *Critical Success Factors for Quality Assurance in Healthcare Organizations*, Ed. Mehmet Savsar, Quality Assurance and Management Agency for Health Care Quality, Spain. www.intechopen.com
- Rio-Lanza Ana Belén del; Vazquez-Casielles Rodolfo and Diaz-Martin Ana M. (2009). “Satisfaction with service recovery: Perceived justice and emotional responses.” *Journal of Business Research*, 62(8): 775-781.
- Ro Heejung, and Olson Eric.D. (2014). “The Effects of Social Justice and Stigma-Consciousness on Gay Customers” *Service Recovery Evaluation. Journal of Business Research*, 67 (6): 1162–1169.
- Rose, Christoph (2018). “Relationship quality in business to business customer-supplier relationships”, In: *Supplier Relationships to Family Firms*, Springer Gabler, Wiesbaden, 7-24.
- Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (2004), Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı.
- Sağlık Bakanlığı, (1983). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13.01.1983 tarih ve 17927 Mükerrer Sayılı Resmi Gazete.
- Sarı, Ö. Kulualp H.G. (2019). “Tüketici Davranışına Göre Müşteri Sadakat Programı Algısının İlişkisel Pazarlama Kapsamında İncelenmesi”, *IBAD*, (5): 48-69 DOI: 10.21733/ibad.568078
- Schumacker, Randall. E. (2006). “Conducting Specification Searches with Amos Structural Equation Modeling”. *A Multidisciplinary Journal*, 13 (1): 118-129.
- Seçer, İsmail. (2017). *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi*, 3. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Silvestro Rhian and Stuart Cross; (2000), “Applying the Service Profit Chain in a Retail Environment”, *International Journal of Service Industry Management*, 11(3), pp. 244-268.
- Smith Amy.K., Bolton Ruth.N. and Wagner Janet, (1999). “A model of customer satisfaction with service encounters involving failure and recovery”. *Journal of Marketing Research* 36, 356–372.

- Sözen Cemil ve Özdevecioğlu Mahmut. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Sparks Beverley A. and Mc-Coll-Kennedy Janet R. (2001). “Justice strategy options for increased customer satisfaction in a services recovery setting.” *Journal of Business Research*, 54.
- Stauss Bernd and Schoeler Andreas. (2004), “Complaint management profitability: what do managers know?”, *Managing Service Quality*, 14 (2/3): 147-56.
- Stock, Katharina (2017). *Integrated Marketing Communications Plan for Orthopaedic Health Centre Rhein-Neckar*, Haaga-Helia University of Applied Sciences. Bachelor’s Thesis Degree Programme in International Business.
- Suki, Norazah Mohd (2011). “Assessing patient satisfaction, trust, commitment, loyalty and doctors’ reputation towards doctor services”, *Pak J Med Sci*, 27 (5): 1207-1210.
- Sunal, İrem. (2016). “Bireylerin Hastane Seçiminde Hastanenin Tanınırlığı ve Kurumsal Marka İmajı Tercihleri Analizi” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi.
- Swanson Scott R. and HSU Maxwell K. (2009). “Critical Incidents In Tourism: Failure, Recovery, Customer Switching, And Word-Of-Mouth Behaviors”, *Journal of Travel And Tourism Marketing*, 26(2): 180-194.
- Tabachnick Barbara.G. and Fidell Linda.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Taşkın Ercan, Çokay Filiz, Kurt Murat, Ebeoğlu H. Feyyaz, Özyaşar Hasan ve Baran Abdalbaki. (2014). “Özel Hastanelerde İlişkisel Pazarlama Uygulaması”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 41.
- Tax Stephen.S. Brown Stephen.W. and Chandrashekar Murali. (1998). “Customer evaluations of service complaint experiences: implications for relationship marketing”. *Journal of Marketing* 62: 60–76.
- Temel Kemal ve Akıncı Fevzi (2016). “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Reklam ve Sosyal Medyanın Rolü”. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 27-37.

- Tengilimoğlu Dilaver, Oğuz Işık ve Mahmut Akpolat (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 8. Baskı. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Terris, Maria. (1992). “Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory.” *Journal of Public Health Policy* 13 (3): 267-276.
- Thanıa, Gopal. (2018). “Submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree”. Master's thesis, University Of Cape Town.
- Thomas, Richard. (2008). *Health Services Marketing: A Practitioner's Guide*. Springer Science Business Media. New York.
- Tones, Keith. (2002). “Health literacy: New wine in oldbottles.” *Health Education Research*, 17(3). 287-290.
- Tüfekci Nezihe, Yorulmaz Rukiye ve Cansever İbrahim Hüseyin (2017). “Digital Hospital”. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 7 (2): 143-156.
- Weng Rhay., Huang Jin-An., Huang Ching-Yuan Huang ve Shih-Chang (2010). “Exploring the impact of customer relational benefit on relationship commitment in health service sectors”. *Health Care Manage Rev*, 35 (4): 312-323. Doi: 10.1097/HMR.0b013e3181dc8257
- World Health Organisation. (2004). *Strategy 2004-2007-eHealth for health care delivery*. Geneva, Switzerland: The World Health Organization.
- World Health Organization. (1981). *Global Strategy for Health for All By The Year 2000*, Geneva: WHO.
- Wright Gillian H. And Taylor Andrew (2005). “Strategic Partnerships And Relationship Marketing In Healthcare”. *Public Management Review*, 7(2): 203-224, Doi: 10.1080/14719030500091251.
- Yang Wan and Mattila Anna S. (2012), “The Role Of Tie Strength On Consumer Dissatisfaction Responses”, *International Journal of Hospitality Management*, 31: 399-404.
- Yıldırım Ali ve Şimşek Hasan (2005). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (5. Baskı). Ankara: Seçkin.
- Yılmaz, Eda. (2014). “Sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlama”. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (1): 1–19.

Zeelenberg Marcel and Pieters Rik. (2004). “Beyond valence in customer dissatisfaction: A review and new findings on behavioral responses to regret and disappointment in failed services”. *J Bus Res.* 57 (4): 445–455.

Zengin Burhanettin ve Öztürk İlker. (2010). “Konaklama İşletmelerinde Dış Müşteri Tatmininin İlişkisel Pazarlama Bağlamında İncelenmesi” *Akademik İncelemeler Dergisi.* 5 (2): 117-132.



EKLER

EK 1. İNTİHAL RAPORU İLK SAYFA

Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlama ve Davranışsal Niyet İlişkisinde Hizmet Telifisinin Aracılık Rolü		
ORIGINALITY REPORT		
5%		
SIMILARITY INDEX		
PRIMARY SOURCES		
1	dergipark.org.tr Internet	858 words — 2%
2	smartofjournal.com Internet	230 words — < 1%
3	acikerisim.cumhuriyet.edu.tr Internet	221 words — < 1%
4	acikerisim.nevsehir.edu.tr Internet	151 words — < 1%
5	dbk.gesis.org Internet	144 words — < 1%
6	nek.istanbul.edu.tr:4444 Internet	122 words — < 1%
7	acikbilim.yok.gov.tr Internet	102 words — < 1%
8	dspace.balikesir.edu.tr Internet	99 words — < 1%
9	www.tujom.org Internet	96 words — < 1%

EK 2. ETİK İZİN

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.04.2021-29056



T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği

Sayı : E-60263016-050.06.04-29056
Konu : Etik Kurul Kararı

02.04.2021

Sayın Öğr.Gör. Ebrar ILIMAN

Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kuruluna yapmış olduğunuz 03.03.2021 tarih ve 70 nolu başvurunuz incelenmiş ve 37 nolu karar ile; **"Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlama ile Davranışsal Niyet İlişkisinde Hizmet Telifisinin Rolü ve E-Sağlıkta Uygulanabilirliği"** isimli araştırmanın etik olarak uygunluğuna karar verilmiş, karar Rektör oluruna sunulmuş ve Rektör oluru alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hilmi ATASEVEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BENU5RYP2 Pin Kodu :44761

Belge Takip Adresi : https://cblapp1.cumhuriyet.edu.tr/en/Vision/validate_doc.aspx?

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hukuk Müşavirliği Sivas

Telefon:0 346 219 1010 Faks:0 346 219 1138

e-Posta:hukuk@cumhuriyet.edu.tr Web:www.cumhuriyet.edu.tr

Kep Adresi:cumhuriyetuniversitesi@hukuk.kep.tr

Bilgi için: Gamze ÇİFTÇİ

Unvanı: Stresli İçer



EK 3. ANKET FORMU

1	Cinsiyetiniz	Kadın ☐	☐ Erkek
2	Yaşınız		
3	Medeni Haliniz	Evli ☐	☐ Bekar
4	Eğitim Durumunuz	☐ Okuryazar değil ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora	
5	Mesleğiniz	☐ Kamu Sektörü ☐ Özel Sektör ☐ Sağlık Sektörü ☐ Eğitim Sektörü ☐ Öğrenci ☐ Ev hanımı ☐ Emekli ☐ Serbest meslek ☐ İşsiz ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)	
6	Gelir düzeyiniz (Aylık Ortalama)	☐ 1500 ₺ ve altı ☐ 1501 ₺ - 3000 ₺ ☐ 3001 ₺ - 4500 ₺ ☐ 4501 ₺ - 6000 ₺ ☐ 6001 ₺ - 7500 ₺ ☐ 7501 ₺ ve üzeri	
7	Sosyal Güvenceniz Nedir?	☐ Genel Sağlık Sigortası (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Yeşil Kart) ☐ Özel Sigorta ☐ Güvencem yoktur	
8	Ankette değerlendireceğiniz sağlık kurumunun türünü belirtiniz. (Önceliğiniz Hizmet Hatası ile Karşılaştığınız ve/veya sık hizmet aldığınız kurum olsun lütfen.)	☐ Eğitim Araştırma Hastanesi ☐ Devlet (Numune) Hastanesi ☐ Özel Hastane ☐ Şehir Hastanesi ☐ Aile Hekimliği ☐ Diğer (Belirtiniz)	
9	Değerlendirdiğiniz Sağlık kurumunun Bölgesi	☐ Akdeniz Bölgesi ☐ Doğu Anadolu Bölgesi ☐ Ege Bölgesi ☐ Güneydoğu Anadolu Bölgesi ☐ İç Anadolu Bölgesi ☐ Karadeniz Bölgesi ☐ Marmara Bölgesi	
10	Değerlendirdiğiniz Sağlık kurumunun bulunduğu İl		
11	Aynı Sağlık Kurumuna Bir Yıl İçerisinde Kaçınıcı Kez Geldiniz?	☐ İlk ☐ İki – Beş Arası ☐ Altı – Dokuz Arası ☐ 10 ve üzeri	
12	Değerlendirdiğiniz kurum hastane ise hastanede değerlendirmeye aldığınız hizmet türü (şuan) hangi birim	☐ Poliklinik (Ayaktan Tedavi) ☐ Servis (Yatarak Tedavi) ☐ Acil Servis ☐ Tıbbi Tetkik ve Görüntüleme ☐ Diğer (Belirtiniz).....	

13	Ankette değerlendirdiğiniz sağlık kuruluşunda hizmet hatası (yanlış uygulama, olumsuz tutum, geç tedavi, bekletilme vs.) ile karşılaştı iseniz karşılaştığınız olduysanız hizmet hatasının türünü belirtiniz.	() Hizmet hatası ile karşılaşmadım () Fiziki ortam yetersizliği () Odalarda bulunan araç gereçlerde (Tv, klima, minibar vb.) eksiklik/arıza. () Tetkik ve muayeneler için yetersiz alt yapı () İlaç ve tıbbi malzeme yetersizliği () Çalışan yetersizliği () Mekanlardaki temizlik ve hijyen sorunu () Güvenlik () Dış mekânla ilgili sorunlar (otopark, bahçe vb.) () Randevu ilgili problemler () Taburcu olma ile ilgili sorunlar () Tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler () Tetkik sonuçların gecikmesi () Çalışanlardaki temizlik ve hijyen sorunu. () Çalışanların saygı ve nezaketi ile ilgili sorunlar () Çalışanların ilgisizliği () Çalışanların bilgi eksikliği (beceri ve mesleki bilgi yetersizliği) () Hekim ve sağlık çalışanlarına ulaşmada zorluk () Hatalı tetkik ve tedavi () Hasta hakkı ihlali
Bundan sonraki soruları, soru 8 de değerlendirmeye aldığınız sağlık kurumunu düşünerek cevaplayınız.		
14	Almış olduğunuz hizmetin Telafisi için başvurduğunuz yöntem (Şikayetinizi belirttiğiniz Yöntem) (Hizmet hatası ile karşılaşmadı ve bir önceki (13. Soru) soruyu boş bıraktı iseniz bu soruyu boş bırakınız.	() Şikâyet dilekçesi formu verdim () Kurumdaki şikâyet kutusuna attım () Sözlü şikâyetle bulundum (Kurumda yetkili birine) () SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)’e yazdım () CİMER (Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi)’e yazdım () Kuruma e-posta gönderdim () Sosyal Medyada (facebook, twitter vs.) Paylaştım () Şikâyet-Yorum Sitelerine başvurdum () Tepkisiz kaldım () Hiçbir şey yapmadım ama o kuruma bir daha gitmedim () Bu kuruma mecbur olduğum için tepkisiz kaldım ve hizmet almaya devam ettim () Diğer (Belirtiniz).....
15	Kurum şikayetinizi dinledi/ aldı mı? Yahut şikayetinize karşı kurumdan herhangi bir (olumlu veya olumsuz) dönüş veya sorunla ilgilenme-çözme-düzeltilme çabası oldu mu?	() Evet () Hayır () Şikayette Bulunmadım

A. Yaşadığınız hizmet hatası sonucunda sunulan hizmet telafisi (başarısızlığı düzeltici uygulama) düzeyine ilişkin algınızı belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi belirtiniz. (Hizmet hatası yaşamadı iseniz ya da yaşayıp telafi için hiçbir talepte bulunmadı iseniz bu alanı (A) boş bırakıp diğer (B) bölüme geçiniz.)		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
(1) Kesinlikle Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle Katılıyorum		1	2	3	4	5
1.	Problemimle ilgilenirken, kurum çalışanları bana karşı nazik bir tutum sergiledi.					
2.	Kurum çalışanları sorunumu çözerken görüşlerimi dikkate aldı.					
3.	Kurum çalışanlarının sorunumu çözerken kurduğu iletişimi yeterliydi.					
4.	Problemimle ilgilenirken, kurum çalışanlarının beni önemsedğini hissettim.					
5.	Kurum çalışanları, problemimle ilgilenirken dürüst davrandı.					
6.	Kurum çalışanları, sorunumu çözmek için gerekli çabayı gösterdi.					
7.	Kurum çalışanları, problemimle ilgilenirken adil davrandı.					
8.	Kurumun sorunumla ilgilenilmesi sürecinde ilke ve uygulamalarının iyi olduğunu hissettim.					
9.	Sorunumun ortaya çıkmasından çözümüne kadar geçen süre mümkün olduğunca kısaydı.					
10.	Kurumun problemimi çözmesi gerektiğinden uzun sürdü.					
11.	Kurum gerekli politika ve prosedürlere uyarak, probleme adil bir tutum gösterdi.					
12.	Yaşadığım zaman kaybını ve sıkıntıyı göz önüne aldığımda, kurumun bu başarısızlığı gidermek için sunduğu telafi (başarısızlığı düzeltici uygulama) kabul edilebilirdi.					
13.	Sorunuma karşılık kurumun sunduğu hizmet telafisi olması gerekenden de iyiydi.					
14.	Yaşamış olduğum olay bende problemlere neden olsa da, kurumun bunu düzeltme çabası bende olumlu sonuçlar doğurdu.					
15.	Kurumdan aldığım nihai sonuç, zaman ve sıkıntı yaratmasına rağmen adildi.					

B. Hastanenin sunduğu sağlık hizmetlerinden algıladığınız ilişkisel pazarlama stratejilerini belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz. Değerlendirdiğim Sağlık Kurumundaki Çalışanlar (hekim, hemşire, tekniker, sekreter, güvenlik, temizlik görevlisi vb.) genel olarak;		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		1	2	3	4	5
1.	taleplere yanıt verme ve yardım etme istekliliğindedir.					
2.	soruları yanıtlayabilecek bilgi ve yetkinliğe sahiptir.					
3.	hızlı hizmet vermektedir.					
4.	görevlerini sorumluluk içerisinde gerçekleştirmektedir.					
5.	sorunları etkin bir şekilde çözmektedir.					
6.	kaliteli hizmet vermede devamlılık sağlamaktadır.					
7.	sık sık hastaların fikirlerini ve önerilerini sormaktadır.					
8.	hastayı değerli hissettirmektedir.					
9.	Kurum hastanın geribildirimlerine değer verip, hizmet kalitesini artırmak için geribildirimleri kullanmaktadır.					
10.	Kurum, kendileri için değerli ve önemli olduğumu hissetmemi sağlayan özel tedaviler sunmaktadır.					
11.	Kurum, ilişkimizi güçlendirmek için çok çalışmaktadır.					
12.	Kurum, ilişkimize zaman ve çaba harcadığını hissettirmektedir.					
13.	Kurum çalışanları temiz giyimli ve düzgün görünüşlüdür.					
14.	Kurumun sunmuş olduğu hizmetler, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda olup, isteklerini karşılamaktadır.					
15.	Kurum, her zaman doğru bilgiyi aktarmaktadır.					
16.	Kurumda, hekimler uygulanan tedavi, tetkikler, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaları bilgilendirmektedir.					
17.	Kurumda verilen sağlık hizmetleri genel olarak başarılıdır.					
C. Hastanenin sunduğu sağlık hizmetlerinden tatmin düzeyinizi belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.						
1.	Kurumda gördüğüm tedaviden genel olarak memnun kaldım.					
2.	Kurumdan aldığım hizmetler beklentilerimi karşıladı.					
3.	Kurumunun sunduğu hizmetler beklentilerimin de üzerindeydi.					
4.	Bu kurumdan hizmet almaya devam etmek için "fazladan çaba göstermeye" hazırım.					
5.	Kurum ile olan ilişkiyi sürdürmeye istekliyim.					
6.	Kurum ile olan ilişkiyi uzun vadeli bir ortaklık olarak görmekteyim.					
D. Gelecekte hastaneye yönelik davranışlarınızı belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.						
1.	Daha sonra bir sağlık problemim olursa öncelikli olarak bu sağlık kurumunu tercih ederim.					
2.	Kurumdan aldığım hizmetin bedeli nispeten daha yüksek olsa da, ihtiyaç duyarsam yine bu sağlık kurumuna gelirim.					
3.	Hizmet aldığım bu sağlık kurumunu yakınlarıma ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.					
4.	Başkalarına, bu sağlık kurumunda hizmet aldığımı söylemekten gurur duyuyorum.					

EK 4. YAPISAL EŞİTLİK MODELLERİNE AİT HAM AMOS TABLOLARI

MODEL 4: HİZMET TELAFİSİNİN ARACI DEĞİŞKEN OLDUĞU MODELE AİT TABLOLAR

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Hizmet_Telafisi	,936
Davranışsal_Niyet	,461
Dağıtımsal_Adalet	,785
Prosedürel_Adalet	,658
Etkileşimsel_Adalet	,770
Taahhüt_İşbirliği	,680
Hasta.Odaklılık_İletişim	,843
Güven_Empati	,990
D4	,839
D3	,945
D2	,464
D1	,856
DA5	,694
DA4	,642
DA3	,760
DA2	,679
DA1	,623
PA3	,250
PA2	,760
PA1	,921
EA7	,723
EA6	,698
EA5	,754
EA4	,751
EA3	,702
EA2	,797
EA1	,678
Tİ5	,568
Tİ4	,676
Tİ3	,777
Tİ2	,685
Tİ1	,486
Hİ6	,678
Hİ5	,730
Hİ4	,715
Hİ3	,587
Hİ2	,809
Hİ1	,506
GE6	,794
GE5	,792
GE4	,813
GE3	,637
GE2	,555
GE1	,670

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Hizmet_Telafisi	Davranışsal_Niyet	Dağıtımsal_Adalet	Prosedürel_Adalet	Etkileşimsel_Adalet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
HT	,968	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,657	,679	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,857	,886	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,785	,811	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,849	,878	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,825	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,918	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,995	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,601	,621	,916	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,638	,660	,972	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,447	,462	,681	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,608	,628	,925	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,714	,738	,000	,833	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,687	,710	,000	,801	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,747	,772	,000	,872	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,706	,730	,000	,824	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,676	,699	,000	,789	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,393	-,406	,000	,000	-,500	,000	,000	,000	,000
PA2	,684	,707	,000	,000	,872	,000	,000	,000	,000
PA1	,753	,778	,000	,000	,959	,000	,000	,000	,000
EA7	,722	,746	,000	,000	,000	,850	,000	,000	,000
EA6	,710	,733	,000	,000	,000	,835	,000	,000	,000
EA5	,738	,762	,000	,000	,000	,868	,000	,000	,000
EA4	,736	,761	,000	,000	,000	,867	,000	,000	,000
EA3	,712	,735	,000	,000	,000	,838	,000	,000	,000
EA2	,758	,784	,000	,000	,000	,893	,000	,000	,000
EA1	,699	,723	,000	,000	,000	,824	,000	,000	,000
Tİ5	,622	,000	,000	,000	,000	,000	,754	,000	,000
Tİ4	,678	,000	,000	,000	,000	,000	,822	,000	,000
Tİ3	,727	,000	,000	,000	,000	,000	,881	,000	,000
Tİ2	,683	,000	,000	,000	,000	,000	,828	,000	,000
Tİ1	,575	,000	,000	,000	,000	,000	,697	,000	,000
Hİ6	,756	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,823	,000
Hİ5	,785	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,855	,000
Hİ4	,777	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,846	,000
Hİ3	,703	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,766	,000
Hİ2	,826	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,900	,000
Hİ1	,653	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,711	,000
GE6	,887	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,891
GE5	,885	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,890
GE4	,897	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,902
GE3	,794	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,798
GE2	,741	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,745
GE1	,814	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,818

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Hizmet_Telafisi	Davranışsal_Niyet	Dağıtımsal_Adalet	Prosedürel_Adalet	Etkileşimsel_Adalet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklı İletişim	Güven_Empati
HT	,968	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,000	,679	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,000	,886	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,000	,811	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,000	,878	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,825	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,918	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,995	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,000	,000	,916	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,000	,000	,972	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,000	,000	,681	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,000	,000	,925	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,000	,000	,000	,833	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,000	,000	,000	,801	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,000	,000	,000	,872	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,000	,000	,000	,824	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,000	,000	,000	,789	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	,000	,000	,000	,000	-,500	,000	,000	,000	,000
PA2	,000	,000	,000	,000	,872	,000	,000	,000	,000
PA1	,000	,000	,000	,000	,959	,000	,000	,000	,000
EA7	,000	,000	,000	,000	,000	,850	,000	,000	,000
EA6	,000	,000	,000	,000	,000	,835	,000	,000	,000
EA5	,000	,000	,000	,000	,000	,868	,000	,000	,000
EA4	,000	,000	,000	,000	,000	,867	,000	,000	,000
EA3	,000	,000	,000	,000	,000	,838	,000	,000	,000
EA2	,000	,000	,000	,000	,000	,893	,000	,000	,000
EA1	,000	,000	,000	,000	,000	,824	,000	,000	,000
Tİ5	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,754	,000	,000
Tİ4	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,822	,000	,000
Tİ3	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,881	,000	,000
Tİ2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,828	,000	,000
Tİ1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,697	,000	,000
Hİ6	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,823	,000
Hİ5	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,855	,000
Hİ4	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,846	,000
Hİ3	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,766	,000
Hİ2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,900	,000
Hİ1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,711	,000
GE6	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,891
GE5	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,890
GE4	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,902
GE3	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,798
GE2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,745
GE1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,818

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Hizmet_Telifisi	Davranışsal_Niyet	Dağıtımsal_Adalet	Prosedürel_Adalet	Etkileşimsel_Adalet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklı İletişim	Güven_Empati
HT	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,657	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,857	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,785	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,849	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,601	,621	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,638	,660	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,447	,462	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,608	,628	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,714	,738	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,687	,710	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,747	,772	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,706	,730	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,676	,699	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,393	-,406	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA2	,684	,707	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA1	,753	,778	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA7	,722	,746	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA6	,710	,733	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA5	,738	,762	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA4	,736	,761	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA3	,712	,735	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA2	,758	,784	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA1	,699	,723	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,622	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,678	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,727	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,683	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,575	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,756	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,785	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,777	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,703	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,826	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,653	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,887	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,885	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,897	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,794	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,741	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,814	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model) Güven Aralığı (GA) değerleri
Standardized Indirect Effects - Lower Bounds (PC) (Group number 1 - Default model)

	İlişki el_Pa zarla ma	Hizmet _Telafi si	Davranı şsal_Niy et	Dağıtım sal_Adal et	Prosedür el_Adal et	Etkileşim sel_Adal et	Taahhüt _İşbirli ği	Hasta.Odak lılık_İletişi m	Güven _Empa ti
HT	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,535	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,76	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,70	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,79	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,487	,507	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,519	,543	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,351	,366	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,492	,513	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,616	,640	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,592	,620	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,672	,705	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,613	,647	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,571	,598	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,492	-,511	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA2	,587	,616	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA1	,677	,706	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA7	,648	,677	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA6	,635	,669	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA5	,641	,678	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA4	,669	,703	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA3	,645	,675	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA2	,694	,728	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA1	,630	,659	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,513	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,588	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,638	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,584	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,470	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,686	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,729	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,724	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,610	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,777	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,568	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,847	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,840	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,863	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,706	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,684	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,752	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Standardized Indirect Effects - Upper Bounds (PC) (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Hizmet_Telifisi	Davranışsal_Niyet	Dağıtımsal_Adalet	Prosedürel_Adalet	Etkileşimsel_Adalet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
HT	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,764	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,915		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,854		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,890		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,703	,724	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,742	,765	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,542	,555	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,710	,731	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,797	,824	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,766	,787	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,811	,831	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,789	,803	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,765	,788	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,290	-,299	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA2	,765	,786	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA1	,819	,846	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA7	,781	,807	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA6	,769	,786	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA5	,807	,823	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA4	,788	,807	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA3	,766	,787	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA2	,809	,832	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA1	,760	,779	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,731	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,761	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,802	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,785	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,672	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,813	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,829	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,819	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,790	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,870	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,726	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,919	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,923	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,928	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,859	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,797	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,865	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

MODEL 5: HASTA TATMİNİN ARACI DEĞİŞKEN OLDUĞU YEM' E AİT TABLOLAR**Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)**

	Estimate
Tatmin	,905
Davranışsal_Niyet	,844
Taahhüt_İşbirliği	,889
Hasta.Odaklılık_İletişim	,889
Güven_Empati	,821
T6	,154
T5	,784
T4	,702
T3	,677
T2	,736
T1	,775
D4	,825
D3	,858
D2	,608
D1	,838
Ti5	,688
Ti4	,559
Ti3	,579
Ti2	,697
Ti1	,394
Hi6	,770
Hi5	,701
Hi4	,726
Hi3	,657
Hi2	,711
Hi1	,587
GE6	,835
GE5	,773
GE4	,777
GE3	,653
GE2	,541
GE1	,657

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Tatmin	Davranışsal_Niyet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
Tatmin	,951	,000	,000	,000	,000	,000
Davranışsal_Niyet	,874	,919	,000	,000	,000	,000
Taahhüt_İşbirliği	,943	,000	,000	,000	,000	,000
Hasta.Odaklılık_İletişim	,943	,000	,000	,000	,000	,000
Güven_Empati	,906	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,373	,392	,000	,000	,000	,000
T5	,842	,885	,000	,000	,000	,000
T4	,797	,838	,000	,000	,000	,000
T3	,783	,823	,000	,000	,000	,000
T2	,816	,858	,000	,000	,000	,000
T1	,837	,880	,000	,000	,000	,000
D4	,794	,835	,909	,000	,000	,000
D3	,809	,851	,926	,000	,000	,000
D2	,682	,716	,780	,000	,000	,000
D1	,800	,841	,915	,000	,000	,000
Tİ5	,782	,000	,000	,829	,000	,000
Tİ4	,705	,000	,000	,748	,000	,000
Tİ3	,717	,000	,000	,761	,000	,000
Tİ2	,787	,000	,000	,835	,000	,000
Tİ1	,592	,000	,000	,627	,000	,000
Hİ6	,827	,000	,000	,000	,877	,000
Hİ5	,789	,000	,000	,000	,837	,000
Hİ4	,803	,000	,000	,000	,852	,000
Hİ3	,764	,000	,000	,000	,811	,000
Hİ2	,795	,000	,000	,000	,843	,000
Hİ1	,722	,000	,000	,000	,766	,000
GE6	,828	,000	,000	,000	,000	,914
GE5	,797	,000	,000	,000	,000	,879
GE4	,799	,000	,000	,000	,000	,881
GE3	,732	,000	,000	,000	,000	,808
GE2	,667	,000	,000	,000	,000	,736
GE1	,735	,000	,000	,000	,000	,810

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Paz arlama	Tat min	Davranışsal _Niyet	Taahhüt_İş birliği	Hasta.Odaklılık İletişim	Güven_E mpati
Tatmin	,951	,000	,000	,000	,000	,000
Davranışsal_Niyet	,000	,919	,000	,000	,000	,000
Taahhüt_İşbirliği	,943	,000	,000	,000	,000	,000
Hasta.Odaklılık İletişim	,943	,000	,000	,000	,000	,000
Güven_Empati	,906	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,000	,392	,000	,000	,000	,000
T5	,000	,885	,000	,000	,000	,000
T4	,000	,838	,000	,000	,000	,000
T3	,000	,823	,000	,000	,000	,000
T2	,000	,858	,000	,000	,000	,000
T1	,000	,880	,000	,000	,000	,000
D4	,000	,000	,909	,000	,000	,000
D3	,000	,000	,926	,000	,000	,000
D2	,000	,000	,780	,000	,000	,000
D1	,000	,000	,915	,000	,000	,000
Ti5	,000	,000	,000	,829	,000	,000
Ti4	,000	,000	,000	,748	,000	,000
Ti3	,000	,000	,000	,761	,000	,000
Ti2	,000	,000	,000	,835	,000	,000
Ti1	,000	,000	,000	,627	,000	,000
Hi6	,000	,000	,000	,000	,877	,000
Hi5	,000	,000	,000	,000	,837	,000
Hi4	,000	,000	,000	,000	,852	,000
Hi3	,000	,000	,000	,000	,811	,000
Hi2	,000	,000	,000	,000	,843	,000
Hi1	,000	,000	,000	,000	,766	,000
GE6	,000	,000	,000	,000	,000	,914
GE5	,000	,000	,000	,000	,000	,879
GE4	,000	,000	,000	,000	,000	,881
GE3	,000	,000	,000	,000	,000	,808
GE2	,000	,000	,000	,000	,000	,736
GE1	,000	,000	,000	,000	,000	,810

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Tatmin	Davranışsal_Niyet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
Tatmin	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Davranışsal_Niyet	,874	,000	,000	,000	,000	,000
Taahhüt_İşbirliği	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hasta.Odaklılık_İletişim	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Güven_Empati	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,373	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,842	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,797	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,783	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,816	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,837	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,794	,835	,000	,000	,000	,000
D3	,809	,851	,000	,000	,000	,000
D2	,682	,716	,000	,000	,000	,000
D1	,800	,841	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,782	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,705	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,717	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,787	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,592	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,827	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,789	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,803	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,764	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,795	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,722	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,828	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,797	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,799	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,732	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,667	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,735	,000	,000	,000	,000	,000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

Standardized Indirect Effects - Lower Bounds (PC) (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Tatmin	Davranışsal_Niyet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
Tatmin	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Davranışsal_Niyet	,852	,000	,000	,000	,000	,000
Taahhüt_İşbirliği	,000		,000	,000	,000	,000
Hasta.Odaklılık_İletişim	,000		,000	,000	,000	,000
Güven_Empati	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,314	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,820	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,771	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,754	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,789	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,812	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,766	,807	,000	,000	,000	,000
D3	,782	,825	,000	,000	,000	,000
D2	,645	,679	,000	,000	,000	,000
D1	,774	,815	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,745	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,669	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,679	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,756	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,550	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,803	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,762	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,772	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,734	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,767	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,688	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,803	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,771	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,775	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,698	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,629	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,700	,000	,000	,000	,000	,000

Alt değer sınırı

Standardized Indirect Effects - Upper Bounds (PC) (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Tatmin	Davranışsal_Niyet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
Tatmin	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Davranışsal_Niyet	,894	,000	,000	,000	,000	,000
Taahhüt_İşbirliği	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hasta.Odaklılık_İletişim	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Güven_Empati	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,429	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,862	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,821	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,810	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,841	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,860	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,819	,860	,000	,000	,000	,000
D3	,833	,874	,000	,000	,000	,000
D2	,716	,751	,000	,000	,000	,000
D1	,823	,864	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,815	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,738	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,752	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,815	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,631	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,850	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,815	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,831	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,792	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,821	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,755	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,852	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,822	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,823	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,764	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,702	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,766	,000	,000	,000	,000	,000

MODEL 6: HİZMET TELAFİSİ VE HASTA TATMİNİN ARACI DEĞİŞKEN OLDUĞU YEM MODELİNE AİT TABLOLAR

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Tatmin	,654
Hizmet_Telafisi	,874
Davranışsal_Niyet	,822
Dağıtımsal_Adalet	,796
Prosedürel_Adalet	,670
Etkileşimsel_Adalet	,793
Taahhüt_İşbirliği	,736
Hasta.Odaklılık_İletişim	,883
Güven_Empati	,946
T6	,317
T5	,834
T4	,799
T3	,695
T2	,667
T1	,815
D4	,845
D3	,911
D2	,464
D1	,889
DA5	,686
DA4	,643
DA3	,765
DA2	,674
DA1	,627
PA3	,251
PA2	,756
PA1	,925
EA7	,727
EA6	,697
EA5	,750
EA4	,750
EA3	,705
EA2	,801
EA1	,678
Tİ5	,573
Tİ4	,673
Tİ3	,772
Tİ2	,690
Tİ1	,483
Hİ6	,675
Hİ5	,732
Hİ4	,714
Hİ3	,595
Hİ2	,804
Hİ1	,512
GE6	,796
GE5	,777
GE4	,823
GE3	,636
GE2	,554
GE1	,676

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Tatmin	Hizmet_Telafisi	Davranışsal_Niyet	Dağıtım_salı_Adalet	Prosedürel_Adalet	Etkileşimsel_Adalet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
Tat.	,809	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
HT	,935	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,707	,962	,109	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,834	,000	,892	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,765	,000	,818	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,833	,000	,891	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,858	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,940	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,973	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,456	,563	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,739	,913	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,723	,894	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,674	,833	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,661	,817	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,730	,903	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,650	,884	,101	,919	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,675	,918	,104	,954	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,482	,656	,075	,681	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,667	,907	,103	,943	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,691	,000	,739	,000	,829	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,669	,000	,715	,000	,802	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,730	,000	,780	,000	,875	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,684	,000	,732	,000	,821	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,660	,000	,706	,000	,792	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,383	,000	-,410	,000	,000	-,501	,000	,000	,000	,000
PA2	,665	,000	,712	,000	,000	,869	,000	,000	,000	,000
PA1	,736	,000	,787	,000	,000	,962	,000	,000	,000	,000
EA7	,710	,000	,760	,000	,000	,000	,853	,000	,000	,000
EA6	,695	,000	,744	,000	,000	,000	,835	,000	,000	,000
EA5	,721	,000	,771	,000	,000	,000	,866	,000	,000	,000
EA4	,721	,000	,771	,000	,000	,000	,866	,000	,000	,000
EA3	,699	,000	,748	,000	,000	,000	,840	,000	,000	,000
EA2	,745	,000	,797	,000	,000	,000	,895	,000	,000	,000
EA1	,686	,000	,733	,000	,000	,000	,823	,000	,000	,000
Tİ5	,649	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,757	,000	,000
Tİ4	,704	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,821	,000	,000
Tİ3	,754	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,879	,000	,000
Tİ2	,713	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,831	,000	,000
Tİ1	,596	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,695	,000	,000
Hİ6	,772	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,821	,000
Hİ5	,804	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,856	,000
Hİ4	,794	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,845	,000
Hİ3	,725	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,771	,000
Hİ2	,842	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,897	,000
Hİ1	,672	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,716	,000
GE6	,868	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,892
GE5	,857	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,881
GE4	,882	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,907
GE3	,776	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,797
GE2	,724	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,745
GE1	,800	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,822

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Tatmin	Hizmet_Telifisi	Davranışsal_Niyet	Dağıtım_salı_Adalet	Prosedürel_Adalet	Etkileşimsel_Adalet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık İletişim	Güven_Empati
Tat	,809	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
HT	,935	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	-,173	,962	,109	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,000	,000	,892	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,000	,000	,818	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,000	,000	,891	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,858	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,940	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,973	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,000	,563	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,000	,913	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,000	,894	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,000	,833	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,000	,817	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,000	,903	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,000	,000	,000	,919	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,000	,000	,000	,954	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,000	,000	,000	,681	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,000	,000	,000	,943	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,000	,000	,000	,000	,829	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,000	,000	,000	,000	,802	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,000	,000	,000	,000	,875	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,000	,000	,000	,000	,821	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,000	,000	,000	,000	,792	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	,000	,000	,000	,000	,000	-,501	,000	,000	,000	,000
PA2	,000	,000	,000	,000	,000	,869	,000	,000	,000	,000
PA1	,000	,000	,000	,000	,000	,962	,000	,000	,000	,000
EA7	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,853	,000	,000	,000
EA6	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,835	,000	,000	,000
EA5	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,866	,000	,000	,000
EA4	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,866	,000	,000	,000
EA3	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,840	,000	,000	,000
EA2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,895	,000	,000	,000
EA1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,823	,000	,000	,000
Tİ5	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,757	,000	,000
Tİ4	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,821	,000	,000
Tİ3	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,879	,000	,000
Tİ2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,831	,000	,000
Tİ1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,695	,000	,000
Hİ6	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,821	,000
Hİ5	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,856	,000
Hİ4	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,845	,000
Hİ3	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,771	,000
Hİ2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,897	,000
Hİ1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,716	,000
GE6	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,892
GE5	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,881
GE4	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,907
GE3	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,797
GE2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,745
GE1	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,822

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel_Pazarlama	Tatmin	Hizmet_Telafisi	Davranışsal_Niyet	Dağıtımsal_Adalet	Prosedürel_Adalet	Etkileşimsel_Adalet	Taahhüt_İşbirliği	Hasta.Odaklılık_İletişim	Güven_Empati
Tatmin	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
HT	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,881	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,834	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,765	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,833	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,456	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,739	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,723	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,674	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,661	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,730	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,650	,884	,101	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,675	,918	,104	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,482	,656	,075	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,667	,907	,103	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,691	,000	,739	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,669	,000	,715	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,730	,000	,780	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,684	,000	,732	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,660	,000	,706	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,383	,000	,410	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA2	,665	,000	,712	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA1	,736	,000	,787	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA7	,710	,000	,760	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA6	,695	,000	,744	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA5	,721	,000	,771	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA4	,721	,000	,771	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA3	,699	,000	,748	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA2	,745	,000	,797	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA1	,686	,000	,733	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,649	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,704	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,754	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,713	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,596	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,772	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,804	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,794	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,725	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,842	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,672	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,868	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,857	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,882	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,776	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,724	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,800	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

Standardized Indirect Effects - Lower Bounds (PC) (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel Pazarl ama	Tatmin	Hizm et_Te lafisi	Davranış al_Niyet	Dağıtımsa l_Adalet	Prosedürel _Adalet	Etkileşimse l_Adalet	Taahhüt İşbirliği	Hasta.Odaklıl ık_İletişim	Güven_ Empati
Tat	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
HT	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	,390	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,742	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,668	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,753	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,360	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,621	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,608	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,557	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,548	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,598	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,523	,766	,297	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,543	,804	,310	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,374	,555	,230	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,536	,785	,305	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,579	,000	,634	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,565	,000	,624	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,639	,000	,711	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,576	,000	,646	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,548	,000	,603	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,481	,000	,515	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA2	,549	,000	,615	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA1	,647	,000	,713	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA7	,621	,000	,688	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA6	,606	,000	,679	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA5	,610	,000	,687	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA4	,635	,000	,711	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA3	,617	,000	,687	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA2	,664	,000	,738	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA1	,605	,000	,666	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,532	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,607	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,657	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,602	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,484	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,701	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,751	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,744	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,625	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,792	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,583	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,821	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,803	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,840	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,683	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,666	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,735	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Standardized Indirect Effects - Upper Bounds (PC) (Group number 1 - Default model)

	İlişkisel Pazarl ama	Tatmin	Hizmet Te lafisi	Davranış al_Niyet	Dağıtım sa l_Adalet	Prosedürel _Adalet	Etkileşim se l_Adalet	Taahhüt İşbirliği	Hasta.Odaklı lık İletişim	Güven_ Empati
Tatmin	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
HT	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DN	1,688	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA	,904	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA	,841	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA	,887	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T6	,545	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T5	,824	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T4	,803	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T3	,767	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T2	,754	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
T1	,836	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	,744	1,041	,862	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	,772	1,078	,898	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	,578	,775	,635	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D1	,765	1,070	,900	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA5	,785	,000	,831	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA4	,755	,000	,794	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA3	,802	,000	,840	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA2	,779	,000	,808	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DA1	,756	,000	,797	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA3	-,282	,000	,302	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA2	,757	,000	,796	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
PA1	,809	,000	,857	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA7	,778	,000	,820	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA6	,764	,000	,796	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA5	,800	,000	,831	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA4	,787	,000	,820	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA3	,764	,000	,799	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA2	,808	,000	,849	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
EA1	,754	,000	,796	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ5	,760	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ4	,781	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ3	,827	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ2	,814	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tİ1	,689	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ6	,827	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ5	,844	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ4	,834	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ3	,804	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ2	,886	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hİ1	,743	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE6	,905	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE5	,903	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE4	,921	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE3	,854	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE2	,783	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GE1	,858	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Öz Geçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ebrar YALTAGİL
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri :
e-posta :

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2014
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi	2016

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
09.09.2017	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Öğretim Görevlisi

YABANCI DİL BİLGİSİ

Yabancı Dilin Adı : YÖKDİL İyi