

SÜMEYYE ARSLAN KURTULUŞ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ – CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2019





**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**HASTA DENEYİMİ, TATMİNİ, SADAKATİ, HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK
HİZMETİNİ TEKRAR KULLANMA NİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN
İNCELENMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

SÜMEYYE ARSLAN KURTULUŞ

**DANIŞMAN
PROF. DR. EMRAH CENGİZ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ
ANABİLİM DALI**

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 05.02.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul
edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Emrah CENGİZ
İstanbul Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ahmet AKGÜL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Serdar PİRTİNİ
Marmara Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Murat ERDAL
İstanbul Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Aygül YANIK
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Sümeyye ARSLAN KURTULUŞ

İTHAF

Kızım Ada ve Eşim Berk'e ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince beni her zaman destekleyen, cesaretlendiren, bilgi birikimi ve tecrübeleri ile beni yönlendiren, akademik kimliğimin gelişmesinde örnek aldığım değerli danışmanın Sayın Prof. Dr. Emrah CENGİZ’e,

Doktora tez izleme jürimde olan, yardım ve desteğini benden hiç esirgemeyen, akademik olarak örnek aldığım güler yüzlü hocam Sayın Prof. Dr. Serdar PİRTİNİ’ye,

Doktora tez izleme jürimde olan ve yardım ve katkılarıyla gelişmeme olanak sağlayan, başarılarını kendime örnek aldığım hocam Sayın Prof. Dr. Ahmet AKGÜL’e,

Her türlü destekleyen, doktora tez çalışmalarımı yürütebilmem için kolaylıklar sağlayan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı değerli hocam Sayın Doç. Dr. Aygül YANIK’a,

Doktora tezimin istatistiki analizlerinde büyük katkısı olan ve değerli bilgilerini esirgemeyen, yönlendiren, destekleyen, gelişime açık hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Safiye Şahin’e,

İstanbul Üniversitesi’ne görevlendirildiğim günden beri beni her türlü destekleyen, ufkumu açan, akademik olarak rol model aldığım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Selma SÖYÜK’e,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünün değerli asistanları, destekleri ve arkadaşlıklarından dolayı minnet duyduğum Canser BOZ, İbrahim GÜN ve değerli arkadaşım Haydar HOŞGÖR’e,

Lisans eğitiminden bu yana birlikte olduğumuz değerli arkadaşım, engelleri birlikte aştığımız dostum Arş. Gör. Nurperihan TOSUN’a,

Bugünlere gelmem de emeği olan, sevgisi, şefkati ve desteğiyle hep yanımda olan ailem; canım annem, babam ve ablama,

Kişisel yaşantımda dahil olmak üzere akademik çalışmalarımı yürütebilmemde hep destek olan canım ikinci annem ve babama,

Beni koşulsuz seven ve benim hep yanımda olan, her türlü anımda varlığı bile yeten değerli Eşim Berk’e, Zorlu süreçte ailemize katılan, hayat kaynağımız ve iyikimiz kızım Ada’ya,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xv
ÖZET	xvii
ABSTRACT.....	xviii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hasta Deneyimi.....	4
2.1.1. Deneyim Kavramı	4
2.1.2. Deneyim Ekonomisi.....	6
2.1.3. Deneyimsel Bakış Açısıyla Tüketim.....	9
2.1.4. Geleneksel Pazarlama Yaklaşımından Deneyimsel Pazarlama Yaklaşımına .	13
2.1.5. Deneyimsel Pazarlamanın Boyutları.....	16
2.1.6. Deneyim Üzerine Pazarlama (Araştırma) Alanları	20
2.1.7. Tüketici Deneyimi Aşamaları	26
2.1.8. Müşteri Deneyimi Alanları	28
2.1.9. Deneyim Tasarım İlkeleri	30
2.1.10. Müşteri Deneyimi Yönetimi	33
2.1.11. Hasta Deneyimi.....	35
2.1.12. Deneyimsel Pazarlama Perspektifinden Literatürde Hasta Deneyimi ile ilgili Yapılmış Çalışmalar.....	38
2.2. Hizmet Kalitesi	40
2.2.1. Hizmet Kalitesi Kavramı ve Özellikleri.....	40
2.2.2. Hizmet Kalitesi Modeli ve Boyutları	42
2.2.3. Sağlık Hizmet Kalitesi	48
2.2.4. Hizmet Kalitesi Ölçüm Yöntemleri	52

2.2.5. Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi.....	58
2.3. Hasta Tatmini.....	63
2.3.1. Müşteri Tatmini Tanımı ve Önemi	63
2.3.2. Müşteri Tatmini Teorileri.....	64
2.3.3. Müşteri Tatmini İle İlgili Literatürde Yaygın Olarak Kullanılan Ölçekler	68
2.3.4. Hasta Tatmini ve Önemi	69
2.3.5. Hasta Tatmini İle İlgili Teoriler	72
2.3.6. Hasta Tatmininin Ölçümlemesi	73
2.4. Hasta Sadakati.....	74
2.4.1. Müşteri Sadakati Tanımı ve Önemi	74
2.4.2. Hasta Sadakati.....	77
2.5. Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti.....	78
2.6. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Literatür İncelemesi	80
2.6.1. Hasta Deneyimi ve Hasta Tatmini Arasındaki İlişki	80
2.6.2. Hasta Deneyimi ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişki	82
2.6.3. Hasta Deneyimi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişki	84
2.6.4. Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmini Arasındaki İlişki	85
2.6.5. Hizmet Kalitesi ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişki	87
2.6.6. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişki	88
2.6.7. Hasta Tatmini ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkiler	90
2.6.8. Hasta Tatmini ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişkiler	92
2.6.9. Hasta Sadakati ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkiler	93
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	95
3.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli	95
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	96
3.3. Veri Toplama Araçları	97
3.3.1. Hasta Deneyimi Ölçeği	98
3.3.2. SERVPERF Hizmet Kalitesi Ölçeği	100
3.3.3. Hasta Sadakati Ölçeği	101

3.3.4. Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Ölçeği	102
3.4. Veri Toplama Süreci ve Pilot Uygulama	102
3.5. Verilerin Analizi	103
3.5.1. Faktör Analizi	107
3.5.2. Aracılık Etkisi Analizi	115
4. BULGULAR.....	119
4.1. Araştırma Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler	119
4.1.1. Devlet Hastanesine İlişkin Tanımlayıcı Veriler.....	119
4.1.2. Üniversite Hastanesine İlişkin Tanımlayıcı Veriler.....	122
4.1.3. Özel Hastaneye İlişkin Tanımlayıcı Veriler.....	124
4.2. Yapısal Eşitlik Modeli Varsayımları	127
4.2.1. Araştırma Verilerinin Normal Dağılıma Uygunluğu	127
4.2.2. Değişkenler Arasındaki İlişkinin Doğrusal Olması	133
4.2.3. Örneklem Büyüklüğünün Yeterli Olması	133
4.2.4. Verilerin Sürekli Ölçekte Ölçülmüş Olması	133
4.3. Ölçeklere İlişkin Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları	133
4.3.1. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları	133
4.3.2. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları	146
4.4. Ölçeklerin Ayırtedicilik Geçerliliği (Discriminant Validity)	161
4.4.1. Devlet Hastanesi Örnekleminde Ölçeklerin Ayırtedicilik Geçerliliği	161
4.4.2. Üniversite Hastanesi Örnekleminde Ölçeklerin Ayırtedicilik Geçerliliği	162
4.5. Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları	163
4.6. Yapısal Eşitlik Modeli	165
4.6.1. Örneklem Türüne Göre Test Edilen Modeller	165
4.6.2. Test Edilen Modellere İlişkin Uyum Değerleri.....	168
4.6.3. Test Edilen Modellere İlişkin Yol Analizi Sonuçları.....	169
4.6.4. Aracılık Analizi.....	170
4.6.5. Üniversite Hastanesi Modelinde Aracılık Analizi	172
4.6.6. Özel Hastane Modelinde Aracılık Analizi	173
5. TARTIŞMA	175
5.1. Araştırma Örneklemine Ait Tanımlayıcı İstatistikî Sonuçların Tartışılması	175

5.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	177
5.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikî Sonuçların Tartışılması	183
5.4. Araştırma Modelinin Test Edilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	185
5.5. Sonuç ve Öneriler	189
5.6. Araştırmanın Katkısı ve Sınırlılıkları.....	192
KAYNAKLAR	194
HAM VERİLER	209
FORMLAR	210
ETİK KURUL KARARI	213
PATENT HAKKI İZNİ	214
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	215
ÖZGEÇMİŞ	216

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1. Pazarlama Perspektifinden Deneyim Tanımları.....	6
Tablo 2-2. Bilgi İşleme Yaklaşımı ile Deneyimsel Yaklaşım	10
Tablo 2-3. Farklı Bakış Açısıyla Tüketici Davranışları.....	11
Tablo 2-4. Deneyimsel Pazarlamanın Boyutları.....	18
Tablo 2-5. CEM ve CRM Arasındaki Farklılıklar	34
Tablo 2-6. Hasta Deneyimi İle İlgili Literatür Özet Tablosu	39
Tablo 2-7. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları.....	54
Tablo 2-8. SERVQUAL Ölçeğine Getirilen Eleştiriler	56
Tablo 2-9. Literatürde Yaygın Olarak Kullanılan Müşteri Tatmini Ölçekleri	68
Tablo 2-10. Davranışsal Niyetler Bataryası.....	75
Tablo 3-1. Hastane Türüne Göre Araştırmaya Dahil Edilen Hasta Sayısı	97
Tablo 3-2. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin Bilgiler	99
Tablo 3-3. SERVPERF Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bilgiler	100
Tablo 3-4. Hasta Tatmini Ölçeğine İlişkin Bilgiler	101
Tablo 3-5. Hasta Sadakati Ölçeğine İlişkin Bilgiler	102
Tablo 3-6. Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Ölçeğine İlişkin Bilgiler	102
Tablo 3-7. Yapısal Eşitlik Modelinin Uyumuna İlişkin İstatistiksel Değerler	106
Tablo 3-8. Yapısal Eşitlik Modelinde Kullanılan Semboller ve Anlamları	106
Tablo 3-9. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin Kısaltmalar.....	109
Tablo 3-10. Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Kısaltmalar	110
Tablo 3-11. Davranışsal Sonuçlar Ölçeklerine İlişkin Kısaltmalar	111
Tablo 4-1. Devlet Hastanesi Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-1.....	120
Tablo 4-2. Devlet Hastanesi Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-2.....	121
Tablo 4-3. Üniversite Hastanesi Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-1.....	122
Tablo 4-4. Üniversite Hastanesi Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-2.....	123
Tablo 4-5. Özel Hastane Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-1	124
Tablo 4-6. Özel Hastane Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-2	126
Tablo 4-7. Devlet Hastanesi Örneklemine Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	128
Tablo 4-8. Üniversite hastanesi örneklemine Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	128

Tablo 4-9.Özel Hastane Örnekleminde Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	130
Tablo 4-10.Devlet Hastanesi Örnekleminde Araştırma Değişkenleri Arasındaki Doğrusal İlişkiler (N=476).....	133
Tablo 4-11.Üniversite Hastanesi Örnekleminde Araştırma Değişkenleri Arasındaki Doğrusal İlişkiler (N=510).....	133
Tablo 4-12. Özel Hastane Örnekleminde Araştırma Değişkenleri Arasındaki Doğrusal İlişkiler (N=516)	133
Tablo 4-13.Hizmet kalitesi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Uyum Sonuçları.....	134
Tablo 4-14.AFA Çalıştırma Sonrası KMO ve BTS Değerleri.....	134
Tablo 4-15.Hizmet Kalitesi Ölçeği AFA Sonuçları.....	135
Tablo 4-16.AFA Yapıldıktan Sonraki Güvenilirlik ve Varyans Değerleri.....	136
Tablo 4-17. Devlet hastanesi için Hizmet Kalitesi Ölçeği Yeni Model Değerleri	137
Tablo 4-18. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	138
Tablo 4-19.AVE ve CR Değerleri	138
Tablo 4-20. Hizmet kalitesi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Uyum Sonuçları.....	139
Tablo 4-21.AFA Çalıştırma Sonrası KMO ve BTS Değerleri.....	140
Tablo 4-22.AFA Sonuçları	140
Tablo 4-23.AFA Yapıldıktan Sonraki Güvenilirlik ve Varyans Değerleri.....	141
Tablo 4-24.Üniversite Hastanesi için Hizmet Kalitesi Ölçeği Yeni Model Değerleri	142
Tablo 4-25.Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	142
Tablo 4-26.AVE ve CR Değerleri	143
Tablo 4-27. Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Uyum Sonuçları.....	144
Tablo 4-28.Özel Hastane için Hizmet Kalitesi Ölçeği Yeni Model Değerleri	144
Tablo 4-29.Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	145
Tablo 4-30. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Değerleri	147
Tablo 4-31. Devlet Hastanesi için Hasta Deneyimi Ölçeği Yeni Model Değerleri....	147
Tablo 4-32. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	148
Tablo 4-33. AVE ve CR Değerleri	148
Tablo 4-34. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Değerleri	149
Tablo 4-35. Üniversite Hastanesi için Hasta Deneyimi Ölçeği Yeni Model Değerleri	150
Tablo 4-36. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	150

Tablo 4-37. AVE ve CR Değerleri	151
Tablo 4-38. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Değerleri	152
Tablo 4-39. Özel Hastane için Hasta Deneyimi Ölçeği Yeni Model Değerleri	152
Tablo 4-40. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	153
Tablo 4-41. AVE ve CR Değerleri	153
Tablo 4-42. Davranışsal Sonuçlar Ölçeklerine İlişkin İlk DFA Model Değerleri.....	155
Tablo 4-43. Devlet Hastanesi Davranışsal Sonuçlar Ölçeği Yeni Model Değerleri ..	155
Tablo 4-44. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	156
Tablo 4-45.AVE ve CR Değerleri	156
Tablo 4-46. Davranışsal sonuçlar ölçeklerine İlişkin İlk DFA Model Değerleri	157
Tablo 4-47. Üniversite Hastanesi Davranışsal Sonuçlar Ölçeği Yeni Model Değerleri	158
Tablo 4-48. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	158
Tablo 4-49. AVE ve CR Değerleri	158
Tablo 4-50. Davranışsal Sonuçlar Ölçeklerine İlişkin İlk DFA Model Değerleri.....	160
Tablo 4-51. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları	160
Tablo 4-52. AVE ve CR Değerleri	161
Tablo 4-53. Devlet Hastanesine İlişkin Alternatif Modellere İlişkin Uyum Göstergeleri ve Ki-Kare Fark Testi Sonuçları	162
Tablo 4-54. Üniversite Hastanesine İlişkin Alternatif Modellere İlişkin Uyum Göstergeleri ve Ki-Kare Fark Testi Sonuçları	162
Tablo 4-55. Özel Hastaneye İlişkin Alternatif Modellere İlişkin Uyum Göstergeleri ve Ki-Kare Fark Testi Sonuçları.....	163
Tablo 4-56. Devlet Hastanesine İlişkin Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları	163
Tablo 4-57. Üniversite Hastanesine İlişkin Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları	164
Tablo 4-58. Özel Hastaneye İlişkin Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları	164
Tablo 4-59. Örneklem Türüne Göre Model Değerleri.....	168
Tablo 4-60.Örneklem Türüne Göre Modeldeki Yollara İlişkin Regresyon Ağırlıkları	169
Tablo 4-61. Direk, Dolaylı ve Toplam Etkiler.....	172

Tablo 4-62. Direk, Dolaylı ve Toplam Etkiler.....	173
Tablo 4-63. Direk, Dolaylı ve Toplam Etkiler.....	174
Tablo 5-1.Hipotez Testi Sonuçları.....	190



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1.Ekonomik Değer Dizisi.....	7
Şekil 2-2.Ekonomik Ayrımlar.....	8
Şekil 2-3.Günümüz Tüketicileri ve Arzulanan Deneyimler	12
Şekil 2-4.Geleneksel Pazarlamanın Özellikleri	14
Şekil 2-5.Deneyimsel Pazarlamanın Karakteristik Özellikleri	15
Şekil 2-6.Stratejik Deneyimsel Modüller (SDM)	16
Şekil 2-7.Deneyimsel Grid	19
Şekil 2-8.Müşteri Deneyimi Oluşturmada Kavramsal Model	23
Şekil 2-9.Tüketici Deneyimi Aşamaları	27
Şekil 2-10.Deneyim Alanları	29
Şekil 2-11.3S Modeli	32
Şekil 2-12.Hizmet Kalitesi Modeli	43
Şekil 2-13.Hizmet Kalitesi Boşluk (Gap) Modeli	45
Şekil 2-14.Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri	48
Şekil 2-15.Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri	51
Şekil 2-16.Performans ile Beklentilerin Onaylanmaması Modeli	66
Şekil 2-17.Hasta Tatmini Öncelleri ve Sonuçları	71
Şekil 2-18. Araştırma Modeli	80
Şekil 3-1. Araştırma Modeli	95
Şekil 3-2.Bir Yapısal Eşitlik Modelinin Oluşturulması.....	104
Şekil 3-3.Doğrudan Etki Modeli.....	116
Şekil 3-4. Temel Aracılık Modeli	116
Şekil 3-5. Doğrudan Etki Modeli.....	116
Şekil 3-6.Çoklu Aracılık Modeli	117
Şekil 4-1.Devlet hastanesi için Hizmet Kalitesi DFA Modeli.....	139
Şekil 4-2. Üniversite Hastanesi İçin Hizmet Kalitesi DFA Modeli.....	143
Şekil 4-3.Özel Hastane için Hizmet Kalitesi DFA Modeli.....	146
Şekil 4-4. Devlet Hastanesi Hasta Deneyimi DFA Modeli	149
Şekil 4-5.Üniversite Hastanesi Hasta Deneyimi DFA Modeli	151
Şekil 4-6.Özel Hastane Hasta Deneyimi DFA Modeli	154
Şekil 4-7.Üniversite Hastanesi Davranışsal Sonuçlar DFA Modeli	159

Şekil 4-8.Özel Hastane Davranışsal Sonuçlar DFA Modeli.....	161
Şekil 4-9.Devlet Hastanesine İlişkin Sadeleştirilmiş Standart Regresyon Ağırlıklı Model	165
Şekil 4-10.Üniversite Hastanesine İlişkin Sadeleştirilmiş Standart Regresyon Ağırlıklı Model	166
Şekil 4-11.Özel Hastaneye İlişkin Sadeleştirilmiş Standart Regresyon Ağırlıklı Model	167



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

WHO:	World Health Organization
SÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
SDM:	Stratejik Deneyimsel Modül
DS:	Deneyim Sağlayıcılar
Ex.Pros:	Experience Provider
CEM:	Consumer Experience Management
CRM:	Consumer Relationship Management
NHS:	National Health Service
CAHPS:	The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
SERVQUAL:	Service Quality
SERVPERF:	Service Performance
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
AIDS:	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AAİ:	Ağızdan Ağıza İletişim
ECSI:	Avrupa Müşteri Memnuniyeti Endeksi
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
AMOS:	Analaysis of Moment Structures
YEM:	Yapısal Eşitlik Modeli
SEM:	Structural Equation Model
DFA:	Doğrulamalı Faktör Analizi
AFA:	Açıklayıcı Faktör Analizi
KMO:	Kaiser Meyer Olkin
BTS:	Barlett Testi
GFI:	Goodness of Fit
AGFI:	Adjusted Goodness of Fit
TLI:	Tucker-Lewis İndeksi
NFI:	Normed Fit Index
TLI:	Tucker-Lewis İndeksi
NFI:	Normed Fit Index
NNFI:	Non-Normed Fit Index

SEMBOLLER / KISALTMALAR LISTESİ

CFI: Comperative Fit Index

RMR: Root Mean Square Residuals

SRMR: Standardized Root Mean Square Residuals

RMSEA: Standardized Root Mean Square Error Of Approximation

AVE: Average Varyans Extracted

CR: Composite Reliability NNFI: Non-Normed Fit Index

TEAV: Think, Emotions, Activities, Values



ÖZET

Arslan Kurtuluş, S. (2019). Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Sağlık Yönetimi ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Hasta deneyiminin sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmeleri, hasta tatmini ve sadakatinde önemli bir rolü vardır. Bu tez araştırmasının amacı, hasta deneyimi ile hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyetine olan etkisini araştırmaktır. Ayrıca hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin, hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde herhangi bir aracı değişken olup olmadığını da belirlemektir. Kantitatif tipte yürütülen araştırmanın evrenini İstanbul'daki devlet, üniversite ve özel hastaneden yatarak hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise üç hastaneden hizmet almış olan toplam 1522 hasta oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında teorik bir model kurulmuş ve kurulan model her üç veri seti için yapısal eşitlik modeli ile test edilmiştir. Araştırma sonucunda; devlet hastanesi örnekleminde hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakati kısmi aracı role sahipken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Üniversite hastanesi örnekleminde hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamsız bulunurken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatinin tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Özel hastane örnekleminde, hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi yine anlamsız bulunurken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Deneyimi, Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini, Davranışsal Niyetler, Yapısal Eşitlik Modeli

ABSTRACT

Arslan Kurtuluş, S. (2019). A Study On Investigation Of Relationships Between Patient Experience, Patient Satisfaction, Patient Loyalty, Service Quality and Intention of Reusing the Service. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies. Health Management. Doctoral Thesis. İstanbul.

Patient experience has an important role in quality assessments in health services, patient satisfaction and loyalty. The aim of this study is to investigate the effects of patient experience and service quality on patient satisfaction, loyalty and intention of reusing the service. Moreover, we try to find any mediating variables on the effects of patient experience and service quality which affects the patient loyalty and intention of reusing the service. The study carried out in a quantitative type and the study population's composed of patients who receive inpatient services from the public, university and private hospitals in İstanbul. The sample of the study consisted of 1522 patients who received service from three hospitals. Theoretical model was established in the study and the model was tested for "structural equation model" for all three datasets. As a result of the study; while the patient satisfaction and loyalty have partially mediator role of service quality on the intention of reusing the service; the effect of the patient experience on intention of reusing the service has been determined to have a full mediator role in the public hospital sampling. While the effect of service quality on patient satisfaction, loyalty and the intention of reusing the service was not significant; patient satisfaction and loyalty were fully mediator role of patient experience on the intention of reusing the service in the university hospital sampling. Again while the effect of service quality on patient satisfaction, loyalty and the intention of reusing the service was not significant; patient loyalty was fully mediator role of patient experience on the intention of reusing the service in the private hospital sampling.

Key words: Patient Experience, Service Quality, Patient Satisfaction, Behavioral Intentions, Structural Equation Modelling.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinde hasta değerlendirmeleri özellikle son 20 yılda giderek artan bir önem kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO-DSÖ), sağlık hizmetlerinde hastaların daha aktif katılımının sağlanması gerekliliğinin altını çizmiştir. Nitekim şu anda hasta görüşlerinin sağlık hizmetlerinde kalitenin ek bir göstergesi olduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenle hasta görüşleri sağlık yöneticileri açısından, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, problemleri tespit etmek ve etkili planlar geliştirmek için temel bilgi kaynağı olabilmektedir. Sağlık kuruluşlarının sektörde rekabetçi kalabilmesi için, finansal performans göstergelerinin yanı sıra hastalara yaşatılan sağlık hizmeti deneyimlerine de odaklanılması gerekmektedir. Çünkü hastaların sağlık hizmeti deneyimleri ile memnuniyetleri arasındaki kabul görmüş ilişki, kalite kontrolünde temel bir elementtir (Buccoliero, Bellio ve Solinas, 2017). Hasta deneyimi kavramının temeli Schmitt, (1999)'in öne sürdüğü deneyimsel pazarlama ve müşteri deneyimi kavramlarına dayanmaktadır. Deneyimsel pazarlamada, sağlık kuruluşlarında deneyimsel konuları tartışan çok az sayıda araştırma makalesi vardır. Deneyimsel pazarlama farklı sektörlerde farklı deneyimlere neden olan farklı içeriklere sahip bir konudur. Bugünün sağlık kuruluşları farklı pazarlama stratejilerine sahiptir (Ho, Li ve Su, 2006). Ayrıca her hastanenin ihtiyaç duyduğu ve kullandığı deneyimsel pazarlama stratejileri de farklı olabilir. Bu stratejiler, hastanenin hitap ettiği grubun özelliklerine, benimsenen misyon ve vizyona, finansal duruma vb. faktörlere göre değişebilir.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, tıbbi hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesinde temel rol oynamaktadır. Buna rağmen geleneksel olarak teknik ve fiziksel raporlar daha dikkate alınırken, hasta değerlendirmelerinin ihmal edildiği görülmektedir. Ancak yakın zamanda sağlık sistemleri sadece klinik olarak etkili ve kanıta dayalı değerlendirmeleri değil, aynı zamanda hastalar tarafından kabul edilebilir ve yararlı değerlendirmeleri de dikkate almaya başlamıştır (Jenkinson ve ark., 2002). Hastalardan gelen her türlü veri, hasta merkezli bakımın temel özelliğidir. Hastalardan doğrudan geribildirim almak, deneyimlerinin kalitesini ölçmenin en iyi yolu olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, hastalardan genel değerlendirme kategorilerini kullanarak memnuniyetlerini derecelendirmelerini istemekten ziyade, belirli bir bakım bölümünde neler olduğunu ayrıntılı olarak rapor etmelerini istemenin daha yararlı olduğu görüşü

hakimdir (Wong ve ark., 2015). Hasta görüşleri ve deneyimlerini bir araya getirmek, sağlık hizmetlerinde şeffaflığın sağlanması ya da ödeme politikalarına da yön vermek açısından önemlidir. Çalışmalar hastaların rapor ettiği deneyimler ile bazı klinik sonuçların örtüşüğünü göstermiştir (Greaves ve ark., 2012).

Hastanelerin birbirleriyle iyi ilişkiler geliştirmesi, müşteri memnuniyetini arttırmak, müşterilerin güvenini kazanmak ve hastaneye fayda sağlamak günümüz rekabet dünyasında hastaneler için vazgeçilmez stratejiler arasında olmuştur. Bahsedilen alanlarda başarıyı sağlamak için müşteri sesine kulak vermek gerekmektedir. Bugünün sağlık kuruluşları da hastalara sadece tıbbi tedavi sunmakla kalmamakta, aynı zamanda onlara rahatlık ve yüksek standartlar da sunmaktadır. Dolayısıyla hasta deneyimlerinden yola çıkan hasta görüşleri, sağlık kuruluşları için önemli bir bilgi haline gelmektedir. Bu bilgilerin, sağlık hizmetlerinin tasarlanması ve yönetilmesinde, kalite değerlendirmelerinin vazgeçilmezi olması sağlanmalıdır. Bir şeyi tecrübe etmek, ürün ve hizmetlerin sağladığı değerlerin üzerinde bir değer yaratacağından, insanların unutulmaz deneyimlere ve anılara sahip olması tatmin ve sadakati sağlamaktadır (Ho, Li ve Su, 2006). Tatmin olmuş hasta, sağlık hizmeti sağlayanlara uzun vadede başarı sağlamak ve hastalar olumlu davranışsal niyetler (hastaneyi başkalarına övme veya tavsiye etme gibi) (Naidu, 2009) ve aynı zamanda tedavi rejimlerine daha fazla uyum gösterme eğiliminde olmaktadır. Artık yeni müşterileri çekmek, mevcut müşteriyi elde etmekten çok daha pahalı olduğu için, sadık müşteriler bir kuruluşun pazarda hayatta kalması açısından aşırı derecede kritiktir. Rekabet arttıkça ve yeni müşterileri çekmek için maliyetler yükseldikçe, hizmet sağlayıcılar stratejik faaliyetlerini müşteri sadakati konusuna daha fazla odaklamaya başlamışlardır (Arab ve ark., 2012). İşletmeler açısından müşteri sadakati 21.yüzyılın para birimi olarak; hastaneler için ise hasta sadakati sektörde rekabet aracı olarak görülmektedir (Wu, 2011).

Bu araştırmanın temel amacı; hasta deneyimi ile hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyetine olan etkisini araştırmaktır. Ayrıca bu amaç doğrultusunda hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin, hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde herhangi bir aracı değişken olup olmadığını da belirlemektir. Bu amaçlar doğrultusunda araştırmanın ikinci kısmında, araştırma değişkenlerinden olan hasta deneyimi, hizmet kalitesi, hasta tatmini, hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti kavramları ilgili literatür

doğrultusunda açıklanmıştır. Araştırmanın ana değişkeni olan hasta deneyimi kavramı, deneyim ekonomisinden başlayarak, deneyimsel pazarlama, müşteri deneyimi, müşteri deneyimi boyutları-alanları kapsamında ele alınıp, hasta deneyimi ve ilgili çalışmalar aktarılmıştır. Araştırmanın ikinci bağımsız değişkeni hizmet kalitesi olup, hizmet kalitesi modelleri ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramları incelenmiştir. Araştırmanın üçüncü değişkeni hasta tatmini olup, bu konudaki kuramlar, müşteri tatmininin ölçülmesi ve hasta tatmini-ölçümlemesi ve ilgili çalışmalara yer verilmiştir. Araştırmanın diğer değişkenlerinden olan hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti kavramları detaylı olarak incelenerek aktarılmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde, araştırmanın yöntemine yer verilmiştir. Bu kapsamda teorik olarak kurulan model, yapısal eşitlik modeli ile incelenmiştir. Araştırmada üç veri seti kullanılmış olup, devlet, üniversite hastanesi ve özel hastaneden son 6 ay içinde yatarak hizmet alan hastalar ile çalışma yürütülmüştür. Bu kapsamda her üç veri seti için kurulan teorik modeller test edilmiştir. Buna göre devlet hastanesi örnekleminde hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakati kısmi aracı role sahipken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta tatmininin de sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının kısmi aracı role sahip olduğu bulunmuştur. Üniversite hastanesi örnekleminde hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamsız bulunurken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatının tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta tatmininin de sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının kısmi aracı role sahip olduğu bulunmuştur. Özel hastane örnekleminde ise yine hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamsız bulunurken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta tatmininin de sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının tam aracı role sahip olduğu bulunmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

Tez araştırmasının ikinci bölümü olan genel bilgiler kısmında, hasta deneyimi, hizmet kalitesi, hasta tatmini, hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti kavramları ilgili alt başlıklar ile açıklanmaktadır.

2.1. Hasta Deneyimi

Hasta deneyimi kavramından bahsetmeden önce, deneyim kavramının nasıl geliştiği, deneyimsel pazarlama kavramı, deneyimsel pazarlama araştırma alanları, müşteri deneyimi, müşteri deneyimi alanları, müşteri deneyimi yönetimi kavramlarına yer verilmesi konunun daha iyi anlaşılması için faydalı olacaktır.

2.1.1. Deneyim Kavramı

Tüketim kavramı 1980’li yıllarda deneyimsel bakış açısıyla ele alınmaya başlanmıştır. Deneyim, tüketim deneyimi, ekonomik değerdeki değişim gibi kavramların hepsi zamanla pazarlama bilimine yansımış ve deneyimsel pazarlama kavramı ortaya çıkmıştır. Deneyimsel pazarlama kavramı ilk ortaya çıktığından beri işletmeler tarafından rekabet üstünlüğü elde etmek ve sadık müşteri yaratmak amacıyla pek çok alanda kendini göstermiştir. Pazarlama literatüründe deneyim ve ondan türeyen müşteri deneyimi ve müşteri deneyimi yönetimi kavramları, giderek artan bir şekilde dikkat çekmeye başlamış ve çeşitli yazarlar tarafından farklı şekilde ele alınmıştır. Pine ve Gilmore (1999), deneyimin ne anlama geldiğini anlamak için müşterilerin önemine işaret ederken, Klaus ve Maklan (2007) bir firmanın müşteri deneyimlerine bağlanıp bağlanmayacağına dair bir seçim yapmadığını iddia etmektedir. Ancak kesin olan şudur ki, tüm tüketim eylemleri, müşterilerin zihninde kaçınılmaz olarak bir deneyim yaratır (Hulten, 2011).

Deneyim kavramının temelleri ilk defa Halbrook ve Hirschman (1982) tarafından atılmıştır (Aşkın ve İpek 2016; Hulten 2011). Araştırmacılar tüketimin deneyimsel boyutlarını ele almış, tipik tüketici davranış değişkenlerini temsil eden genel bir çerçeve oluşturmuşlardır. Tüketimin sembolik, estetik, hedonik doğasına odaklanan deneyimsel bakış açısı ile klasik bilgi işleme yaklaşımı arasındaki zıtlıklarından bahsetmişlerdir (Holbrook ve Hirschman 1982). Daha sonra Pine ve Gilmore (1998) Harvard Business Review’de “Deneyim ekonomisine hoş geldiniz” adlı makalesinde yıllar geçtikçe ekonomik değerin nasıl değiştiğinden, metaların, mallar ve hizmetlerden nasıl deneyime dönüştüğünden bahsetmiştir. İşletmelerin, günümüz müşterilerin taleplerini karşılamada

“deneyimsel” düşünceleri gerektiğinin önemini vurgulamışlardır. Müşterilerine unutulmaz deneyimler yaşatan firmaların ürün ve hizmetlerini nasıl kuvvetlendirdiğini açıklamış, benzersiz deneyimler yaşatmanın ipuçlarını vermişlerdir (Pine II ve Gilmore, 1998).

İngilizce literatürde “experience” olarak adlandırılan deneyim kavramının tek bir tanımı bulunmamaktadır. Literatürde konuyla ilgili pek çok araştırmacı tarafından farklı tanımlamalar yapılmıştır. Deneyim kavramı farklı disiplin ve bilimsel alanlarda farklı anlamlar kazanmıştır. Deneyim bilim felsefesi ve bilimin kendisinde, nesnel ve deneylerle yakından ilişkili olarak görülürken, felsefede öznel olarak kabul edilmektedir. Sosyoloji ve Psikoloji deneyimi bilişsel ve duysal süreç ve faaliyetler olarak tanımlarken, antropoloji ve etnoloji bireylerin bir kültürün parçası olarak hayatlarını yaşayış biçimleri olarak tanımlamaktadır. Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ise deneyim, “bir kimsenin belli bir sürede veya hayat boyu edindiği bilgilerin tamamı, tecrübe, eksperyans” olarak ifade edilmektedir (“Türk Dil Kurumu,” 2018). Bu disiplinler arası bakış açıları, pazarlamacıların deneyimleri nasıl kavramsallaştırdığını etkilemiştir (Schmitt ve Zarantonello 2015). Pazarlama literatüründe deneyim kavramını açıklığa kavuşturmak için pek çok araştırmacı çalışmalarda bulunmuştur (Holbrook ve Hirschman 1982; Pine ve Gilmore 1998; Schmitt 1999; Klaus ve Maklan 2012; Meyer ve Schwager 2007; Kabadayı ve Alan 2014; Başar ve Hassan 2015; Deligöz ve Ünal 2017). Bu sayede “deneyim” “deneyim ekonomisi”, “tüketici deneyimi”, “deneyimsel pazarlama” gibi kavramlar ortaya çıkmıştır. Literatürde pazarlama perspektifinden deneyim kavramının açıklanmasına yönelik pek çok tanım bulunmaktadır. Tablo 2-1’de pazarlama bakış açısıyla literatürde yer alan en seçkin deneyim tanımları sunulmuştur.

Tablo 2-1. Pazarlama Perspektifinden Deneyim Tanımları

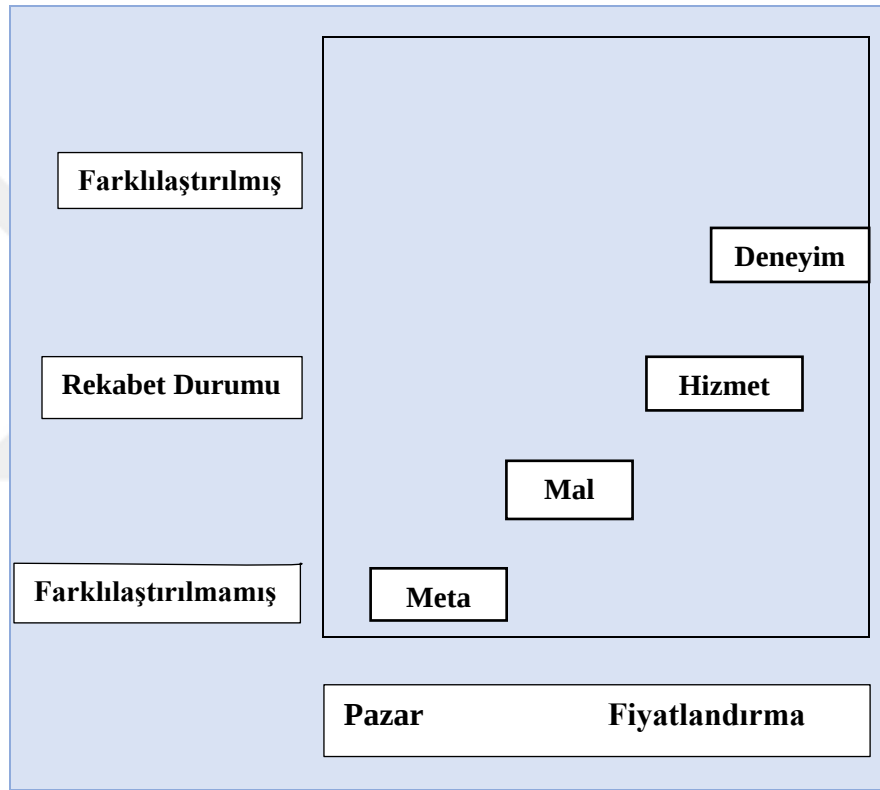
Yazar	Yıl	Tanım
Schmitt	1999	Deneyimler birşeylerle karşılaşma, onu tecrübe etme ya da yaşama sonucu oluşur. Deneyimler fonksiyonel değerler yerine duyuşsal, duygusal, bilişsel, davranışsal ve ilişkisel değerler sağlar.
Holbrook ve Hirshman	1982	Deneyim tüketimin sembolik, estetik ve hedonik doğasıyla ilgilidir.
Pine ve Gilmore	1998	Deneyim mal ve hizmetlerden farklı ekonomik sunulardır. Bir şirket bilinçli olarak ürün ve hizmetlerini bir sahne gibi kullanmanın yanında, müşterilerine bireysel olarak unutulmaz bir etkinlik yaratacak şekilde ilgisini çektiğinde deneyim oluşur.
Carbone ve Haeckel	1994	İnsanların ürün, hizmet ve işletmelerle karşılaşması sonucu oluşan “ana fikir” (paket servis) izlenimi. İnsanlar sürekli olarak bir takım ipuçlarını filtreler ve onları bir dizi izlenime dönüştürürler. Bu izlenimler, bilinçaltı veya son derece açık olabilir. Bunlar olaya veya amaca yönelik tasarımıyla meydana gelebilir ve bunların hepsi toplu olarak bir deneyim haline dönüşür.
Berry, Carbone ve Haeckel	2002	Deneyim, tüketicinin satın alma sürecinde topladığı tüm bilgilerin (ipuçları) düzenlenmesidir.
Gentile, Spiller, ve Noci	2007	Deneyim, müşterinin beklentileri ve şirket ile etkileşimlerinden gelen uyarılar, farklı temas veya bağlantı anlarına karşılık gelen teklifler arasındaki karşılaştırmaya bağlı olarak oluşur.

Yukarıda verilen tüm tanımlardan yola çıkarak deneyim, üretim ve tüketimin bulunduğu an ortaya çıkan, tüketici katılımını temel alan, onları duyuşsal, duygusal, zihinsel, sosyal ve ilişkisel olarak etkileyen, ürün ve hizmetin üstünde akılda kalıcı ekonomik çıktılar olarak ifade edilebilir (Kabadayı ve Alan, 2014).

2.1.2. Deneyim Ekonomisi

Pine ve Gilmore (1998) ekonomik değerin nasıl evrimleştiğini, ekonomik ilerlemenin tüm tarihini bir doğum günü kutlaması için yapılan kek ya da pastanın yapılış aşamalarına benzeterek açıklamıştır. Buna göre tarım ekonomisinde anneler un, şeker, tereyağı ve yumurta ile sıfırdan bir doğum günü pastası yaparak kutlamalar organize etmiştir. Ürün temelli sanayi ekonomisi ilerledikçe, anneler önceden karıştırılmış ve

paketlenmiş hazır malzemeleri alarak doğum günü pastası yapmaya başlamışlardır. Daha sonra, hizmet ekonomisi tutunmaya başlayınca, anneler (özellikle meşgul-çalışan anneler), paketlenmiş ürünlerden on kat daha pahalı olan kekleri, fırın ya da pastanelerden sipariş etmişlerdir. Şimdi ise, ebeveynler ne doğum günü pastası ne de parti yapmakta, daha fazla para harcayarak çocuklarına unutulmaz bir etkinlik yaşatacak olan şirketlerle anlaşarak, doğum günü pastası ve tüm organizasyonu onlara yaptırtmaktadırlar. İşte deneyim ekonomisi denilen kavram tam olarak budur. Ekonomik değerin nasıl değiştiğini gösteren yapı daha açıklayıcı olması açısından şekil 2-1’de gösterilmiştir.



Şekil 2-1. Ekonomik Değer Dizisi

Kaynak: (Pine ve Gilmore, 1998).

Pine ve Gilmore (1998)'un ekonomik sunulara yönelik ileri sürdüğü sınıflandırmanın ilk aşaması metallerden oluşmaktadır. Metalar, bitkiler ve mineraller dünyasından elde edilen materyallerin işlenmesi ile oluşur. Metaların hammadde olarak işlenip, müşterinin seçerek satın alabileceği maddi, gayri maddi faaliyetlerden ürünler (mallar) oluşur ki bu da sınıflamanın ikinci aşamasıdır. Üçüncü aşama olan hizmet aşaması, maddi mallar ile gayri maddi hizmetlerin birleşmesinden oluşur. Son aşama ise deneyim aşaması olarak adlandırılmaktadır. Buna göre insanların aklında kalan şeyler deneyimleridir. Bu konuda maddi sunulara bağlı olmayan hizmet sektörünün, diğer

sektörlere göre daha üstün olduğu söylenebilir. Deneyim, en az hizmetlerin ürünlerden farklı olduğu kadar hizmetlerden farklıdır. Birey bir hizmet aldığı anda, maddi olmayan bir dizi faaliyeti satın almış olur. Ancak bir deneyim aldığı anda, işletmenin bireysel olarak onun dikkatini çekecek biçimde (tiyatro gibi) sahnelediği ve akılda kalacak bir dizi olayla keyifli zamanı da satın almış olur (Pine ve Gilmore 2012). Deneyim ekonomisi olarak adlandırılan kavramda müşteriler sadece ürünlerle ilgilenmez, bundan başka ürün ve hizmetlerin yaşattığı deneyime odaklanırlar.

Pine ve Gilmore (1998) deneyimin kendisinin maddi olmadığını ve insanların deneyime bir değer atfettiklerini öne sürmüşlerdir (Başar ve Hassan, 2015). Bu yüzden, müşteriler için benzersiz/unutulmaz/değerli deneyimler yaratmak, işletmeler için önemli bir konu haline gelmiştir. İşletmeler, bir deneyim yaratmak amacıyla sundukları ürün ve hizmetler için müşterilerinden daha fazla ücret talep etmektedirler. Örneğin; “(meta olarak) kahvenin üreticiden çıkıp, paketlenerek markete satılması (mal), kahvenin kafe de fincanda ikram edilmesi (servis), aynı kahvenin 5 yıldızlı bir otelin sahil kenarında ikram edilmesine (deneyim) kadar geçen süreç içindeki değeri ve fiyatı gözle görülür şekilde artmaktadır”(Güzel ve Papatya, 2012). Dolayısıyla işletmeler ürün ve hizmetten beklentisi farklılaşan müşterinin talebine yetişebilmek ve sıradanlaşmaktan kurtulabilmek için, olumlu bir deneyim yaratma çabası içinde olmuşlardır. Şekil 2-2’de ekonomik ayrımlar ve bunların özellikleri gösterilmektedir.

Ekonomik Sunu	Metalar	Mallar	Hizmetler	Deneyimler
Ekonomi	Tarım	Sanayi	Hizmet	Deneyim
Ekonomik İşlev	Doğadan elde etme	İmal etme	Sağlama	Sahneleme
Sunun Niteliği	Misliyle Ölçülebilir	Maddi	Gayri maddi	Akılda kalıcı
Ana Vasıf	Doğal	Standart	Siparişe Uygun	Kişisel
Arz Yönetimi	Partiler halinde depolama	Üretim sonrası envanter çıkarma	Talep üzerine sağlama	Belli bir sürede gösterme
Satıcı	Tüccar	Üretici	Sağlayıcı	Sahneleyici
Alıcı	Pazar	Kullanıcı	Müşteri	Konuk
Talep Faktörleri	Nitelikler	Özellikler	Yararlar	Duyumlar

Şekil 2-2.Ekonomik Ayrımlar

Kaynak: Pine ve Gilmore (2012)

Şekil 2-2’de de görüleceği üzere, her bir ekonomik sunu, kendine has özellikleriyle diğerinden farklılaşmaktadır. Pine ve Gilmore (1999) metaların misliyle ölçülebilir, malların maddi, hizmetlerin gayri maddi, deneyimlerin ise akılda kalıcı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Post modernistik bakış açısına göre tüketiciler, zeki, mafsallı ve özgür düşünen bireylerdir. Rasyonel nedenlerle satın alma seçimi yapması beklenen müşteriler, ilgi çekici bir deneyim ile ikna olduklarında bazen anlamsız seçimlerde de bulunabilirler (Erdoğan, 2013). Refah seviyesi arttıkça müşteriler için eğlence, zevk alma, mutluluk, rahat hissetme gibi kavramlar daha önemli olmaya başladığından, bu yönde bir deneyim yaşamak müşterilerin seçim tercihlerini etkileyebilir.

2.1.3. Deneyimsel Bakış Açısıyla Tüketim

Günümüz tüketicilerinin ihtiyaçları ve özelliklerinin farklılaşması, tüketim kavramına da farklı bir pencereden bakmayı gerektirmiştir. Deneyimsel bakış açısı, bu farklı pencerelerden biridir (Genç, 2009).

Tüketici davranışlarının kısa geçmişinde önceleri rasyonel seçim (mikroekonomi ve klasik karar verme teorisi) üzerinde durulurken, daha sonra irrasyonel satın alma ihtiyaçları yaklaşımı (bazı motivasyon araştırmalarıyla desteklenerek) bu mantıksal akış modellerinde (Logical Flow Models) kullanılmaya başlanmıştır (örneğin, Howard ve Sheth 1969). Daha sonra bilgi işleme modeli olarak adlandırılan bir yaklaşım ortaya çıkmıştır ki; bu yaklaşım tüketiciyi satın alma kararı vermek için sorunları çözen mantıklı bir düşünür olarak görmüştür (Holbrook ve Hirschman, 1982). Geleneksel bakış açısına göre tüketimin amacı tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik faaliyetler olduğu ve tüketicilerin seçimlerinin fayda-maliyet analizine dayandığı yönündedir (Genç, 2009). Holbrook ve Hirschman (1982) “Tüketimin Deneyimsel Boyutları: Tüketici Fantezileri, Duyguları ve Eğlencesi” adlı makalesinde rasyonel karar verme varsayımını temel alan “bilgi işleme modelinin”, eğlence aktiviteleri, duysal ve duygusal tepkiler, estetik zevkleri ihmal ettiğinin çeşitli araştırmacılar tarafından görüldüğünü öne sürmüştür. Deneyimsel bakış açısıyla kuşatılan tüketimin; fantezilerin, hislerin ve eğlencenin sürekli bir akışını içeren yapı olarak görülmeye başlandığını ifade etmiştir. Geleneksel yaklaşım olan bilgi işleme modeli ile deneyimsel yaklaşım arasındaki farklardan söz etmiştir. Bilgi işleme yaklaşımı ile geleneksel yaklaşım özellikleri Tablo 2-2’de verilmiştir.

Tablo 2-2. Bilgi İşleme Yaklaşımı ile Deneyimsel Yaklaşım

Bilgi İşleme Yaklaşımı	Deneyimsel Yaklaşım
Tüketici rasyonel karar vericidir. Problemini çözmeye çalışan ve ihtiyaçları doğrultusunda en uygun tercihi yapan kişidir.	Temel ihtiyaçları dışında sübjektif değerlendirmeler yapan, sembolik anlamlar arayan ve tüketimin duygusal yönüne önem veren, estetik kriterleri olan kişidir.
Odak noktası ürün ve hizmetin faydaları, somut ve objektif özelliklerdir.	Odak noktası estetik, şıklık ve sosyallik gibi sübjektif ve sembolik anlamlardır.
Sözlü olarak tanımlanan ürün özellikleri üzerine yoğunlaşır.	Sözlü olarak ifade edilemeyen algısal kanılar üzerine yoğunlaşır.
İletişimde daha çok mesaj kaynağı üzerinde durularak, mesaj içeriğine karşı tüketici tepkileri incelenmektedir.	Mesajın içeriğinden ziyade yapısı üzerinde durularak tüketici deneyimleri ve duyguları incelenmeye çalışılmaktadır.
Analizde parasal kaynaklar dikkate alınmaktadır.	Zaman kaynaklarının sübjektif olarak önemine vurgu yapılmaktadır.
Rasyonel değerlendirme ve sorun çözme odaklı, sol beyin faaliyeti ağırlıklıdır.	Eğlence, uyarılma ve duygusal özelliklerin öne çıktığı sağ beyin faaliyeti ağırlıklıdır.
Bilişsel açıdan daha çok bilinçli bir düşünme sürecine odaklanır ve hafıza önemli bir unsur olmaktadır. Dolaysız araştırma yöntemleri kullanılmaktadır. Duygusal açıdan duygusal tepkinin bir yönü (hoşlanmak, hoşlanmamak) ele alınmaktadır.	Bilişsel açıdan daha çok bilinçaltında olan ve doğrudan gözlemlenemeyen bilgiler ağırlık kazanmakta, bu yüzden dolaylı araştırma yöntemleri kullanılmaktadır. Tüketimle ilgili çok sayıda duygusal tepki (nefret, aşk, korku, sıkıntı vb.) vurgulanmaktadır.
Ağırlıklı olarak belli bir ürün (marka) hakkında bilgi elde etmeye yöneliktir.	Ürün kullanımıyla ilgili faaliyetlere odaklanma söz konusu olmakta ve tüm tüketim deneyimi dikkate alınmaktadır.
Tüketici seçimi, ürünün sağladığı fayda açısından değerlendirilmektedir.	Tüketim sonucunda ortaya çıkan eğlence ve neşe gibi özünde estetik yönler değerlendirmede öne çıkmaktadır.

Kaynak: Altunışık, 2007: Akt; Genç 2009).

Mowen (1988), tüketici davranışlarında karar verme ve deneyimsel yaklaşıma ek olarak üçüncü bir bakış açısı olan davranışsal yaklaşımdan söz etmiştir. Buna göre tüketici davranışları çevresel uyaranlar tarafından etkilenmektedir. Bu ayarlar arasında, sosyal ve kültürel normlar, çevrenin baskısı, çevresel faktörler olabilir. Davranışsal yaklaşımda müşterilerin eylemlerini anlamlandırmada içsel süreçlerin değil, çevresel

faktörlerin etkili olduğunu savunmaktadır. Örneğin, müziğin tüketiciler üzerindeki etkisini araştıran bir çalışma, bir perakende mağazasında çalan müziğin temposunun müşterileri satın almaya teşvik ettiğini ortaya çıkarmıştır. Tüketici davranışlarını açıklamaya yönelik bahsedilen bu üç yaklaşımın özellikleri tablo 2-3’de verilmiştir.

Tablo 2-3. Farklı Bakış Açısıyla Tüketici Davranışları

Bakış açısı	Çevresel girdiler	Ara cevap sistemi	Davranış
Deneyimsel	-Duygusal girdiler -Semboller -Görsel bilgiler -Korku, eğlence, cinsellik gibi etkili temalar -Müzik, koku, doku	-Duygusal odaklanma -Duygu oluşturma -Duygusal cevaplar -Optimal uyarım ihtiyacı -Rakip süreci -Tepkisellik	-Duygusal/deneyimsel ürün ve hizmetlerin satın alınması -Plansız satın alma -Çeşitlilik arama
Karar verme	-Karar vermek için bilgi girdileri -Sözlü ve yazılı bilgiler -Maddi faydalar -Ekonomik faydalar	-Bilişsel odaklanma -İnanç oluşumu -Hafıza süreçleri -Bilişsel cevaplar -Bilgi elde etme süreçleri -Düşük/Yüksek katılım süreçleri	-Faydacı ürün ve hizmetlerin satın alınması
Davranışsal	-Çevrenin destekleyici yapısı -Çevrenin fiziksel düzeni -Müzik ya da para gibi koşulsuz uyarıcılar -Kültürel değerler ve normlar -Durumsal Faktörler	-Ara cevap sistemini reddetme ihtiyacı -Farklı tüketicilerin pekiştireçlere farklı bir şekilde yanıt verebilmelerine izin verme	-Çoğu satın almanın güçlü duygu veya inanç olmadan gerçekleştiğini savunur -Çevreden dolayı tüketicilerin hareketi -İlkel tüketim davranışları

Kaynak:(Mowen, 1988).

Karar verme bakış açısına göre tüketiciler ürünlerin objektif özellikleri ve fiziksel faydaları ile ilgilenirken (Mowen, 1988), deneyimsel bakış açısında ürün ve hizmetlerin estetik, soyut ve sübjektif özelliklerini öne çıkaran hedonik tüketim hakimdir (Hirschman ve Holbrook, 1982). Deneyimsel bakış açısında, satın alma fenomeni tepkisellik, plansız satın alma ve çeşitlilik arama şeklinde kategorize edilmiştir. Davranışsal bakış açısına göre ise, karar verme, duygu ya da deneyimlere odaklanmaktan ziyade, davranışların çevresel faktörlerden direk etkilendiğini öne sürmektedir (Mowen, 1988).

Bakış açıları meydana gelen değişim ile tüketici tanımı da farklılaşmıştır. Stuart ve arkadaşları (2006) “yeni tüketici” kavramını araştırdıkları çalışmada, yeni

tüketicilerin aktif, bilgili, talepkar ve her şeyden önce deneyim arayıcı olduğunu savunmuştur. Araştırmada interaktif satış kanallarının yaşattığı deneyimin çok önemli olduğunu vurgulamış ve yeni tüketici kavramını şekil 2-3'teki gibi açıklamıştır.

Günümüz Tüketici Özellikleri		Arzulanan İletişim Deneyimleri
Alaycı	→	Doğruluk/Dürüstlük
Bilgili	→	Anlamlılık
Zamanı kısıtlı	→	Uygunluk
Bir gruba ait olma	→	Gruba ait olma onayı
Bireysel	→	Özelleştirilme
Talepkar	→	Beklentilerde mükemmeliyetçilik
Aktif	→	Katılım

Şekil 2-3. Günümüz Tüketicileri ve Arzulanan Deneyimler

Kaynak: (Stuart-Menteth, Wilson ve Baker, 2006).

Şekil 2-3'te verilen yeni tüketicinin özellikleri aşağıdaki gibi açıklanabilir (Stuart-Menteth, Wilson ve Baker, 2006).

Alaycı→Dürüstlük: Günümüz tüketicileri, medyadan gelen mesajlara alaycı ve kuşkucu biçimde bakmakta ve tüketiciler artık pasif alıcı konumdan çıkmıştır. Tüketicinin aradığı ideal deneyim dürüstlüktür.

Bilgili→Anlamlılık: Eğitim seviyesi arttıkça ve internet kullanımı yaygınlaştıkça bilinçlenen tüketici, ürün ve fiyat karşılaştırması yaparak satıcı ve tüketici arasındaki geleneksel bilgi asimetrisi metaforunu yıkmıştır. Sonuç olarak tüketici anlamlı, kabuledilebilir ve önemli iletişim mesajları talep etmektedir.

Zamanı kısıtlı→Uygunluk: İsteklerin ve seçimlerin neredeyse sınırsız olduğu bir dünyada yaşamak, zamanı kısıtlı hale getirmektedir. Uzun çalışma saatleri, ev ve iş arasında net olmayan ayırım ve küreselleşme bu meşguliye daha da çok katkıda bulunmaktadır. Tüketicilerin istediği ise zamanı en iyi kullanmayı sağlayacak bir deneyim yaşamaktır.

Bir gruba ait olma→Bir gruba ait olma onayı: Modern toplum, coğrafi olarak dağınık bireylerin güçlü duygusal bağlarını, yaşam tarzlarını, inançlarını ve tüketim şekillerini paylaştıkları bir “kabileler” ağı oluşturmuştur. Tüketiciler bir topluluk ağına aittir ve bu nedenle aidiyetlerini doğrulayan deneyimler ararlar.

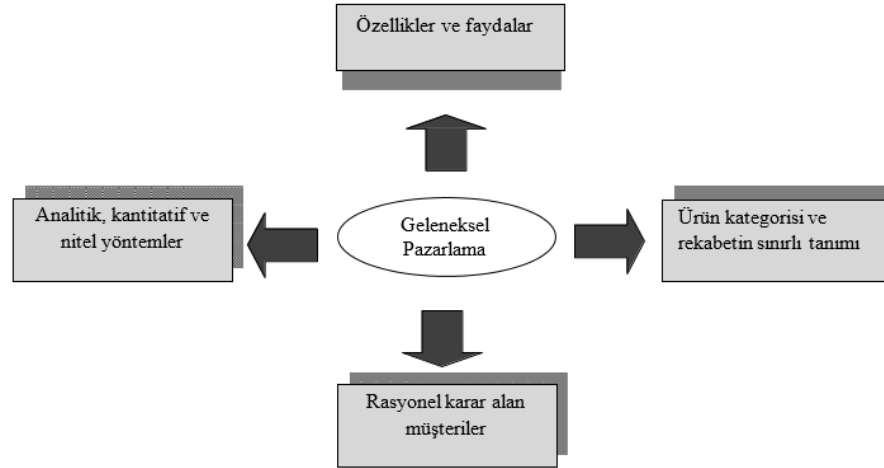
Bireysel→Özelleştirme: Bugün insanlar toplulukların sınırlandığı sosyal bağlardan kurtularak daha özgür hale gelmişlerdir. Bu durum bireylerin farklılıklarını ve bireyselliklerini göstermelerine imkân tanımıştır. Bireyler kendi ihtiyaçlarına göre özerkleştirilmiş ürün ve hizmet talep etmekte ve bu nedenle özelleştirilmiş bir deneyim yaşamak istemektedirler.

Talepkar→Beklentilerde mükemmeliyetçilik: Tüketicilerin refah seviyesi arttıkça, ürün/hizmet konusundaki beklentileri de artmıştır. İşletme ürün ve hizmette mükemmellik beklentisinde olan tüketiciye, mükemmel bir hizmet ya da ürün sunacağına garantisini vermelidir.

Aktif→Katılım: Tüketiciler pasif (izleyen) konumundan, aktif (oyuncu) konumuna geçmiştir. Bu nedenle tüketiciler katılımcı olarak yer alabileceği deneyimler aramaktadırlar.

2.1.4. Geleneksel Pazarlama Yaklaşımından Deneyimsel Pazarlama Yaklaşımına

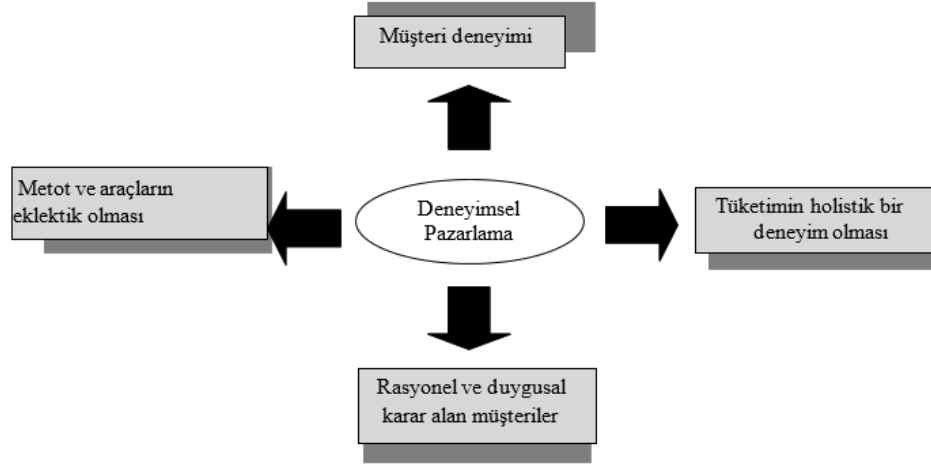
İşletmeler “ürün/hizmetlerin özellik ve faydaları” yaklaşımını ele alan geleneksel pazarlamadan, tüketicilere deneyim yaratmaya odaklanan deneyimsel pazarlama yaklaşımına doğru evrilmeye başlamıştır. Geleneksel pazarlama bugün karşı karşıya olduğumuz markalaşma, bilgi ve iletişim devrimine karşı değil, sanayileşme dönemine cevap olarak gelişmiştir. Geleneksel pazarlamanın kavramları ve metodolojileri ürünlerin doğasını, tüketicilerin davranışlarını ve pazardaki rekabetçi faaliyetleri açıklamaktadır. Geleneksel pazarlama; yeni ürünler geliştirmek, ürün gruplarını ve marka yayılımını planlamak, iletişimi tasarlamak ve rekabetçi faaliyetlerde kullanılmaktadır (Schmitt, 1999). Schmitt, geleneksel pazarlama test edilmemiş ve modası geçmiş varsayımlarla dolu, müşterilerin, ürünlerin ve rekabetin mühendislik odaklı, rasyonel, analitik olduğunu savunur. Schmitt (1999) Şekil 2-4’te gösterildiği gibi geleneksel pazarlamanın karakteristik özelliklerini belirtmiştir.



Şekil 2-4. Geleneksel Pazarlamanın Özellikleri

Kaynak: (Schmitt, 1999)

Deneyimsel pazarlama kavramını ilk öne süren isimlerin başında Bernd Schmitt gelmektedir. Schmitt'e göre deneyim yaşanılan, maruz kalınan ve karşılaşılan olayların sonucunda oluşmaktadır. Pazarlamacılar ise, tüketiciler için deneyimler yaratmayı amaçlamalıdır (Schmitt, 1999). Kotler “tüm şirketler ürün veya hizmet sunmaktadır, fakat müşterilerine hafızalarından silinemeyecek bir deneyimin eşlik etmesini sağlamak bu işin asıl zor yanı olmaktadır” diyerek, hantallaşmış ürün ve hizmetlere heyecan ve eğlence katmanın önemini vurgulamıştır (Çiçek, 2015). Deneyimsel pazarlama “tüketicinin ürün ya da hizmeti satın almadan önce, satın alma esnasında ve/veya sonrasında ruhsal, duygusal, entelektüel ve fiziksel yönden bireysel bir deneyim yaşaması” olarak tanımlanmaktadır (Küçüksaraç ve Sayımer, 2016). Şekil 2-5’de deneyimsel pazarlamanın özellikleri gösterilmiştir.



Şekil 2-5.Deneyimsel Pazarlamanın Karakteristik Özellikleri

Kaynak: (Schmitt, 1999)

Şekil 2-5’de görüldüğü üzere deneyimsel pazarlama, rasyonel ve duygusal karar alan müşterilere yönelik olan, eklektik yöntemlerle değerlendirilen (metodolojik ideolojisi çok yönlüdür, sadece kantitatif, analitik yöntemlerle sınırlı değildir. Örneğin iletişimin duygusal etkisini ölçmek için göz hareketleri değerlendirilirken (analitik-kantitatif), yaratıcı düşünmeyi değerlendirmek için beyin-odaklanma teknikleri (sezgisel-kalitatif) kullanılabilir (Schmitt, 1999), tüketimi bütünsel bir deneyim olarak ele alan ve müşteri deneyimlerine odaklanılan bir yaklaşımdır (Kabadayı ve Alan, 2014). Deneyimsel pazarlamanın bu özellikleri şu şekilde açıklanabilir:

Müşteri Deneyimine Odaklanma: Deneyimsel pazarlamada müşteri deneyimlerine ve duygusal, duygusal, bilişsel, davranışsal ve ilişkisel değerlerle yaratılan deneyimlere odaklanır. Deneyimler yolu ile müşteriler ve işletmeler arasında duygusal bağ kurulmaktadır.

Tüketicinin Holistik Bir Deneyim Olması: Deneyimsel pazarlamacılar tüketimin bütünsel kısmı ile ilgilenirler. Örneğin onlar şampuan, duş kremi, parfüm hakkında kafa yormak yerine “banyo yapma” konseptini bir bütün olarak ele alıp, ürünlerin tüketimin neresine yerleştirileceğiyle ilgilenirler. Ürün/hizmetler, ürün ambalajları ve reklamların tüketim deneyimini nasıl geliştireceğine odaklanırlar (Schmitt, 1999).

Müşterilerin Mantık ve Duygularıyla Kabul Edilen Bireyler Olarak Ele Alınması: Deneyimsel pazarlamaya göre müşteri davranışları, mantıksal olduğu kadar

duygusaldır. Tüketiciler rasyonel karar verme sürecinde duyguları tarafından yönlendirilmektedir. Çünkü tüketim deneyimlerinde müşteriler, eğlendirilmek, çeşitli uyaranlar yoluyla uyarılmak ve duygusal olarak etkilenmek isterler.

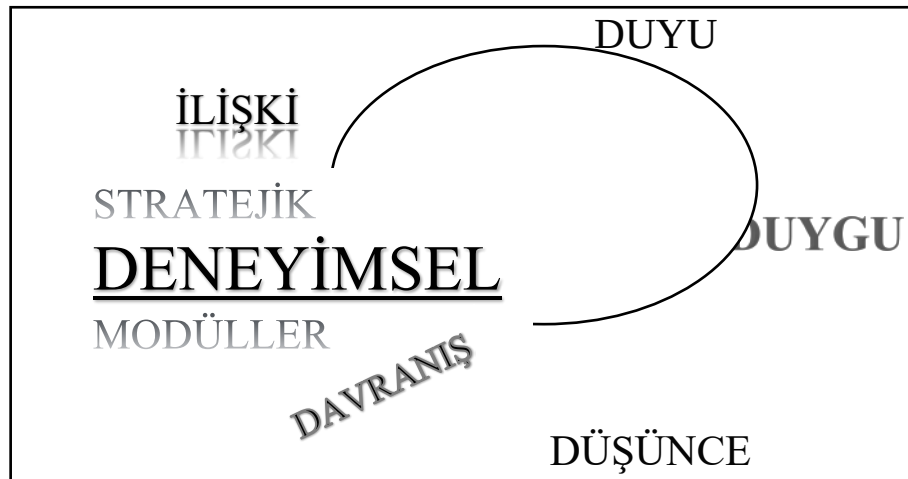
Metot ve Araçlarının Eklektik Olması: Geleneksel pazarlamanın analitik niceliksel metotlarının yanı sıra deneyimsel pazarlamada, tüketiciyi anlamak için sezgisel yöntemler, kalitatif teknikler gibi daha farklı tekniklere ihtiyaç vardır (Kara, 2015).

2.1.5. Deneyimsel Pazarlamanın Boyutları

Schmitt (1999)'a göre Deneyimsel pazarlamanın temel iki kavramı şunlardır: Stratejik Deneyimsel Modüller (SDM) ve Deneyim Sağlayıcıları (DS). Stratejik deneyimsel modüller ile deneyimsel pazarlamanın boyutları ortaya çıkmıştır. Stratejik deneyimsel modülleri aşağıda detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

2.1.5.1. Stratejik Deneyimsel Modüller (SDM)

Stratejik deneyimsel modülleri, yöneticiler müşterileri için farklı türde deneyim yaşatmak için kullanırlar. Deneyimsel pazarlamada kullanılabilecek modüller şunlardır: duyusal deneyimler (DUYU), duygusal deneyimler (DUYGU), yaratıcı bilişsel deneyimler (DÜŞÜNCE), fiziksel deneyimler, davranış ve yaşam tarzları (DAVRANIŞ), bir kültür ya da referans gruba ait olmayla ilgili kimlik bulma deneyimleri (İLİŞKİ) (Schmitt, 1999). Schmitt her bir SDM'nin kendi amacı, içsel yapısı ve ilkeleri olduğunu savunmaktadır. Şekil 2-6'da verilen her bir SDM aşağıda açıklanmıştır.



Şekil 2-6.Stratejik Deneyimsel Modüller (SDM)

Kaynak: (Schmitt, 1999)

- **Duyusal Modül (Sense)**

Duyu modülü ya da duyu pazarlaması görme, dokunma, tatma, koklama ve işitme duyuları aracılığıyla, duysal deneyimler yaratma amacıyla duyulara hitap eden modüldür. Duyusal modülün temel yaklaşımlarından biri bilişsel tutarlılık/duysal çeşitliliktir. İdeal DUYUSAL modül yaklaşımı açıkça algılanabilen ve her zaman taze ve yeni görünen bir konsept sunmaktadır. Duyu modülü pazarlama, işletme ve ürünleri farklılaştırmak, müşterileri motive etmek ve ürünlere değer katmak için kullanılabilir (örneğin estetik ve heyecan yoluyla) (Schmitt, 1999).

- **Duyusal Modül(Feel)**

Duyusal modül, müşterilerin iç hislerine ve duygularına hitap eder, bir markaya bağlı hafif derecede pozitif ruh hallerinden (dayanılmaz hizmet veya endüstri ürünü) sevinç ve gurur duygularına kadar değişen farklı duygusal deneyimler (örneğin tüketici için dayanıklılık, teknolojik olması ve sosyal pazarlama kampanyası) yaratma amacına yöneliktir. Tüketici perspektifinden bakma ve empati kurmanın yanı sıra, belirli duyguları tetikleyebilecek uyaranları anlamaya yöneliktir. Uluslararası ölçekte başarılı duygusal kampanyaları oluşturmak zordur, çünkü duygu uyandıran uyaranlar ve belirli bir durumda empati kurma arzusu kültürden kültüre farklılık gösterebilir (Schmitt, 1999).

- **Düşünsel Modül (Think)**

Düşünsel modül, müşterilere yaratıcı bir şekilde yön veren bilişsel, problem çözme deneyimleri oluşturmak amacıyla kullanılabilir. Düşünsel modül ile müşteriler cesaretlendirilir; sürpriz, entrika ve kışkırtma yoluyla onların birbirine yakın veya farklı görüşleri hedef alınır. Müşterilere iletilen mesajla, müşterilerin işletme ve markalarıyla ilgili düşünmesinin sağlanması ve işletmenin farklılığının ortaya konulması sağlanır. Yeni teknoloji ürün ve hizmetler için düşünsel modül yaygın olarak kullanılmaktadır. Düşünsel modül sadece yüksek teknoloji ürünlerle sınırlı değildir, ürün tasarımı, perakendecilik, iletişimin yanı sıra pek çok sektörde de kullanılmaktadır (Schmitt, 1999).

- **Davranışsal Modül (Act)**

Davranışsal modül, müşterilerin fiziksel deneyimlerini hedefleyerek onlara alternatif iş yapma biçimleri, yaşam tarzları ve etkileşimler göstererek, müşterilerin hayatlarını zenginleştirmektedir. Davranış değişimine yönelik akılcı yaklaşımlar (yani gerekçeli

eylemler kuramları) birçok davranış değişikliği seçeneğinden yalnızca biridir. Yaşam tarzı ve davranışlarındaki değişiklikler genellikle motivasyonel, ilham verici ve duygusaldır ve genellikle rol modeller tarafından motive edilmektedir. Nike'in "Just do it" kampanyası davranışsal pazarlamanın klasiklerindendir (Schmitt, 1999).

- **İlişkisel Modül (Relate)**

İlişkisel modül, duyusal, duygusal, düşünsel davranışsal pazarlamanın tüm yönlerini içerir. Bununla birlikte ilişkisel modül, bireyin kişisel ve özel duygularının ötesinde gelişir, böylelikle bireyi kendi özel durumu dışında başka bir şeyle ilişkilendirir. Bireyin kendini geliştirme isteğine, kişilerin başkaları tarafından (örneğin, akranları, kız arkadaşları, erkek arkadaşları veya eşleri, aileleri ve meslektaşları) olumlu algılanma duygusuna hitap eder. Kişiyi daha geniş bir sosyal sistemle (bir altkültür, bir ülke, vb.) ilişkilendirir. Örneğin Amerikan motosikleti Harley-Davidson markası ile mükemmellik ilişkilendirilmektedir. Harley bir yaşam tarzıdır, Harley-Davidson tutkunları vücutlarında Harley'in motosikletlerinden başka ürünlere kadar dövmelemlerini yaptırmakta ve Harley'i kimliklerinin bir parçası olarak görmektedirler (Schmitt, 1999).

Yukarıda bahsedildiği gibi her bir SDM'nin kendi içsel yapısı ve ilkeleri vardır. Ancak kendi kendilerine yeten yapılar değildir, birbirleriyle etkileşim ve bağlantı içinde olmalıdırlar. Başarılı işletmeler deneyim yaratırken iki veya daha fazla SDM'yi birlikte kullanmaktadırlar. Tablo 2-4'te deneyimsel pazarlamanın boyutları ve her bir deneyimin ifade ettiği eylemler ve müşterilere nasıl yansıdığı gösterilmiştir.

Tablo 2-4. Deneyimsel Pazarlamanın Boyutları

Deneyim Modülü	Deneyim Boyutu	Deneyim Eylemi	Müşteri Deneyimi
Sense	Duyusal	Algılamak	Beş duyuya hitap eder
Feel	Duygusal	Hissetmek	Hislere ve ruh haline hitap eder
Think	Düşünsel	Düşünmek	Yaratıcılık ve bilişsel fonksiyonlara hitap eder
Act	Davranışsal	Faaliyette Bulunmak	Davranışlara ve yaşam tarzına hitap eder
Relate	İlişkisel	İlişkilendirmek	Kültürel ve sosyal gruplara hitap eder

Kaynak: (Deligöz ve Ünal, 2017)

2.1.5.2. Deneyim Sağlayıcılar

Stratejik DUYUSAL, DUYGUSAL, DÜŞÜNSEL, DAVRANIŞSAL ve İLİŞKİSEL modüllerinin uygulanması, “deneyim sağlayıcılar” (ExPros: Experience providers) aracılığıyla gerçekleşir. Deneyim sağlayıcılar iletişim, görsel ve sözel kimlik ve işaret, ürün kişiliği, ortak markalama, uzaysal çevre, elektronik medya ve insanları içermektedir. Deneyim yaratmak için deneyim sağlayıcılar üç yöntemle uygulanabilir. (1) tutarlı (entegre) bir şekilde, (2) zaman içinde sürekli olarak (3) detaylara dikkat ederek ve her bir deneyim sağlayıcıyı tam kapasite kullanarak (Schmitt, 1999). Şekil 2-8’de Deneyim Sağlayıcıların stratejik deneyimsel modüller üzerindeki etkisini gösteren “Deneyimsel Grid” gösterilmiştir.



Şekil 2-7.Deneyimsel Grid

Kaynak: (Schmitt, 1999)

Stratejik deneyimsel modülleri, deneyim sağlayıcılar aracılığıyla belirli stratejik kararlar alarak uygulamak gerekmektedir. Deneyimsel pazarlama, stratejik planlama yapabilmek için, “Deneyimsel Grid (Kesişen Hatlar)” adı verilen araca ihtiyaç duymaktadır. Deneyimsel modülleri yoğunlaştırarak mı vermeli, basitleştirmeye mi gidilmeli ya da tek bir deneyime mi odaklanmalı yoksa deneyimler hibrit bir şekilde mi verilmeli, modüller birbirleriyle bağlantılı veya ayrı mı olmalı işletmeler buna karar vermelidirler.

2.1.6. Deneyim Üzerine Pazarlama (Araştırma) Alanları

Deneyim ile ilgili araştırma alanları tüketici, ürün ve hizmet deneyimi, offline (çevrimdışı), online (çevrimiçi) deneyimler, tüketim ve marka deneyimleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Schmitt ve Zarantonello, 2013). Tüketici deneyimi kavramı deneyim ile ilgili geniş tabanlı bir çerçeve sunsa da, birbirleriyle karşılaştırıldığında, hedefler ve faaliyetler konusunda her bir alanın farklılaştığı görülmektedir. Bundan dolayı bu bölümde her bir pazarlama araştırma alanı hakkında kısaca bilgi verilmiştir.

2.1.6.1. Ürün ve Hizmet Deneyimi

Ürün deneyimi, ürünü satın almadan önce veya satın aldıktan sonra, ürün ve tüketici arasındaki etkileşimi ifade etmektedir. Ürün deneyimi araştırmalarının odak noktası, tüketicilerin ürün özelliklerinin sözel, görsel veya çoklu formda nasıl algıladığı ve bunun yanı sıra bu uyaranlara dayanarak ürün ile ilgili kararları, tutumları, tercihleri ve satın alma niyetinin nasıl meydana geldiğini belirlemektir. Konuyla ilgili çalışan araştırmacılar ürün tasarımı, estetik, tüketici algıları, davranışları ve değerlendirmeleri üzerindeki teknolojinin etkisi gibi konular üzerinde durmaktadırlar. Hizmet deneyimi kavramı ise tüketiciye bir hizmet sunulduğunda, işletme ve tüketici arasındaki etkileşimi ifade etmektedir (Schmitt ve Zarantonello, 2013). Helkkula (2011)'e göre hizmet deneyimi literatürde hizmet pazarlaması bakış açısıyla üç şekilde kategorize edilmiştir. (1) “fenomenolojik” yaklaşım hizmet deneyiminin sağladığı değeri ele almaktadır; (2) “süreç temelli” yaklaşım hizmet deneyimini aşamalı bir süreç olarak değerlendirir; (3) “sonuç temelli” yaklaşım ise hizmet deneyimini bir dizi hizmet değişkeni veya pazarlama çıktılarına yönelik özellikleri birbirine bağlayan modelde kritik bir faktör olarak nitelendirmektedir.

2.1.6.2. Offline-Online Deneyimler

Deneyimler online olarak (ör. "online alışveriş" veya "internette gezme" deneyimleri) veya çevrimdışı (örneğin, perakende satış mağazalarında) şeklinde olabilir. Offline deneyimler daha çok mağaza, süpermarket, butikler gibi alışveriş ortamı ile ilgilidir. Bu tür çalışmalar müzik, aydınlatma, koku gibi çevresel değişkenlerin mağazadaki tüketici algısı, tutumları ve davranışlarını nasıl etkilediğini araştırmaktadır. Günümüz dijital dünyası, bireylere satın almadan önce ve satın aldıktan sonra yeni tüketici deneyimleri yaratan bir dizi araç sunmaktadır. İnternet yoluyla bir web sitesine girip alışveriş yapmak, sipariş vermek, ödeme yapmak ve teslimat gibi işlemler oldukça

kolay ve hızlı gerçekleştiği için, tüketiciler tarafından sıklıkla kullanılmakta ve tüketiciler pozitif bir deneyim yaşamaktadırlar (Schmitt ve Zarantonello, 2013).

2.1.6.3. Tüketim Deneyimi

Tüketim deneyimi kavramı, ürün ve hizmetten veya offline-online deneyimlerden daha geniş bir yapıyı ifade etmektedir. Deneyimsel tüketim kavramı ilk olarak 1982’de Holbrook ve Hirschman tarafından “The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings, and Fun” başlıklı makalede ele alınmıştır. Araştırmacılar klasik bilgi işleme modeline karşı tüketicilerin duyguları, eğlenceleri ve fantezilerini savunmuştur. Bu iki yazarın yıllar içindeki öne sürdüğü en eksiksiz model ise TEAV olarak adlandırılan (think (düşünceler), emotions (duygular), activities (aktiviteler), values (değerler)) modeldir. Bu modele dayanarak, çevre (bilgi) ve kişi (motivasyon) arasındaki etkileşim tüketicilerin düşünceleri (zihinsel faaliyetler), duyguları (yanıt verme, yorumlama, ifade etme ve hissetme), aktiviteleri (eylemler, tepkiler) ve değerleri (ekonomik, sosyal, hedonik vb.) içeren tüketim süreçleri tarafından oluşturulmaktadır (Schmitt ve Zarantonello, 2013).

2.1.6.4. Marka Deneyimi

Marka deneyimini (Brakus, Schmitt ve Zarantonello, 2009), marka tasarımı ve kimliğinin, ambalajının, iletişiminin ve çevresinin bir parçası olan, marka ile ilgili uyarıların oluşturduğu davranışsal tepkiler ile tüketici tepkileri (duyular, duygular ve bilişler) içine alan sübjektif bir kavram olarak ifade etmiştir. Marka deneyimlerinin güç ve yoğunluk bakımından farklılık gösterdiğini; bazı marka deneyimlerinin diğerlerinden daha güçlü veya yoğun olduğunu savunmuştur. Ürün deneyimlerinde olduğu gibi, marka deneyimlerinin de değer bakımından farklılık gösterdiğini; bazılarının olumlu ve bazı deneyimlerin ise olumsuz olabileceğini öne sürmektedir. Dahası bazı marka deneyimlerinin, kendiliğinden fazla yansıma olmadan ortaya çıktığını ve kısa ömürlü olduğunu; bazılarının ise kasıtlı olarak uzun ömürlü olduğunu ifade etmektedir. Zamanla, tüketici hafızasında saklanan uzun ömürlü marka deneyimlerinin, tüketici memnuniyetini ve sadakatini etkilediğini öne sürmektedir.

2.1.6.5. Müşteri Deneyimi

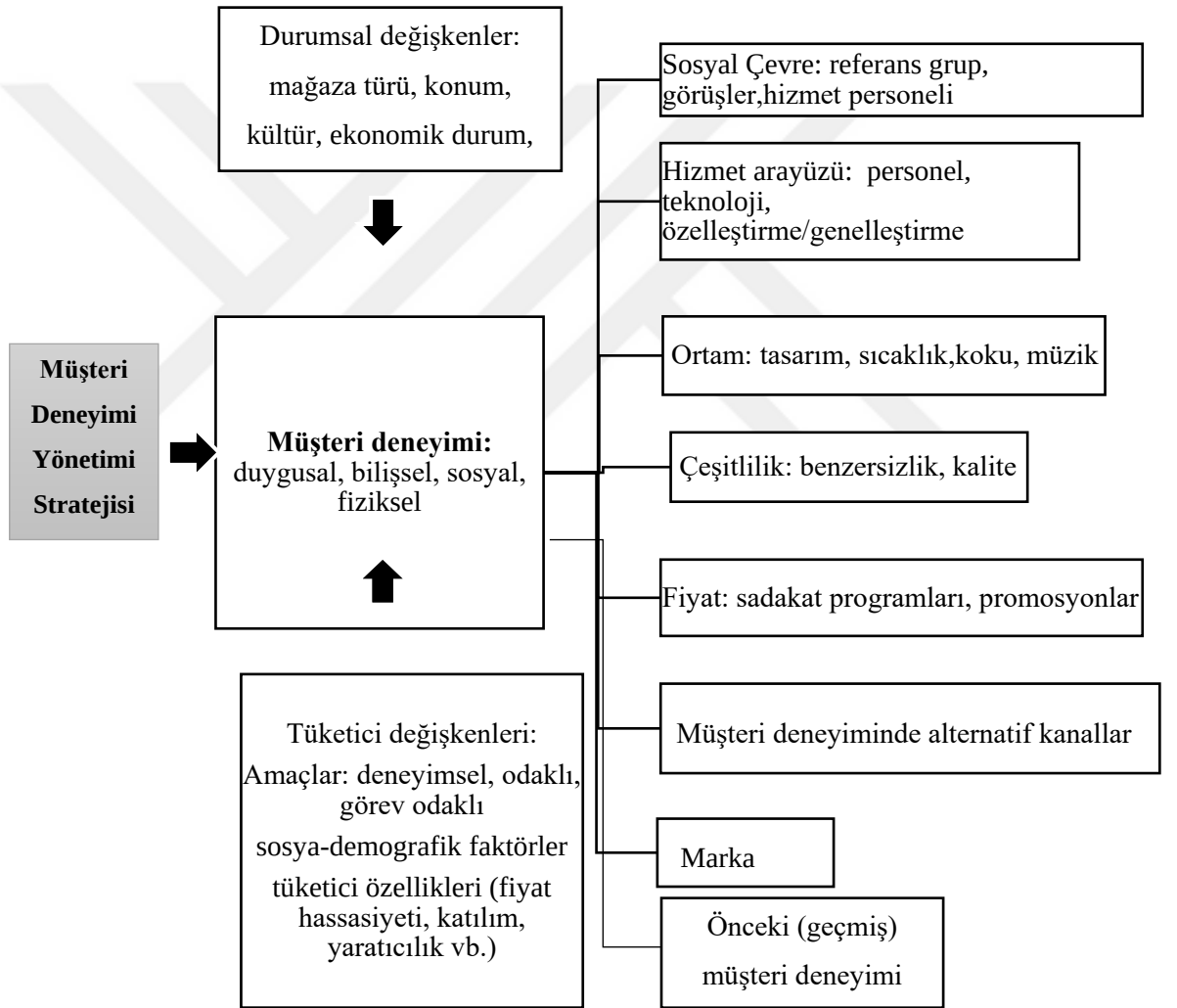
Müşteri deneyimi kavramını açıklamadan önce, tarihçesinden kısaca bahsetmek gerekirse; kavram başlangıçta Holbrook ve Hirschman (1982) tarafından tüketim

deneyimi olarak, daha sonra Pine ve Gilmore (1998) tarafından deneyim ekonomisi olarak ele alınmış, Berry ve arkadaşları (2002) tarafından ise müşteri deneyimi olarak farklı bir yaklaşım ile değerlendirmiştir (Berry, Carbone ve Haeckel, 2002; Holbrook ve Hirschman, 1982; Pine ve Gilmore, 1998). Berry ve arkadaşları (2002) müşteri deneyimi yaratmanın ipuçlarından bahsetmiştir. Kavrama diğer iki önemli katkı Grewal ve arkadaşları (2009) ile Verhoef ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Grewal ve arkadaşları (2009) fiyat, tutundurma, konum tedarik zinciri gibi makro faktörlerin müşteri deneyimi ve davranışlarını nasıl etkilediğini açıklarken, Verhoef ve arkadaşları (2009) ise müşteri deneyimi yaratmada kavramsal bir model ileri sürmüştür (Grewal, Levy, ve Kumar, 2009; Verhoef ve ark., 2009). Bundan iki yıl sonra Lemke ve arkadaşları (2011) müşteri deneyimi kalitesi ve kavramla ilişkili çıktıları tartışmıştır (Lemke, Clark, ve Wilson, 2011). Daha sonra Klaus ve Maklan (2012) müşteri hizmet deneyimini ölçmek için müşteri deneyim kalitesi (EXQ) ölçeğini geliştirmiştir (Klaus ve Maklan, 2012) ve son olarak Anderson (2014) müşteri deneyimi barometresi adlı çalışmasında müşteri deneyimi değişkenlerinden bahsetmiştir.

Mükemmel müşteri deneyimi yaratmak, günümüz işletmelerinin temel amaçlarından biri olarak görülmektedir. Örneğin Toyota'nın misyonu en iyi müşteri deneyimi oluşturarak ve satıcı desteği sağlayarak karlı büyümeyi sürdürmek iken, Dell bilgisayarları şirketin hizmet sunduğu pazarlarda en iyi müşteri deneyimi yaratmaya odaklanmaktadır. Benzer şekilde Sturbacks'ın başarısının müşterileri için farklı bir deneyim yaratma çabasına dayandığı savunulmaktadır. Ek olarak IBM yakın tarihli bir raporunda müşteri deneyimini markalara, pazarlama kanallarına ve hizmetlere sadakat kurmada şirketlerin kullanacağı bir anahtar olarak tanımlamıştır. Sektörün müşteri deneyiminin önemini bilmesine rağmen, konuyu araştıran akademik pazarlama literatürü sınırlı kaldığı söylenebilir (Verhoef ve ark., 2009). Müşteri deneyimi ile ilgili yayınların daha çok uygulayıcı-odaklı olduğu görülmüştür (Carbone ve Haeckel, 1994; Meyer ve Schwager, 2007; Shaw ve Ivens, 2002). Müşteri deneyiminin kısa tarihine şöyle bir bakıldığında, ayrı bir yapı olarak ele alınmadığı, bunun yerine hizmet kalitesi ve müşteri tatmini konuları üzerinde durulduğu görülmüştür (Oliver, 1980; Oliver ve Swan, 1989; Westbrook ve Oliver, 1981; Zeithaml, Berry, ve Parasuraman, 1996). Ancak daha sonra (Holbrook ve Hirschman, 1982) tüketimin deneyimsel boyutları, (Pine ve Gilmore, 1998) deneyimsel ekonomi, (Schmitt, 1999) deneyimsel pazarlama modülü, (Klaus ve Maklan, 2012; Klaus ve Maklan, 2013; Maklan ve Klaus, 2011) hizmet deneyiminin nasıl

ölçüleceği, (Brakus ve ark., 2009) marka deneyimi ve nasıl ölçüleceği kavramlarını ele alarak “deneyimsel pazarlama” kavramını genişletmişlerdir.

Araştırmacılar müşteri deneyimini farklı yönleri ile değerlendirmişlerdir. Kimisi sadece müşteri deneyimine odaklanırken, kimi geçmiş müşteri deneyimine, sosyal çevreye, pazarlama kanallarına, ortam (atmosfer), fiyat gibi müşteri deneyiminin çeşitli belirleyicilerini ele almışlardır (Verhoef ve ark., 2009). Verhoef ve arkadaşları müşteri deneyimi kavramını bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirerek müşteri deneyimi yaratmanın kavramsal modelini şekil 2-8’deki gibi açıklamışlardır.



Şekil 2-8. Müşteri Deneyimi Oluşturmada Kavramsal Model

Kaynak: (Verhoef ve ark., 2009)

Verhoef ve ark., (2009)’a göre müşteri deneyimi, müşterinin işletmeye olan bilişsel, duyusal, duygusal, sosyal ve fiziksel tepkilerini içeren, doğası gereği bütünsel

olan bir durumu ifade etmektedir. Deneyim sadece işletmenin kontrol edebileceği unsurlar (hizmet ara yüzü, ortam, ürün çeşitliliği, fiyat) ile değil, işletmenin kontrolü dışında olan faktörler ile (alışveriş/hizmet kullanımının amacı, başkalarının tavsiyeleri gibi) de yaratılır. Ayrıca toplam deneyimin araştırma, satın alma, tüketim, satış sonrası deneyim olmak üzere çoklu perakende kanalları ile oluştuğunu savunmaktadır. Şekil 2-8’de ileri sürdüğü kavramsal model, şuan ki müşteri deneyiminin geçmiş deneyimden etkilendiği yönündedir. Modelde aynı zamanda durumsal ve tüketici ile ilgili faktörlerin de etki ettiği gösterilmiştir. Tüketici ile ilgili faktörler kısmında müşteri deneyiminin tüketicinin ürün satın alma/hizmet kullanma amacı ile şekillendiği savunulmaktadır. Bu hedefler kişilik özellikleri, sosyo-demografik özellikler ve durumsal etkenler gibi faktörlerle şekillenirler. Örneğin görev odaklı müşteriler deneyimsel odaklı müşteriler ile kıyaslandığında ürün çeşitliliğini (yelpazesini) müşteri deneyimi için daha önemli itici bir güç olarak görebilirler. Son olarak durumsal faktörler tarafında, mağaza türü (indirim-tam hizmet, özellikli-genel), konum (alışveriş merkezi-şehir merkezi), kültür (maskülen-bireycilik), mevsim (normal-tatil), ekonomik iklim (durgunluk-genişleme), rekabet yoğunluğu gibi faktörler yer almaktadır (Verhoef ve ark., 2009). Buradan hareketle literatürde müşteri deneyimi ile ilgili yapılan tanımlar aşağıda verilmiştir:

Gentile, Spiller, ve Noci, (2007)’e göre müşteri deneyimi bir müşteri, ürün, şirket ya da örgütün bir bölümü arasında tepki yaratan bir dizi etkileşimden kaynaklanmaktadır. Bu deneyimin kesinlikle bireysel ve müşterinin farklı seviyelerde (mantıksal, duyuşal, duygusal, fiziksel ve ruhsal) katılımını esas aldığını savunmaktadır. Deneyim, müşterinin beklentileri ve şirket ile etkileşimlerinden gelen uyarılar, farklı temas veya dokunma anlarına karşılık gelen teklifler arasındaki karşılaştırmaya bağlı olarak oluşur (Gentile, Spiller, ve Noci, 2007). Gentile, Spiller, ve Noci, (2007) deneyim kavramının çok yönlü bir yapı olduğunu tıbbi literatürden örnek vererek açıklamıştır. Çoğu nöropsikolojik çalışmalarla ağrının duyuşal, bilişsel ve duygusal komponentleri içeren çokyönlü bir deneyim olduğu kanıtlanmıştır.

Meyer ve Schwager, (2007) müşteri deneyimini, müşterilerin bir şirketle doğrudan veya dolaylı iletişim kurmaları konusunda içsel ve subjektif bir cevap olarak tanımlamaktadır. Doğrudan iletişim genellikle müşteri tarafından başlatılan ve satın alma veya hizmeti kullanma sırasında oluşurken; dolaylı iletişim çoğunlukla müşterinin şirketin ürünleri, hizmetleri, markaları, reklamları, şirketle ilgili ağızdan ağıza iletişim

yoluyla tavsiyeler, eleştiriler vb. ile plansız bir şekilde karşılaşmasıyla oluşur. Böyle plansız bir durum google’da bir arama yaparken, ana sayfada tuhaf tatil logolarının açılması ya da Harley-Davidson motosiklet egzoz sisteminin sesi (ayırt edici ses) ile karşılaşıldığında meydana gelebilir. Gilead ilaç firması, firmanın yeni bir AIDS (Acquired Immuno Deficiency Dyndrome-edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) ilacı geliştirirken, bir tüketici segmentinin memnuniyetsizliğini anlamadaki başarısızlığının, bu segmente ulaşmadaki başarısızlığa nasıl dönüşebileceğine dair iyi bir örnek sunmaktadır. Firma mevcut ilaçlara göre avantajlı olan yeni ilacı piyasaya sürdükten sonra, yeni hastalara yapılan satışların iyi, fakat halihazırda tedavi gören hastalara yapılan satışların beklenenden daha az olduğunu farketmiştir. Gilead, HIV (Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)/AIDS hastalarının kullandıkları ilaca alternatif başka bir ilacı seçmenin, ilaç değiştirmekle aynı anlama gelebildiğini; ilaç değiştirmenin belirsiz de olsa iyileşme umuduyla güvendiği ilacı bırakmanın hastaların umutlarını bırakmaları demek olduğunu tespit etmiştir. Şirket ayrıca HIV (+) hastaların ilacın üstün özelliklerinden ziyade potansiyel yan etkileriyle daha fazla ilgilendiğini de farketmiştir. Gilead, hekimlerine hastalarını bölümlendirmesini istemiş ve hastalar bildiklerinden farklı bir ilaç reçete etme istekliliğine göre bölümlere ayrılmıştır. Gilead, hastaların ilaçları değiştirmesini kolaylaştırdıktan sonra, şirketin ana rakibinin pazar payı % 33 oranında düşmüştür (Meyer ve Schwager, 2007).

Shaw ve Ivens, (2002) müşteri deneyimini bir şirketin tüm temas noktalarında müşteri beklentilerine karşı sezgisel olarak ölçülen duyguların ve fiziksel performansın bir karışımı olarak ifade etmiştir (Shaw ve Ivens, 2002). Bu kavramda müşteri deneyiminin *fiziksel* ve daha önemlisi *duygusal*lıkla ilgili olduğu, müşteri beklentilerine karşı *sezgisel* olarak ölçüldüğü ve son olarak sadece bir mağazada olduğunuzda değil, organizasyon veya markayla *iletişime geçtiğiniz tüm noktalarda* yaşayabileceğiniz bir deneyim olduğu vurgulanmıştır.

Berry, Wall ve Carbone, (2006) müşteri deneyimini, hizmet ipuçları ile ele almıştır. Müşterilerin hizmet seçerken veya hizmet deneyimlerini değerlendirirken çok fazla sayıda ipucunu bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullanıklarını savunmaktadır. Yazarlara göre hizmet deneyimini değerlendirmede fonksiyonel-mekanik ve insani olmak üzere üç tip ipucu kullanılmaktadır. Fonksiyonel ipuçları hizmet deneyiminin “ne”

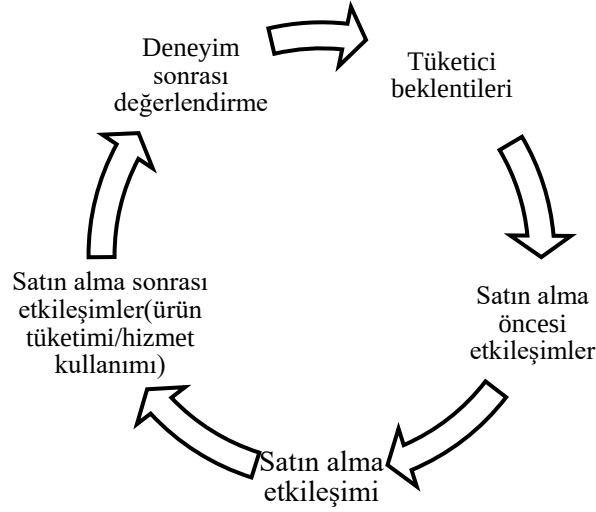
olduğunu, hizmetin güvenilirliğini ve yeterliliğini ortaya çıkaran, herhangi birşeyin varlığı veya yokluğu ile karakterize hizmetin teknik kalitesi ile ilgili özellikleridir. Örneğin “*Resepsiyonda verilen anahtar otel odasının kapısını açar mı?*” sorusu teknik kalitenin bir göstergesi olabilir. Mekanik ipuçları hizmetin somut özellikleri (kokular, renkler, tatlar, dokular) ile ilgilidir. Hizmet sunucunun görünümü ve davranışı ile ilgili özellikler (kelime seçimi, ses tonu, beden dili, kıyafet-görünüş gibi) ise insani ipuçları olarak değerlendirilmektedir. Üç ipucu arasındaki ayrım çok net olmayabilir. Örnek olarak, bir müşterinin stokta olmayan bir ürünün ne zaman hazır olacağı ile ilgili sorularına cevap veren bir perakende satış elemanı, hem işlevsel hem de insani ipuçları üretmektedir. İnsani ve mekanik ipuçları, hizmet deneyiminin "nasıl" olduğu ve bir kuruluşun müşteri ihtiyaçlarını ve isteklerini anlama ve tatmin etme konusundaki kararlılığı hakkında çok fazla bilgi vermektedir.

Berry ve ark., (2002) artık tek başına ürün ya da hizmet sunmanın yeterli olmadığını, örgütlerin müşterilerine tatmin edici deneyim sağlamaları gerektiğini savunmaktadır. Bu boyutta rekabet etmenin, insanların satın alma sürecinde tespit ettiği tüm "ipuçlarını" düzenlemek anlamına geldiğini ileri sürmektedir.

2.1.7. Tüketici Deneyimi Aşamaları

Bir deneyimin oluşmasında, kişilerin etkilendiği pek çok faktör vardır. Psikolojik, sosyal, çevresel, ailesel faktörler bunların başında gelmektedir. Kişin yaşam tarzı ve alışkanlıkları ailede oluşmakta, çevrenin etkisiyle şekillenmekte, internet gibi iletişim teknolojileri ile bilgiye hızlı erişim sayesinde değişmektedir. Psikolojik ve sosyal süzgeçten geçerek bir tüketiciye özel deneyim oluşmaktadır (Genç, 2009).

Shaw ve Ivens, (2002)’e göre tüketici deneyimleri beş aşamadan oluşmaktadır. Tüketici deneyimi, bir ürün veya hizmeti satın almaya karar vermeden önce oluşmaktadır. Şekil 2-9’da “tüketici deneyimi aşamaları” gösterilmiştir.



Şekil 2-9. Tüketici Deneyimi Aşamaları

Kaynak: (Shaw ve Ivens, 2002)

1. Aşama-tüketici beklentileri: Tüketici deneyimi açısından beklentilerin oluşturulması kritik öneme sahiptir. Beklentiler, marka imajından, reklamdan, insanların o işletme için söylediklerinden, geçmiş deneyimlerden veya benzer firmalarda yaşanan deneyimlerden, işlevsel yönlerinin aynı olduğuna inanılan başka pazardaki deneyimlerden vb. etkilenecek oluşur. Eğer bütün bunların hepsi başarısız olursa, kişinin hayal gücü devreye girer.

2. Aşama-satın alma öncesi etkileşimler: Bu aşama kişinin satın almaya karar vermeden önceki bütün eylemlerini içerir. İnsanlar artık satın alma eylemini gerçekleştirmeden önce daha fazla bilgi toplayıp, istediği ürün veya hizmetle ilgili daha fazla araştırma yapmaktadır. Örneğin insanlar işletmenin web sayfasına girerek, telefonla arayarak veya mağazaya giderek ürün veya hizmet hakkında bilgi toplamaya çalışmaktadır. Ürün ve hizmet özelliklerinin yanı sıra şirketin ortamı, bulunduğu yer gibi faktörleri de değerlendirmektedirler.

3. Aşama-satın alma etkileşimi: Müşteri deneyiminin kalbi olarak da adlandırılabilir bu aşama satın almaya karar verildiğinde başlar. Şirketin müşteri tarafından görünen-algılanan tüm faaliyetleri bu aşamada gerçekleşir. Örneğin McDonalds'ta sipariş verirken veya bir mağazadan televizyon satın alırken, o şirketle ilgili bir dizi eylemle karşı karşıya kalırsınız. Bu sırada satın alma işlevi ile ürün veya hizmete karşı deneyimleriniz şekillenmeye başlar.

4. Aşama-ürün veya hizmetin tüketimi: Bu aşama satın alınan ürün veya hizmetin fiilen kullanıldığında ortaya çıkar. McDonalds'ta Big Mac menü yemek, gazete okumak bu aşamaya örnek olarak verilebilir. Müşteri deneyimi de ürün ve hizmet kullanımı ile ilgilidir. Bazı ürünlerin tüketimi, şeker yemek gibi birkaç dakika içinde gerçekleşirken bazıları bir araba kullanmak veya televizyon izlemek gibi yıllar alabilir.

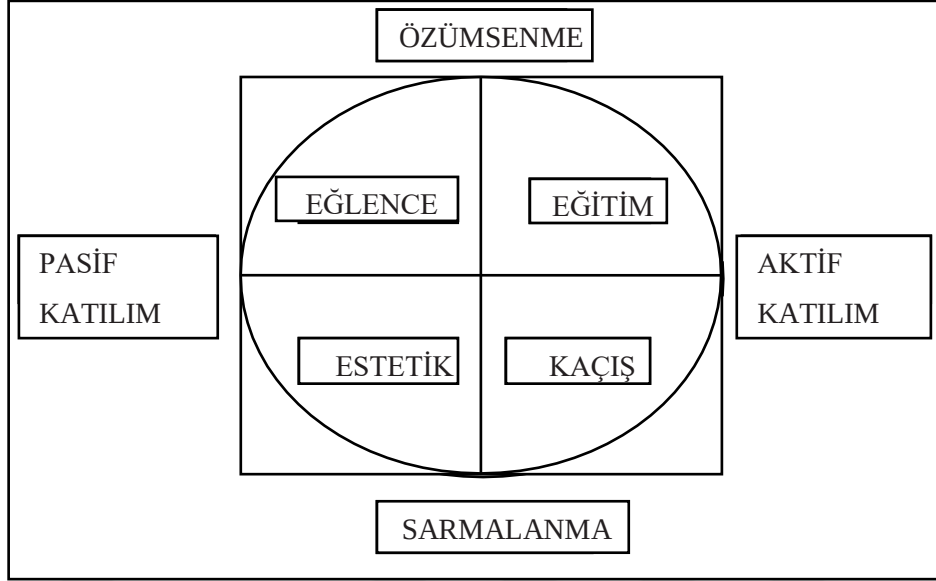
5. Aşama-deneyim sonrası değerlendirme: Deneyim sonrasında, beklentilere göre performansın nasıl olduğunun sezgisel olarak değerlendirildiği aşamadır. Sonraki deneyimler için tekrar beklentiler şekillendirilmekte ve tüketici deneyiminin ilk aşamasına dönülmektedir. İşletmeler ürünlerin ve hizmetlerin bu döngüye nasıl uyduğunu ve fiziksel ve duygusal öğelerin hangi aşamada daha önemli olduğunu belirlemelidir (Shaw ve Ivens, 2002).

2.1.8. Müşteri Deneyimi Alanları

Pine ve Gilmore, (1998)' a göre bir işletmeler müşterinin ödediği fiyata değecek bir deneyim yaratmak istiyorsa, ürün ve hizmetlerde olduğu gibi deneyimlerin de kendine özellikleri ve tasarım ilkeleri olduğunun farkında olmalıdır. Eğer bir şirket deneyim üzerine kafa yormak istiyorsa deneyimin iki boyutundan bahsetmek faydalı olacaktır. Yatay ve dikey ekseninde yer alan boyutların birleşmesiyle de 4 temel deneyim alanı oluşmaktadır. Bunlardan yatay ekseninde yer alan ilk boyut "*müşteri katılımı*" esas alan boyuttur. Spektrumun bir ucunda pasif diğer ucunda aktif katılım yer almaktadır. Pasif katılımıda müşteriler genel performansı etkilemez, bu katılımcılar olayı genellikle gözlemleyen veya dinleyen grubunda yer alırlar. Örneğin bir senfoni orkestrası konserini izleyen katılımcılar. Aktif katılımıda ise müşteriler deneyim sağlayan etkinliğin oluşturulmasında kilit rol oynarlar. Örneğin kayak yapanlar.

Dikey eksenindeki ikinci boyut ise, müşteriyi olayla birleştiren bağlantı ya da ortam ilişkisi türünü tanımlamaktadır. Eksenin bir ucunda özümseme diğer ucunda ise sarmalanma yer almaktadır. Özümseme, deneyimi akla getirerek bir kişinin zihnini meşgul etme, sarmalanma ise fiziksel ya da sanal olarak deneyimin bir parçası olma anlamını taşımaktadır (Genç, 2009).

Deneyimler yukarıda bahsedilen iki boyutun kesiştiği alanlara göre 4'e ayrılmaktadır. Şekil 2-10'da deneyim alanları gösterilmiştir.



Şekil 2-10.Deneyim Alanları

Kaynak: (Pine ve Gilmore, 1998)

Şekil 2-10'a göre deneyim alanları şöyledir:

Eğlence: Çoğu insanın eğlence olarak düşündüğü deneyimler, televizyon seyretmek, bir konsere katılmak, daha çok pasif olarak özümseyebilecekleri deneyimlerdir.

Eğitim: Eğitim etkinlikleri ile ilgili ders almak gibi aktif katılım gerektiren deneyimlerdir. Müşteriler eylemin içine dalmış olmaktan ziyade olayın dışındadır.

Kaçış: Bu deneyim, eğitim ve eğlence etkinliklerine göre, aktivite ile çok daha fazla sarmalanma gerektirmektedir. Hem aktif katılımı hem de deneyimle yoğun bir şekilde sarmalanmayı gerektiren, oyunculuk yapmak, bir orkestrada enstrüman çalmak ya da büyük bir kanyondan aşağıya inmek gibi faaliyetler örnek olarak gösterilebilir.

Estetik: Müşteri katılımı en aza indiğinde dördüncü alan olarak estetik boyutu karşımıza çıkar. Müşteriler veya katılımcılar bir faaliyet veya çevrenin içindedirler fakat o faaliyete herhangi bir etkileri bulunmamaktadır. Örneğin bir sanat galerisini gezen ziyaretçi gibi.

2.1.9. Deneyim Tasarım İlkeleri

Pine ve Gilmore (1998), deneyimin ürün ve hizmetlerde olduğu gibi, bir sanat eseriymiş gibi tasarlanması gerektiğini savunmaktadır. Buna göre deneyim tasarımında 5 temel ilke öne sürmüştür.

1. Bütünsel Bir Tema Geliştirilmesi: Bir deneyim oluşturmada iyi tanımlanmış bir tema tasarımı en önemli adımlardan biridir. Öte yandan üzerinde yeterince düşünülmeyen oluşturulan bir tema, müşterilere karşılaştıkları izlenimleri nasıl organize edecekleri hakkında birşey sağlamaz ve deneyim akılda kalıcı olmaz (Pine ve Gilmore, 1998). Örneğin; Disneyland’a gitmeyi düşünen müşteriler orada neyle karşılaşacağını bilir ve hatta oraya bu beklentileri için giderler (Kara, 2015).

2. İzlenimlerin Olumlu İpuçları ile Uyumlu Hale Getirilmesi: Yukarıda deneyimin oluşturulmasında ilk ve en önemli adımın tema oluşturulması olduğu ifade edilmişti. Deneyimin temeli tema oluşturma ise, temalar, tüketicilerin zihninde silinmeyecek izlenimler bırakacak şekilde tasarlanmalıdır. İzlenimler, tüketicilere deneyim hakkında bir çıkarsama sağlar ve oluşturulan temaların her yerinde onları bulursunuz. İşletmeler arzulanan bir izlenim yaratmak istiyorlarsa, deneyimin doğasını misafirlerine bildiren ipuçlarını, onlara tanıtmalıdır. Herbir ipucu temayı desteklemeli ve hiçbirini, başka bir tanesi ile tutarsız olmamalıdır. Örneğin en küçük bir ipucu dahi eşsiz bir deneyim yaşatabilir. Örneğin bir restorana gittiğinizde garsonun “ masanız hazır, buyrun!” demesi mi, “maceranız başlamak üzere, buyrun!” demesi mi deneyim hakkında daha fazla merak uyandıracaktır (Pine ve Gilmore, 1998).

3. Olumsuz İpuçlarının Ortadan Kaldırılması: Müşteri deneyiminin bütünlüğünü sağlamak, olumlu ipuçlarını katmanlaştırmaktan daha fazlasını gerektirir. Deneyim tasarımcıları temadan uzaklaşan, tema ile çelişen herşeyi ortadan kaldırmalıdır. Deneyim araştırmacıları çoğu ofislerin, alışveriş merkezlerinin, uçakların vs. anlamsız ve önemli mesajlarla dolu olduğunu savunmuşlardır. Müşteri memnuniyeti adına “overservicing” denilen aşırı hizmette bir deneyimi berbat hale getirebilir. Örneğin havayolu pilotlarının müşterilerine (bunların içinde uyuyan, okuyan yada birbirleriyle konuşanlar olabilir) “Ankara uçağın sağ tarafında kalmaktadır” şeklinde bir uyarı vermesi ya da hastanelerdeki ön büro personellerinin sık sık çalan telefonlar nedeniyle, yüzyüze konuşmayı kesmeleri müşteri de olumsuz bir deneyime dönüşebilir. Pilotların duyuru dışı konuşmalarını kulaklıklar aracılığıyla yapması, hastanelerde danışma kısımlarında

telefonlara cevap vermek için başka bir personel bulundurulması basit ama önemli adımlardır ve tüm bunlar negatif işaretleri yok ederek iyi bir deneyim sağlamaya yardımcı olurlar (Pine ve Gilmore, 1998).

4. Deneyimin Hatıralık Eşyalarla Bütünleştirilmesi: İnsanlar belirli ürünleri daha çok taşıdıkları hatıralar için satın alır ve yaşadıkları deneyimin somut birer izleri olarak görürler. Çoğu zaman en gözde eşyalar olarak kabul edilen bu hatıralıklar, müşteriler için ürünün maddi değerinin çok ötesinde bir değer ifade eder (Kara, 2015). Örneğin tatilciler gittikleri yerin hoş bir görüntüsünü saklamak için kartpostallar, golfçüler parkuru hatırlatması için, oranın logosuyla işli şapka, rock konserine katılan gençler ise konseri hatırlatması için tişört alabilirler (Pine ve Gilmore, 1998).

5. Deneyimin Beş Duyuya Hitap Etmesi: Deneyime eşlik eden duyuşal uyarıcıların, temayı desteklemesi ve güçlendirmesi gerekmektedir. Ayrıca bir deneyim, duyulara ne kadar etkili hitap ediyorsa, o kadar akılda kalıcı olacaktır. Özellikle hizmet sunan işletmelerde duyuları katmanın en kolay yolu, yiyecek ve içecek bir şeyler ikram ederek tatma duyusuna hitap etmektir (Kara, 2015). Örneğin hastanede sıra beklerken, yanda bulunan makinadan (ücretsiz) içecek almak. Koku duyusunun hafızada kalıcılığının yüksek olduğu düşünüldüğünde, “Kahve dünyası” ya da “Sturbucks”a girdiğinizde, sizi kahve kokularının sarması, iyi bir deneyim yaşamınızı sağlayabilir. Aynı şekilde hastaneler düşünüldüğünde, havasız ortam, ilaç kokuları ile dolu bir hastane, kişiye olumsuz bir deneyim yaratacaktır. Bunun yanı sıra mükemmel müşteri deneyimi sağlamak için Shaw ve Ivens, (2002) yedi felsefeden bahsetmiştir.

1. felsefe-Mükemmel müşteri deneyimi uzun vadede rekabet avantajı için kaynak ayırmayı gerektirir. İşletmeler eğer mükemmel bir müşteri deneyimi yaratmak istiyorlarsa, ihtiyacı olan değişikliği yapmalı ve kaynak ayırması gerektiğinin farkında olmalıdır.

2. felsefe-Mükemmel müşteri deneyimi yaratmak müşterilerin fiziksel ve duyuşal beklentilerini sürekli olarak aşmayı gerektirir. Müşteri beklentilerinin nasıl oluştuğu, nasıl anlaşılmalı gerektiği ve müşterinin etkileşimi sırasında nasıl değiştiği konusunda bilgi sahibi olmak, müşteri beklentilerini aşmanın ipuçlarını sağlayacaktır.

3.felsefe-Mükemmel müşteri deneyimi planlanmış duyguların uyarılmasına odaklanmayı gerektirir. Çoğu işletme müşteri deneyimi sırasında oluşan duyguları ihmal etmektedir. Oysa iyi oluşturulmuş duyuşal deneyimler, şirketlere rakiplerine kıyasla uzun vadeli, sürdürülebilir bir farklılaştırma sağlar.

4. felsefe-Mükemmel müşteri deneyimi ilham verici liderlik, güçlendirilmiş bir örgüt kültürü ve mutlu ve empati yapabilen insanlar ile mümkündür. Örgüt kültürü ve liderlik tiplerinin müşteri deneyimi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

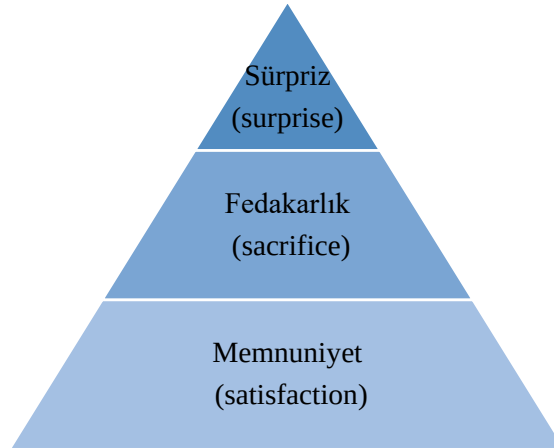
5. felsefe-Mükemmel müşteri deneyimi, işletme içinden dışına doğru olmaktan ziyade, işletme dışından içine olacak şekilde tasarlanmalıdır. İşletme içinden dışına doğru olan hedeflerin müşteri deneyimi üzerinde olumsuz etkisi olabilmektedir. Bu nedenle işletmeler hedeflerini işletme dışından içine olacak şekilde değiştirmelidir.

6. felsefe-Mükemmel müşteri deneyimi maliyetleri azaltıp, gelirde artış sağlamalıdır.

7. felsefe-Mükemmel müşteri deneyimi markanın vücut bulmuş şeklidir.

Mükemmel müşteri deneyimi oluşturmak için gerekli olan bu yedi felsefe, kendi içinde bir daire oluşturmaktadır. Birden yediye kadar olan felsefe, daireyi tamamladıktan sonra tekrar başa dönerek kendi yapısını güçlendirmektedir.

Yukarıda Pine ve Gilmore, (1998) ile Shaw ve Ivens, (2002) 'in öne sürdüğü müşteri deneyimi oluşturmak gerekli ilkelerden bahsedilmiştir. Daha sonra (B. J. Pine ve Gilmore, 2000) deneyim oluşturmada 3S modelini (Satisfaction, Sacrifice, Surprise) geliştirmiştir. Şekil 2-11'de 3S modeli gösterilmiştir.



Şekil 2-11.3S Modeli

Kaynak: (Pine ve Gilmore, 2000)

Müşteri fedakârlıklarının azaltılması, müşteri ihtiyaç ve davranışları konusunda farkındalık gerektirir. Bu farkındalık şirketlerin müşterilerine sürprizler yaparak eşsiz ve unutulmaz bir deneyim yaşamalarını sağlar. Pine ve Gilmore müşteri sürprizlerini,

müşterilerin beklentileri ve algıları arasında fark şeklinde açıklamışlardır. Yalnızca beklentileri karşılamaktan (memnuniyeti sağlayarak) ya da yenilerini (fedakarlığı azaltarak) ortaya koymaktan ziyade, beklenmedik bir durum (sürpriz) yaratarak, unutulmaz deneyimler yaşanabilir (Pine ve Gilmore, 2000). Şekil 2-11’de bahsedilen 3S modeli ile işletmeler kendilerine aşama aşama şu soruları yönetmelidir: “Nasıl yaparız” (memnuniyet)’dan “ne istiyorsunuz” (fedakarlık), “ne hatırlıyorsunuz” (sürpriz)’un ötesine geçmelidir.

2.1.10. Müşteri Deneyimi Yönetimi

Müşteri Deneyimi yönetimi “bir müşterinin ürün veya işletme ile ilgili tüm deneyimini stratejik olarak yönetme süreci” olarak tanımlanmaktadır. Schmitt (2003) deneyimlerin planlamasının proje tabanlı bir çerçeve gerektirdiğini savunmuş ve beş aşamadan oluşan Müşteri Deneyi Yönetimi (Customer Experience Management-CEM) çerçevesi sunmuştur. Müşterinin deneyimsel dünyasını analiz eden araştırmaya dayalı adım, deneyim platformu oluşturmaya yönelik stratejik adım ve üç uygulama adımları (marka deneyimi, müşteri ilişkileri ve yenilik) olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (Schmitt ve Zarantonello, 2013).

1. *Müşterinin deneyimsel dünyasını analiz etmek:* CEM çerçevesinin ilk adımı, müşterinin iç dünyasına bakmayı gerektirir.
2. *Deneyim platformu oluşturmak:* İstenen deneyimin dinamik, çok boyutu olan ve birden çok duyuya hitap eden bir yapıya sahip olması gerekir (Schmitt ve Zarantonello, 2013)
3. *Marka deneyimi:* Deneyim yaşatan ürün ve hizmetin her anlamda tasarımını ifade etmektedir.
4. *Müşteri ilişkileri:* Müşteri ile temas noktalarında sürekli etkileşim içinde olabilecek iletişim kanallarını içermektedir.
5. *Yenilik:* Sürekli yenilik için deneyimsel pazarlama uygulamalarının kullanılmasını ifade etmektedir (Genç, 2009).

İlişkisel pazarlamanın müşteri duygularını ihmal etmesi, bu alandaki araştırmalara yönelik eleştirilerin odak noktasını oluşturmaktadır. Tüketici duygularını da içine alan ve çok daha kapsamlı olan müşteri deneyimi ile ilişkisel pazarlama stratejileri karşılaştırılmaktadır (Palmer, 2010). CEM, literatürde sıklıkla ihmal edilen Müşteri

İlişkileri Yönetimi (Customer Relationship Marketing-CRM) kavramı ile çok benzeşmekle birlikte, CRM'nin bahsedilen sınırlamalarını telafi ettiği için ve daha bütünsel ve deneyimseldir. CRM müşterilerin geçmişine odaklanırken, CEM müşterilerin mevcut deneyimleriyle ilgilenir. Çağdaş işletmeler, ilişki yönetimi yerine, iyi tasarlanmış bir CEM ile rekabet avantajı elde etmeyi amaçlamaktadırlar (Hwang ve Seo, 2016). CRM'de işletme ve müşteri sürekli etkileşim halindedir ve işletme müşteri hakkında birşeyler öğrenir, CEM'de ise, işletme ve müşteri sürekli etkileşim halindedir ve müşteri işletme hakkında birşeyler öğrenir ve her bir deneyimden öğrenilen şeyle ilgili davranış değişikliği olabilir (Dirsehan, 2011). Tablo 2-5'de CRM ile CEM arasındaki temel farklılar verilmiştir.

Tablo 2-5. CEM ve CRM Arasındaki Farklılıklar

Ne	Ne zaman	Nasıl İzlenir	Bilgiyi kim kullanır	Gelecek performans ile ilgisi
Müşterinin şirket hakkında düşündüğü şeyi yakalar ve kullanır	Müşteri etkileşime geçen bütün "temas noktaları"	Anketler, hedefe yönelik çalışmalar, gözlemsel çalışmalar, "müşterinin sesi" araştırması	Ürün ve hizmetlerle ilgili daha iyi deneyimler ve tatmin edici beklentiler yaratmak için iş veya fonksiyonel liderler	Lider: beklentiler ve deneyimler arasındaki boşluğu kapamak için uğraşır
Şirketin Müşteri hakkında düşündüğü şeyi yakalar ve kullanır	Müşteri ile etkileşim kaydedildikten hemen sonra	Satış noktası verileri, pazar araştırması, Web sitesi tıklaması, satışların otomatik takibi	Daha verimli ve etkili bir şekilde yürütmek için satış, pazarlama, saha hizmeti ve müşteri hizmetleri gibi müşteriye bakan gruplar	Gecikme: İsteğe bağlı olmayan ürünlerle talep edilen ürünleri paketleyerek çapraz satış gerçekleştirir

CRM’de işletme belirli bir müşterinin hizmet talepleri, ürün iadeleri gibi konularda bilgi sahibiyken CEM’de müşteri deneyimi verileri, müşterilerin belirli bir şirket hakkındaki öznel düşünceleri ile ilgilidir. CRM herhangi bir etkileşimden sonra müşteri eylemlerini izlerken, CEM müşterinin işletmeyle karşılaştığı anlık yanıtı yakalar. CRM departmanında çalışanlar pazarlama bölümünün kuru bilgilerini okumaya çalışırken, CEM’de müşterinin sesini duyurabileceği araştırmalar ön plandadır. Daha iyi bir deneyim oluşturmak için fonksiyonel liderler müşterilerle ilgili bilgileri kullanırken, satış, pazarlama ya da müşteri ilişkileri gibi gruplar bilgiyi kullanırlar.

2.1.11. Hasta Deneyimi

Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili algıları son yıllarda giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü de, sağlık hizmetlerinde hastaların daha aktif rol almasının önemine dikkat çekmektedir. Daha etkili eylem planları geliştirmek ve iyileştirmeler yapmak için hasta görüşleri temel bir bilgi kaynağı olabilir. Sağlık kuruluşları, sağlık hizmetleri piyasasında rekabet edebilmek için, finansal performans göstergelerinin yanı sıra hastalara sunulan sağlık hizmeti deneyimine odaklanmaları gerektiğinin önemini giderek daha fazla fark etmektedir. Bu yüzden deneyim yaratmak günümüz pazarında oldukça önemlidir (Buccoliero ve ark., 2017).

Hastanelerin birbirleriyle iyi ilişkiler geliştirmesi, müşteri memnuniyetini arttırmak, müşterilerin güvenini kazanmak ve hastaneye fayda sağlamak günümüz rekabet dünyasında hastaneler için vazgeçilmez stratejiler arasındadır. Bahsedilen alanlarda başarıyı sağlamak için ise müşteri sesine kulak vermek gerekir. Bugünün sağlık kuruluşları sadece tıbbi tedavi sunmakla kalmamakta aynı zamanda insanlara rahatlık ve yüksek standartlar da sağlamaktadır. Dolayısıyla hasta deneyimlerinden yola çıkan hasta görüşleri, sağlık kuruluşları için önemli bir bilgi haline gelmektedir. Bir şeyi tecrübe etmek, ürün ve hizmetlerin sağladığı değerlerin üzerinde bir değer yaratacağından, insanların unutulmaz deneyimlere ve anılara sahip olması beraberinde memnuniyet ve sadakati de getirmektedir (Ho, Li ve Su, 2006).

Deneyimsel pazarlama farklı sektörlerde farklı deneyimlere neden olan farklı içeriklere sahiptir. Sağlık kuruluşlarında deneyimsel konuları tartışan çok az sayıda araştırma makalesi vardır. Bugünün sağlık kuruluşları farklı pazarlama stratejilerine sahiptir (Ho, Li ve Su, 2006). Ayrıca her hastanenin ihtiyaç duyduğu ve kullandığı deneyimsel pazarlama stratejileri farklı olabilir. Bu stratejiler, hastanenin hitap ettiği

grubun özelliklerine, benimsenen misyon ve vizyona, finansal duruma vb. faktörlere göre değişebilir.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, tıbbi hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesinde esastır. Geleneksel olarak teknik ve fiziksel raporlar daha dikkate alınırken, hasta değerlendirmeleri ihmal edilmiştir. Ancak yakın zamanda sağlık sistemleri sadece klinik olarak etkili ve kanıta dayalı değerlendirmeleri değil, hastalar tarafından kabul edilebilir ve yararlı değerlendirmeleri de dikkate almaya başlamıştır (Jenkinson ve ark., 2002). Hastalardan gelen her türlü veri, hasta merkezli bakımın temel özelliğidir. Hastalardan doğrudan geribildirim, deneyimlerinin kalitesini ölçmenin en iyi yolu olarak kabul edilmektedir. Hastalardan genel değerlendirme kategorilerini kullanarak memnuniyetlerini derecelendirmelerini istemekten ziyade, belirli bir bakım bölümünde neler olduğunu ayrıntılı olarak rapor etmelerini istemenin daha yararlı olduğu görüşü hakimdir (Wong ve ark., 2015). Hasta görüşleri ve deneyimlerini bir araya getirmek, sağlık hizmetlerinde şeffaflığın sağlanması ya da ödeme politikalarına da yön vermek açısından önemlidir. Çalışmalar hastaların rapor ettiği deneyimler ile bazı klinik sonuçların örtüştüğünü göstermiştir (Greaves ve ark., 2012).

Geleneksel olarak, sağlık hizmeti sunanlar ve onu alan kişiler arasında önemli ölçüde bir dengesizlik bulunmaktadır. Bu dengesizlik, alıcı taraftakilerin yaşadıkları hizmetlere büyük ölçüde yorum yapamamasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, hastaların ihtiyaçları ve endişelerine duyulan saygı, yüksek kaliteli ve insancıl bir sağlık sisteminin temel özelliğidir. Hizmetin iyileşme gerektiren yönlerini vurgulamak, performans ve kalitesini izleme konusunda hastalardan geri bildirim almak önemlidir. Bazı ülkelerde hükümetler ve düzenleyici otoriteler, artık hastaların hizmetlerle ilgili görüşlerine dair anketler yürütme gereksinimi olduğunu belirtmiştir (Jenkinson, Coulter ve Bruster, 2002; Jenkinson, ve ark., 2003). Hastaların deneyimlerini değerlendirmek için Batı ülkelerinde hasta anketleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Örneğin İngiltere NHS (National Health Service-Ulusal Sağlık Hizmeti) sistemi tarafından hasta deneyimleri, standardize edilmiş bir ölçüm aracıyla düzenli olarak ölçülmekte ve sonuçlara göre önlemler alınmaktadır (Doyle, Lennox, ve Bell, 2013). Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde de Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı ve Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri tarafından geliştirilen hasta deneyimi anketleri (CAHPS-The

Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) ile hastaların görüşleri alınmaktadır (Elliott, 2009).

Hasta memnuniyeti ile ilgili hedeflere ulaşmak için, hasta değerlendirmelerinde yer alan nedenleri anlamak çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinde hasta deneyimi, sağlık sisteminin ne kadar iyi işlediğinin önemli bir ölçütüdür. Bu nedenle, hastanelerde hasta deneyimini geliştirmek hem klinik liderler hem de politika yapıcılar için önemli bir öncelik haline gelmiştir. Farklı sağlık kuruluşlarında yapılan önceki çalışmalarda, hastalar tarafından rapor edilen sağlık hizmetleriyle ilgili olumsuz deneyimin, hastalığın daha yavaş iyileşmesi ve tedavi rejimlerine uyma olasılığının düşük olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçta, olumsuz hasta deneyimi, sadece hastaların sağlığı için değil, aynı zamanda hastaların iyileşememe ve tedavi programlarına uyumsuzluğu nedeniyle daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarında artan sağlık hizmetleri maliyetleri için de önemli etkilere sahiptir (Chatterjee ve ark., 2012).

Literatürde hasta deneyimi ile ilgili çalışmaların iki şekilde farklılaştığı görülmektedir. Bu ayrımın tamamıyla akademik bakış açısından kaynaklandığını söylemek yanlış olmaz. İlki hasta deneyimini “halk sağlığı” bakış açısıyla, ikincisi ise “deneyimsel pazarlama” perspektifinden ele çalışmalardır. Halk sağlığı bakış açısıyla yürütülen hasta deneyimi çalışmaları deneyimi “tatmin, memnuniyet, hizmet kalitesi” gibi kavramlarla bütünleştirirken, deneyimsel pazarlama perspektifi, “deneyim ekonomisi” kavramıyla bütünleştirerek ele almaktadır (Jenkinson ve ark., 2002). Birinci bakış açısı literatürde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Memnuniyet çalışmalarında kullanılan anketler, olumlu skorlamaya sahip olma eğilimindedir ve hizmet sunumuna yönelik belirli sorunlara karşı duyarlı değildir. Deneyimsel perspektifle ise sağlık kurumlarında yapılan çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Ayrıca günümüz dünyasında hastanelerin rekabet avantajlarından birinin de hastalarına eşsiz deneyimler sunmak olduğu görüşü tartışmasızdır. Bu konuda hasta deneyimleri ölçülüp, daha sonra deneyimlerin memnuniyet ve sadakat ile nasıl ilişkili olduğu belirlenmektedir (Jenkinson ve ark., 2002). Bu yüzden bu araştırmada deneyimsel bakış açısıyla hasta deneyimi kavramı ele alınmıştır.

2.1.12. Deneyimsel Pazarlama Perspektifinden Literatürde Hasta Deneyimi ile ilgili Yapılmış Çalışmalar

Bu bölümde literatürde deneyimsel pazarlama perspektifinden hasta deneyimi ile ilgili yapılmış çalışmalar tablo 2-6’da gösterilmiştir.



Tablo 2-6. Hasta Deneyimi İle İlgili Literatür Özeti Tablosu

Yazar-Yıl	Makale Adı	Çalışmanın Amacı	Çalışmanın Modeli	Yöntem	Bulgular	Ülke	Kaynak
Luca Buccoliero, Elena Bellio, 2010	Experiential Marketing In Healthcare: How To Improve Through Patients' Eyes	Hastaların bakım deneyiminde önemli gördükleri unsurları tanımlayarak hastanın bakış açısıyla, sağlık hizmetlerinin performansını ölçmek	Araştırma kantitatif tiptedir. İtalya'da devlet ve özel hastanelerdeki hastalara anket yapılmıştır. Anket literatür dayalı olarak geliştirilmiş ve beşli likert tipindedir.	Korelasyon-regresyon analizi	Hasta memnuniyeti dört alandaki pozitif hasta deneyimi ile olmuştur. Atmosfer ve çevrenin rahatlığı (yiyecek seçimi ve temizlik en uygun deneyim kalemleridir), bir yandan kişisel mahremiyet ve onurun, diğer yandan genel memnuniyetin artırılmasında özellikle etkili olduğu kanıtlanmıştır. Hasta güçlendirme de personelin iletişim becerileri ve hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı ile büyük ölçüde ilgilidir. Son olarak, teknoloji, bu alandaki hastaların analitik algılayışındaki bazı sınırlamalara rağmen, hastanın genel deneyimini ve memnuniyetini etkileyebilen bir madde olarak ortaya çıkmıştır.	İTALYA	
Yung-Kun Chen ve Tsuifang Hsieh, 2010	A Study Of The Relationship Among Experiential Marketing, Experiential Value And Customer Satisfaction	Sağlık turistinin deneyimi, deneyimsel değeri ve deneyim sonrası davranışları arasındaki ilişkiyi kapsamlı bir şekilde göstermektedir.	Kantitatif tipte yürütülen çalışmada deneyim, deneyimsel değer ve tatmin arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik model kurulmuş, bu amaçla yabancı sağlık turistlerine beşli likert tipinde anket uygulanmıştır.	Yapısal eşitlik modeli (LISREL)	Deneyimsel pazarlamanın tüm boyutları müşteri memnuniyetine olumlu katkı sağlamıştır. İlişkisel deneyimin memnuniyet üzerine etkisi en fazladır. Etkisi fazla olanlar sırasıyla şöyledir; duyuşsal deneyim, duyuşsal deneyim, davranışsal deneyim ve duyuşsal deneyim.	TAYVAN	Journal of Statistics and Management Systems
Yung-Ching Ho, Ye-Chuen Li ve Tzu-Hsin Su, 2008	A Discussion of Refractive Medical Behavior from an Experiential Marketing Viewpoint	Sağlık kuruluşlarının deneyimsel pazarlama stratejilerini planlamak için onlara müşteri deneyimi çerçevesi oluşturmak ve Schmitt'in deneyimsel modülüne dayalı refraktif cerrahi sırasında deneyimsel içeriği tartışmak.	Kalitativ tipte keşfedici bir araştırma olan çalışmada refraktif cerrahisi geçiren 32 hasta ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.	İçerik analizi	5 tane hasta deneyimi boyutu belirlenmiştir. En yüksek yüzdeye sahip modüller davranışsal, duyuşsal modüller olarak ortaya çıkmıştır. Sırası duyuşsal, duyuşsal ve ilişkisel modüller takip etmektedir.	TAYVAN	Journal of Hospital Marketing and Public Relations

2.2. Hizmet Kalitesi

Bu bölümde hizmet kalitesi kavramı özellikleri, hizmet kalitesi modeli ve boyutları, sağlık hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi ölçüm yöntemleri alt başlıklar halinde sunulmuştur.

2.2.1. Hizmet Kalitesi Kavramı ve Özellikleri

Kalite anlayışının gelişmesiyle beraber, hizmet sektöründe de kalitenin ölçülmesi ve geliştirilmesi ihtiyacı giderek artmaktadır. Dünyada çok hızlı büyüme gösteren hizmet sektöründen yüksek kalite beklentisi kaçınılmazdır. Kalite iyileştirme çerçevesinde konuyla ilgili literatürde pekçok çalışma yapılmıştır. Hizmet sektöründe kalitenin ölçülmesinin, imalat sektörüne göre daha zordur ve bir takım farklılıklar içerdiği bilinmektedir. (Halil ve Tarım, 2010) . Bu farklılıkların hizmetin kendine ait bir takım özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hizmet kalitesinin tam olarak anlaşılması için hizmetlerin soyutluk, heterojenlik ve ayrılmazlık gibi kendine has özelliklerinin çok iyi bilinmesi gerekmektedir. İlk olarak hizmetler soyuttur, obje (nesne) olmaktan ziyade performanstır, sayılamaz, envanterden geçirilemez, test edilemez ve satıştan önce doğrulanamazlar. İkinci olarak, hizmet sektörü emek yoğun bir sektör olduğu için heterojendir. Hizmet performansı, üreticiden tüketiciye, müşteriden müşteriye ve günden güne değişebilir. Hizmet sektöründe çalışanların davranışlarının tutarlılığının sağlanması güçtür. Üçüncü olarak ise, hizmetin üretimi ve tüketimi eş zamanlıdır. Birbirinden ayrı olarak düşünülemez. İşgücü yoğun hizmetlerde, örneğin, hizmet sunumu sırasında, genellikle müşteri ile işletmeden temas eden kişi arasındaki etkileşim sırasında kalite oluşur. Hizmet işletmesi, tüketici katılımının yoğun olduğu hizmetlerde (saç kesimi, doktor muayenesi), müşteri süreci etkilediğinden dolayı, kalite üzerinde daha az kontrol sahibidir. Bu durumda tüketici girdisi (saç kesiminin nasıl olması gerektiği, hastalık belirtilerin tanımlanması) hizmet performansının kalitesi için kritik öneme sahiptir (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985).

Parasuraman, Zeithaml, ve Berry (1985) hizmet kalitesinin değerlendirilmesiyle ilgili bir takım tespitlerde bulunmuştur (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985). Buna göre;

- Hizmet sektöründe kalitenin ölçümü, imalat sektörüne göre daha zordur.

- Hizmet kalitesinin algılanması müşteri beklentileri ile gerçek hizmet performansı arasındaki farkın bir sonucudur.
- Kalitenin değerlendirilmesi yalnızca hizmet çıktısına (sonucuna) göre yapılmamaktadır. Değerlendirme hizmet sunum sürecinin tamamını kapsamaktadır.

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesine yönelik bu tespitler üzerinde kısaca durmak gerekirse;

Hizmet kalitesini değerlendirmek daha zordur çünkü bir ürünü satın almak istediğinizde, kalitesini değerlendirmek için sitili, rengi, dokusu, paketi, uygunluğu gibi bir takım somut kanıtlar bulursunuz. Oysa bir hizmet satın aldığınızda, daha az somut ipuçları olduğunu görürsünüz. Pek çok durumda hizmet ile ilgili somut kanıtlar, personel, ekipman ve fiziksel varlıklar ile sınırlı kalabilir. Hizmetlerin soyutluğundan dolayı, tüketiciler başka ipuçlarına yönelmek isterler. Örneğin fiyat, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir ipucu olabilir (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985). Parasuraman, Zeithaml, ve Berry hizmet kalitesini algılayan hizmet kalitesi olarak ifade etmiş ve beklentiler ve hizmet performansı arasındaki farka dayandırmıştır. Son olarak müşteriler hizmet kalitesini değerlendirirken bilinçli veya bilinçsiz olarak, sadece hizmet çıktısına göre hareket etmemektedir. Hizmetin verilmesinden itibaren tüm süreci ve kanıtları da değerlendirmektedirler. Örneğin hizmet sunucunun tutumu veya kullanılan ekipmanın özellikleri de hizmet kalitesinin belirleyicileri arasındadır.

Literatürde hizmet kalitesi ile ilgili pekçok tanım yapılmış, bu tanımlar araştırmalarla geliştirilmiştir. Grönroos (1984) hizmet kalitesi ile ilgili ilk tanımı öne süren kişidir. Buna göre hizmet kalitesi, müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki farkın bir sonucudur. Algılanan hizmet ile beklenen hizmet birbiriyle eşleştiği zaman tüketici memnuniyeti sağlanmış olur (Grönroos, 1984). Daha sonra Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, (1985) hizmet kalitesini müşteri beklentileri ile hizmetin performansı arasındaki fark olarak açıklamış ve algılanan hizmet kalitesini “hizmetin üstünlüğüne ilişkin küresel bir yargı veya tutum” olarak tanımlamıştır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988). Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, (1985) boşluk (gap) teorisine alternatif olarak Cronin ve Taylor (1992, 1996), hizmet kalitesi kavramında sadece algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi (performans) gerektiğini savunmuştur. Hizmet kalitesini, tatmin ile

eşdeğer görenlerin aksine, hizmet kalitesini beklentilerin performansla karşılaştırılmasından kaynaklanan bir tutum biçimi olarak ifade etmişlerdir. Her ne kadar araştırmacılar, tüketicilerin hizmet kalitesi algısının onaylamama (disconfirmation) teorisine uyduğunu savunsalar da, artık hizmet kalitesi ve tatmin birbirinden farklı yapılar olduğu bilinmektedir (Cronin ve Taylor, 1992).

Hizmet kalitesinin farklı yazarlarca farklı tanımlarının yapılması, hizmet kalitesinin bazı özelliklerini açığa çıkarmıştır. Bu özellikler şu şekilde verilebilir (Koçoğlu ve Aksoy, 2012):

- Hizmet kalitesi müşterinin algıladığı bir kavramdır.
- Hizmet kalitesi, hizmet üretim ve sunum sürecinden ayrı olarak düşünülemez.
- Hizmet kalitesi, müşteri ile hizmet veren personelin etkileşimi sırasında ortaya çıkar.
- Bir hizmetin kalitesini değerlendirmek, bir ürünün kalitesini değerlendirmekten daha zordur.

Bu özelliklerden yola çıkarak, Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesi ile ilgili formülü şu şekilde gösterilebilir:

$$\text{Hizmet Kalitesi} = \text{Algılanan Hizmet} - \text{Beklenen Hizmet}$$

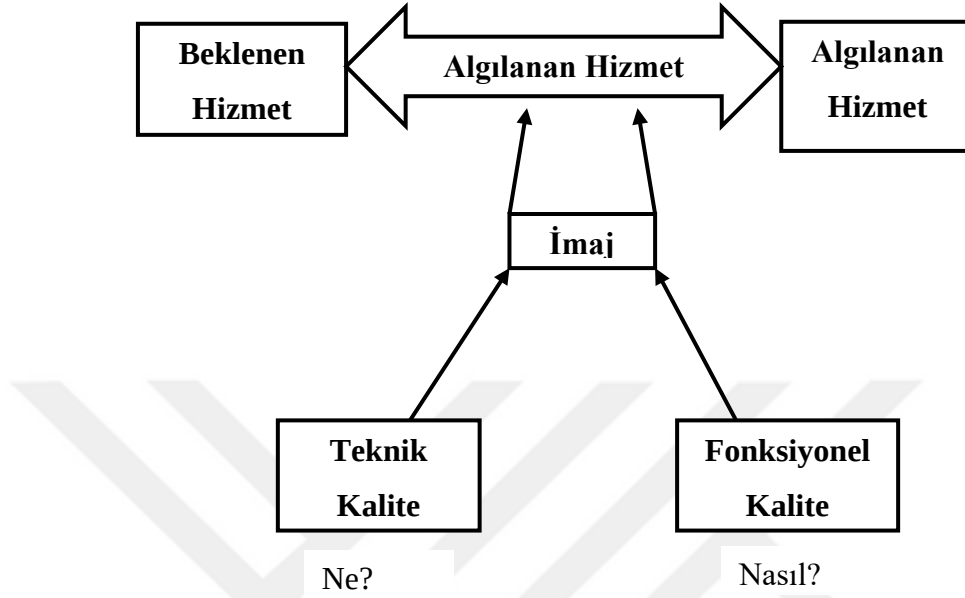
Cronin ve Taylor ise hizmet kalitesinin sadece algılamalardan etkilendiğini öne sürmüştür. Çünkü onaylamama teorisinin (disconfirmation theory) aslında hizmet kalitesini değil, müşteri tatminini değerlendirmek açısından yararlı olduğunu öne sürmüştür (Halil ve Tarım, 2010). Buna göre hizmet kalitesi şu şekilde formüle edilmektedir:

$$\text{Hizmet Kalitesi} = \text{Algılanan Hizmet}$$

2.2.2. Hizmet Kalitesi Modeli ve Boyutları

Bir hizmetin tüketicisi hizmet konusunda bir görüş oluştururken, üretim süreci ve kaynakları ile bağlantılı çok miktarda farklı kaynak ve faaliyetleri değerlendirmektedir. Bu durum hizmet kalitesini daha karmaşık bir yapıymış gibi gösterebilir. Grönroos'un öne sürdüğü hizmet kalitesi modeli bu karmaşık gibi gelen yapıyı oldukça basitleştirmiştir. Grönroos hizmet kalitesi ile ilgili model öne süren ilk araştırmacıdır.

Buna göre hizmet kalitesi kurumsal imaj, teknik kalite ve fonksiyonel kalite ile birlikte üç farklı bileşenden oluşan bir fonksiyondur. Grönroos'un öne sürdüğü model aşağıda şekil 2-12'de gösterilmiştir (Grönroos, 1982).



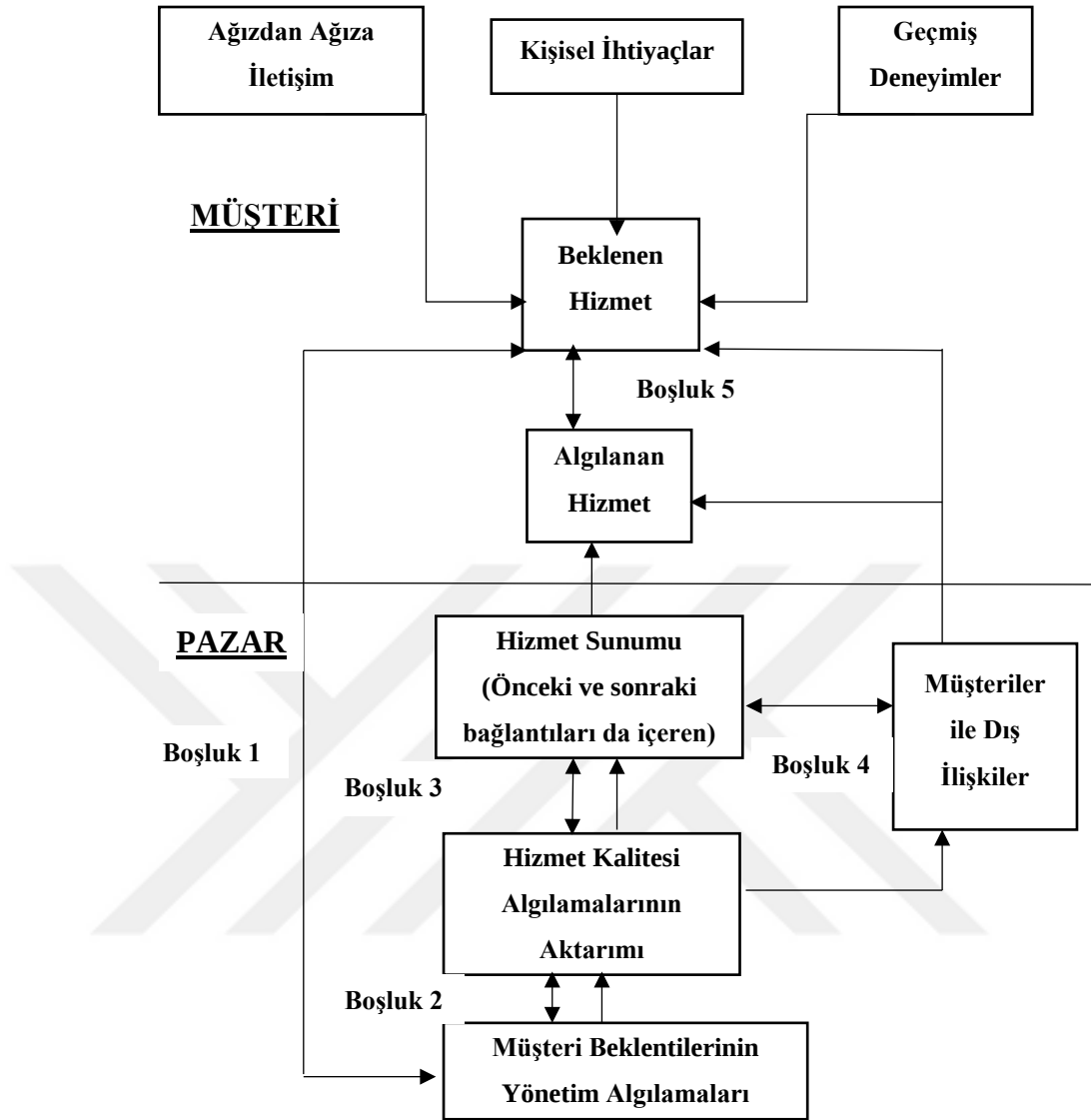
Şekil 2-12. Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: (Grönroos, 1984)

Tüketici için hizmetin *teknik kaliteye* sahip olması önemlidir. Bu, bankada güvenli bir kasa kullanımı, restoranda bir akşam yemeği yemek ya da berberde bir saç kesimi olabilir. Sonuçta tahvil ve hisse senetlerinin güvende, yemekler lezzetli ve saç kesimi de oldukça tarz ise hizmetin teknik kalitesinin, tüketicinin beklentisini karşıladığından bahsedilebilir. Bunların yanında hizmetin teknik kalitesinin tüketiciye nasıl aktarıldığı da önemlidir. Yani hizmet *fonksiyonel kaliteye* de sahip olmalıdır. Güvenli kasa hizmetinin nasıl sunulduğu, restoranda akşam yemeği boyunca neler olduğu, saç kesiminin nasıl ve ne şekilde yapıldığı hizmetin fonksiyonel kalitesi hakkında bilgi verir (Grönroos, 1982). Özetle tüketici sadece üretim sürecinin sonucu olarak elde ettiği şeyle ilgilenmez, sürecin kendisiyle de ilgilenir. “Teknik sonuç ya da teknik kalite fonksiyonel olarak nasıl çalışır”? sorusu tüketici için oldukça önemlidir (Grönroos, 1984). Çünkü hizmetin teknik kalitesi konusunda her zaman yeterli bir değerlendirme yapamayacak olan müşteri, hizmetin nasıl sunulduğunu, dolayısıyla hizmetin kendisine teslim edilmeye başlanmasından itibaren bütün süreci de değerlendirecektir.

Hizmetin soyut yapısı nedeniyle *kurumsal imaj* da hizmet kuruluşları için oldukça önemlidir. Kurumsal imaj, tüketicinin firmayı nasıl algıladığı ile ilgilidir. “Bir hizmet müşterisi, kısmen, hizmetin kalitesi ve niteliğinin dışardan nasıl görüldüğüne göre satın alma kararı vereceğinden, hizmet işi sadece iyi olmamalı, aynı zamanda iyi de görünmelidir. Görüntü çekici değilse, müşteriler firmanın çeşitli pazarlama faaliyetleriyle (örneğin reklam gibi) de ilgilenmek istemezler, bu durumda hizmet fonksiyonel veya teknik kalitesini gösteremez. Ayrıca olağanüstü bir imaj, hizmette oluşabilecek küçük sorunları tolere edebilirken, kötü bir imaj, teknik veya fonksiyonel kalitede kazara ortaya çıkan sorunlara, müşterilerin kolayca ve olumsuz tepki vermesine neden olabilir (Grönroos, 1982). Bu nedenle kurumsal imajın, hizmetin teknik ve fonksiyonel kalitesi ile oluşturulması beklenir. (kurumsal imajı etkileyen elbette başka faktörler de vardır fakat bunlar normalde daha az önemlidir) (Grönroos, 1984).

Parasuraman ve arkadaşlarının öne sürdüğü hizmet kalitesi modeli ise, boşluk (gap) analizine dayanmaktadır. Öne sürülen model şekil 2-13’de gösterilmektedir (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985).



Şekil 2-13. Hizmet Kalitesi Boşluk (Gap) Modeli

Kaynak: (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985).

Şekil 2-13’de görüldüğü üzere modelde çeşitli boşluklar bulunmaktadır (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985). Boşluklar yazarlar tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

Boşluk1: Müşteri beklentileri ile yönetimin bu beklentileri algılamaları arasındaki farklılıklardır. Yöneticiler, tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılamak için hizmette hangi özelliklerin olması gerektiğini ve yüksek kalitede hizmet sunmak için bu özelliklere hangi performans düzeylerinin karşılık geldiğini her zaman bilemeyebilir.

Boşluk2: Yönetim algılamaları ile hizmet kalite standartları arasındaki farklılıklardır. Buna göre kaynak kısıtlamaları, piyasa koşulları veya yönetim farklılıkları

gibi faktörler müşteri beklentilerinin yönetim algılamaları ile hizmet kalite standartları arasında bir uyumsuzluğa neden olabilir.

Boşluk3: Hizmet kalitesinin standartları (nitelikleri) ile gerçekte verilen hizmet arasındaki farklılıklardır. Hizmetlerin iyi bir şekilde yerine getirilmesi için (örneğin hastaların doğru bir şekilde tedavi edilmesi) standartlar, kılavuzlar olsa da, bu her zaman yüksek kaliteli hizmet performansı anlamına gelmeyebilir. Çünkü yöneticiler, tüketicilerin hizmet kalitesini algılamalarında çalışanların büyük etkiye sahip olduğunu bilir ve çalışanların performansı ise her zaman standartlara bağlı kalmaz.

Boşluk4: Hizmet sunumu ve hizmet sunumu hakkında müşteriyle kurulan iletişim arasındaki farklılıklardır. Müşteri ile iletişim yalnızca tüketici beklentilerini değil, aynı zamanda tüketicilerin hizmet ile ilgili algılamalarını da etkileyebilir. Hizmet sunumu ve tüketiciye verilen abartılı vaatler veya eksik bilgi sonucu tüketici algılamalarının olumsuz etkilenmesi söz konusu olabilir.

Boşluk5: Müşteri beklentileri ve algılanan hizmet arasındaki farklılıklardır. Yüksek veya düşük hizmet kalitesi yargısı, tüketicilerin gerçek hizmet performansı ile beklentileri arasındaki farkın bir sonucudur. Tüketici tarafından algılanan hizmet kalitesi, BOŞLUK 5'in boyutuna ve yönüne bağlıdır, bu da hizmetlerin tasarımı, pazarlanması ve sunulması ile özdeşleştirilen dört boşluğun yönü ve boyutu ile ilgilidir. Formülasyonu ise şu şekilde ifade edilebilir:

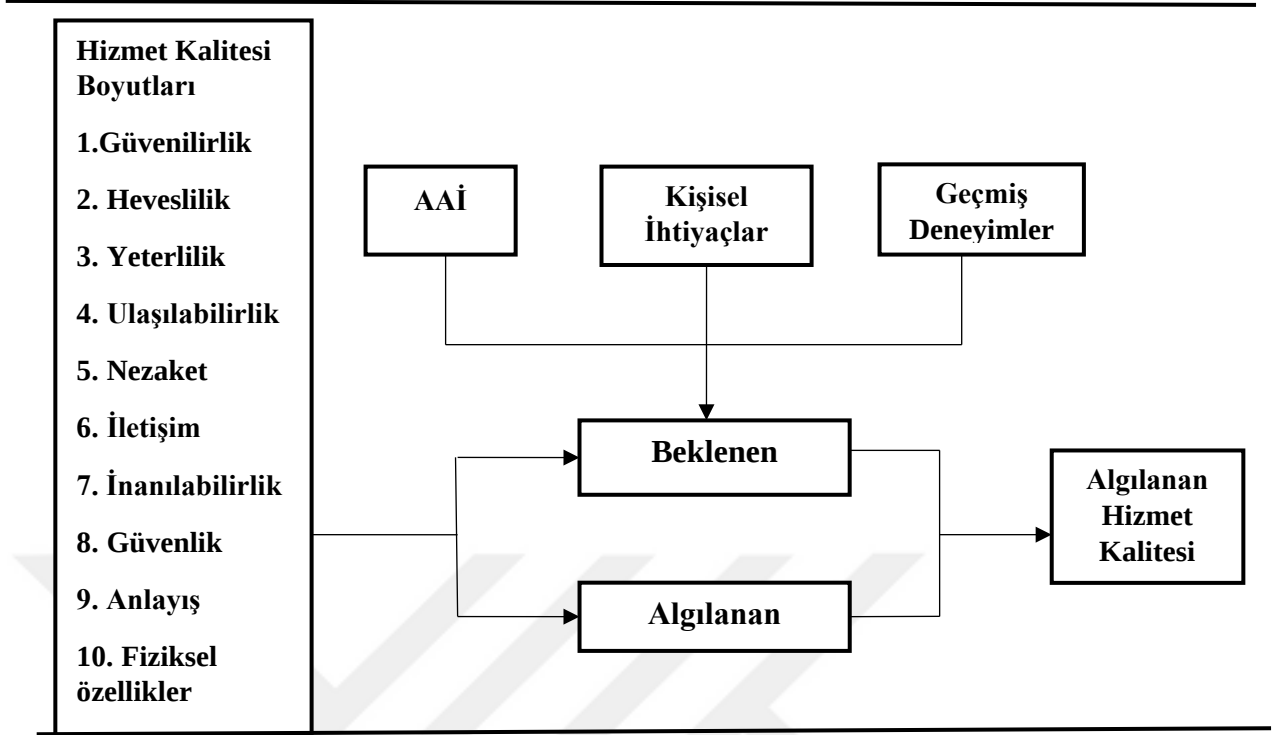
$$\text{BOSLUK 5} = f(\text{BOSLUK1}, \text{BOSLUK2}, \text{BOSLUK3}, \text{BOSLUK4})$$

Parasuraman, Zeithaml ve Berry, (1985), o dönem hizmet kalitesine ilişkin sağlam bir kavramsal temel bulunmayışından, hizmet kalitesini araştırmak için keşifsel bir çalışma yapmıştır. Dört farklı sektörün temsilcileriyle yaptığı odak grup görüşmeleri sonucu, hizmet kalitesine ilişkin on boyut ileri sürmüştür. Hizmet türüne bakılmaksızın, tüketicilerin hizmet kalitesini belirlemede benzer kriterleri kullandığını savunmuştur (Parasuraman ve ark., 1985). Hizmet kalitesinin on boyutu şu şekildedir:

- **Güvenilirlik (reliability):** Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir biçimde yerine getirebilme yeteneği.
- **Heveslilik (responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi.
- **Yeterlilik (competence):** Hizmeti gerçekleştirmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olma.

- **Ulaşılabilirlik (access):** Hizmetlerin fiziksel olarak ulaşılabilir olması ve iletişim kolaylığı sağlama.
- **Nezaket (courtesy):** Müşterilerle iletişim kuran personelin saygılı, kibar, düşünceli ve samimi olması.
- **İletişim (communication):** Tüketicilerin farklılıkları dikkate alınarak onları bilgilendirme, dinleyip sorunlarına çözüm arama.
- **İnanılabilirlik (credibility):** Güvenilirliği, inanılrlığı ve dürüstlüğü içerir. Müşterilerin çıkarlarının korunduğunu hissettirme ve güvenilirliği kazanma.
- **Güvenlik (security):** Verilen hizmetlerin, tehlike, risk ya da kuşkudan uzak olması.
- **Anlayış (understanding-knowing the customer):** Müşteri ihtiyaçlarını anlamak için çaba sarfetme, düzenli hizmet alan müşterileri tanıma ve spesifik taleplerini giderme.
- **Fiziksel özellikler (tangibles):** Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç, gereç ve personelin görünüşü.

Söz konusu boyutlar aşağıda yer alan şekil 2-14'te görülmektedir.



Not: AAİ=ağızdan ağıza iletişim

Şekil 2-14.Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

Kaynak: (Parasuraman, Zeithaml, ve Berry, 1985)

Şekil 14’te yer alan bileşenler kullanılarak hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlar ilerleyen bölümlerde anlatılacaktır.

Hizmet kalitesi modeli ve boyutlarına yönelik bir özetleme yapılacak olursa; literatürde farklı yazarlar tarafından farklı boyutlandırmalar ve/veya boyut isimleri kullanılmış, buna göre de modeller geliştirilmiştir. Özetle; performanstan sonra değerlendirilen hizmetin sunduğu “**ne?**” sorusunun boyutu Parasuraman, Zeithaml ve Berry, (1985) tarafından çıktı kalitesi, (Grönroos, 1982) tarafından teknik kalite, (Lehtinen ve Lehtinen, 1991) tarafından fiziksel kalite olarak adlandırılmaktadır. Hizmetin “**nasıl?**” sunulduğuna ilişkin boyut ise, Parasuraman, Zeithaml ve Berry, (1985) tarafından süreç kalitesi, (Grönroos, 1982) tarafından işlevsel kalite, (Lehtinen ve Lehtinen, 1991) tarafından etkileşimli kalite olarak tanımlanmaktadır.

2.2.3. Sağlık Hizmet Kalitesi

Genel olarak sağlık hizmet kalitesi, “sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluğu ya da mükemmellik derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Zerenler

ve Adem, 2007). Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan raporda, yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler belirtilmiştir (Devebakan, 2006). Buna göre;

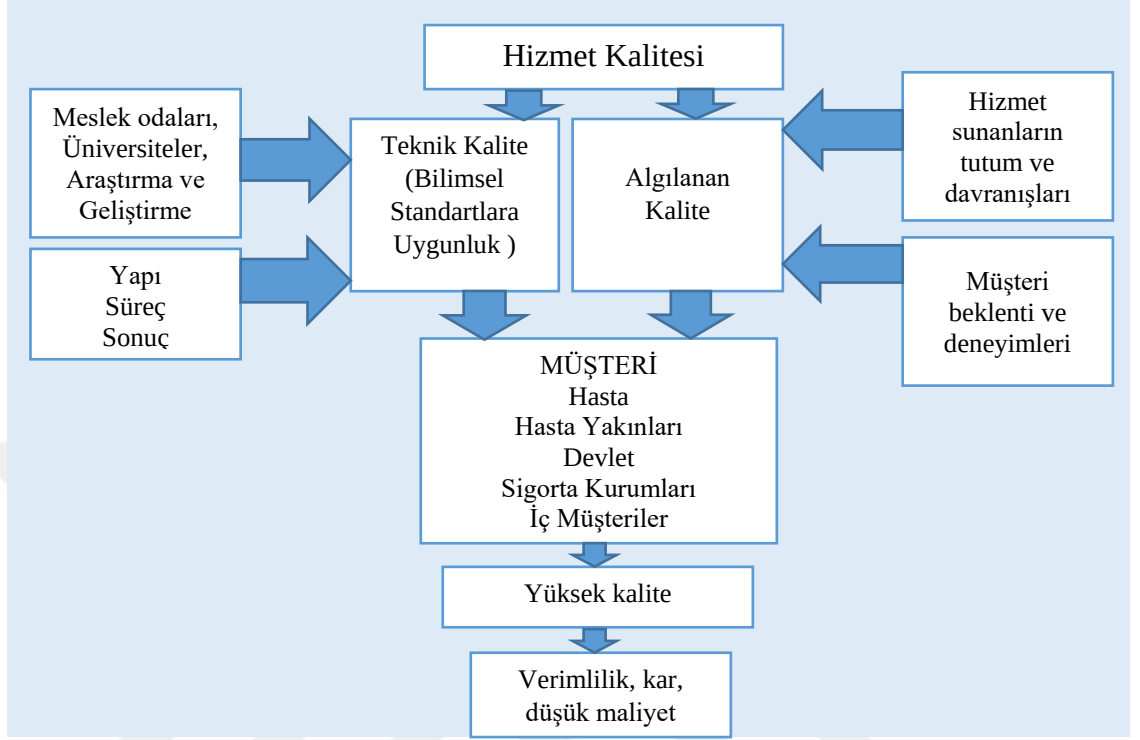
- Hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi, sağlığın geliştirilmesi,
- Bakımın zamanında verilmesinin süreklilik arz etmesi, uygun olmayan tedavilerin verilmemesi ve gereksiz yere uzatılmaması,
- Bakım sürecine hastaların işbirliği yapmasının ve katılımının sağlanması,
- Teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanılması,
- Hastalığın hastada meydana getireceği stres ve endişe konusunda duyarlı olunması ve hastanın tam olarak iyileşeceği bakış açısıyla davranılması,
- İstenen tedavi çıktısına ulaşmak için var olan kaynakların etkili kullanımının sağlanması,
- Başka sağlık profesyonellerinin de değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli tutulması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması gerektiği belirtilmektedir.

Hizmet kalitesi, hasta tatminini sağlamada temel olmanın yanında hastanın hizmeti yeniden alma niyetini ve sadakatini de etkileyen önemli bir unsurdur. Bunun için hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları tarafından kalitenin anlaşılması, ölçülmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir (Demirer ve Bülbül, 2014). Literatürde sağlık hizmet kalitesinin boyutlarına yönelik pek çok sınıflandırma yapılmıştır. Hastaların sağlık durumunda var olan gelişmeler dikkate alındığında sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği öne sürülmektedir. Bu yaklaşım sağlık hizmetinin teknik boyutunu kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin teknik kalitesi daha objektif ve ölçülmesi daha kolaydır. Temel olarak tanı ve süreçteki doğruluk olarak tanımlanabilir. Örneğin; bir hekimin klinik ya da ameliyattaki becerisi, hemşirenin ilaçları iyi tanınması, laboratuvar teknisyenin uzmanlığı, hastaların hastanede yatış süresi, tekrarlayan yatışlar, enfeksiyon oranları gibi özellikler teknik kalite boyutunda değerlendirilmektedir. Hastaneler hizmetlerini (teknik boyutta değerlendirilebilecek) objektif sunarken, hastalar tarafından kalitesi daha subjektif olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmet kalitesini değerlendirmek için tek bir boyut yetersiz kalmakta, hasta değerlendirmeleri (fonksiyonel

kalite) dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalite ise sağlık hizmetlerinin hastalara ulaştırılması ile ilgilidir. Sağlık profesyonellerinin hastalara karşı tavrı, hijyen, hastane yemeklerinin kalitesi gibi faktörler fonksiyonel kaliteyi etkilemektedir. Hastaların sağlık hizmet kalitesine yönelik algısını daha çok fonksiyonel kalite belirlemektedir. Çünkü hastalar sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini tam doğru olarak değerlendiremediklerinden, daha çok hizmetin nasıl sunulduğuyla ilgilenmektedirler. Yani hastanın bir hekimin yaptığı kalp ameliyatı konusunda bir yargıya varması (teknik kalite) mümkün değilken, ameliyata girmeden önce bekleme süresi ya da ameliyat sonrası yaşadığı acıyı (fonksiyonel kalite) değerlendirmesi için hasta, teknik bir uzmanlığa gerek duymaz (Devebakan, 2006; Rahman, Erdem, ve Devebakan, 2007).

Sağlık hizmet kalitesinin boyutlarına yönelik bir başka sınıflandırma Donabedian tarafından yapılmıştır. Donabedian, sağlık hizmet kalitesinin üç boyuttan oluştuğunu savunmuştur. Bunlar; sağlık hizmetlerinin teknik yönü, kişiler arası iletişim yönü ve konfor yönü olarak ifade edilmiştir. Teknik yönü; tıbbî bilim ve bilginin bir sağlık sorunun teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir. Hizmet kalitesinin kişiler arası iletişim yönü; hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin yardımsever olması, samimi ve içten davranması gibi özellikleri kapsamaktadır. Konfor yönü ise, sağlık kuruluşlarında sunulan imkânlar ve bu imkânların rahatlığı gibi özellikleri içermektedir (Zerenler ve Adem, 2007). Sağlık hizmet kalitesi ve boyutlarına özet bir açıklama sunduktan sonra, bu noktada sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin belirleyicilerinden

bahsetmek faydalı olacaktır. Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin belirleyicileri şekil 2-15 'de gösterilmiştir.



Şekil 2-15.Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

Kaynak: (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015)

Şekil 2-15’de görüldüğü üzere, sağlık hizmetlerinin müşterileri olan hastaların hizmete yönelik kalite algısı pekçok faktörün etkisiyle şekillenmektedir. Hastaların beklentileri ve önceki deneyimleri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, hizmetin teknik kalitesinin özellikleri, algılanan hizmet kalitesi gibi faktörler hastanın yüksek kalite algısıyla sonuçlandığında, hastane hizmetleri açısından verimlilik ve kar sağlanmış olacak, maliyetler düşürülecek; hasta açısından memnuniyet sağlanacak, hastalar bir sonraki ihtiyaçlarında yine aynı sağlık kuruluşunu tercih edecek ve başkalarına tavsiye edecektir. Özetle hizmet kalitesinden bahsedebilmek için, sunulan sağlık hizmetlerinin hem bilimsel kural ve standartlara uygun olması, hem de hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir (Devebakan, 2006).

2.2.4. Hizmet Kalitesi Ölçüm Yöntemleri

Hizmet kalitesinin ölçülmesiyle ilgili olarak pekçok yöntem vardır. Bu bölümde en yaygın kullanılan hizmet kalitesi ölçüm modellerinden SERVQUAL ve SERVPERF hakkında bilgi verilecektir.

2.2.4.1. SERVQUAL Modeli

Hizmet kalitesi literatürü incelendiğinde, Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesinin tanımı, modeli, boyutları ve ölçümü, sonuçları ile ilgili yaptığı bir dizi çalışma olduğu görülmektedir (Parasuraman, Berry, ve Zeithaml, 1991; Parasuraman, Berry, ve Zeithaml 1985; Parasuraman ve ark., 1988; Zeithaml, Berry, ve Parasuraman, 1988; Zeithaml ve ark., 1996). Bu çalışmalar sonrası hizmet kalitesinin tanımı yapılmış, kavramsal bir model öne sürülmüş ve hizmet kalitesi modeli temel alınarak SERVQUAL (Service Quality) ölçüm aracı geliştirilmiştir. Hizmet kalitesi modeli, müşterilerin beklentileri ile algılamaları arasındaki farka dayanmaktadır. SERVQUAL ölçüm modelinin temelinde onaylamama (disconfirmation) teorisi vardır. Buna göre tüketicilerin hizmet kalitesi algıları ile hizmetten beklentileri arasında herhangi bir farklılığın olmaması (uyum) veya algılanan hizmet kalitesinin tüketici beklentilerinden yüksek olması (pozitif onaylamama) durumda tüketici tatmin olacak, bu da tekrar satın alma davranışının gerçekleştirmesini sağlayacaktır. Diğer taraftan algılamalar ile beklentiler arasında olumsuz bir farkın oluşması durumunda, negatif onaylamama durumu ortaya çıkacak ve tüketici hizmete karşı tatminsiz olacaktır (Demirer ve Bülbül, 2014). Hizmet kalitesi, müşteri beklentileri ve algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Buna göre müşteri beklentileri ile algılanan performans arasındaki ilişki şöyledir (Parasuraman, Berry, ve Zeithaml, 1985):

- Beklenen Hizmet < Algılanan Performans ise kalite algısı tatmin edici olandan daha yüksek düzeyde olacak ve ideal kaliteye ulaşacaktır.
- Beklenen Hizmet = Algılanan Performans ise algılanan kalite tatmin edici düzeyde olacaktır.
- Beklenen Hizmet > Algılanan Performans ise algılanan kalite tatmin edicilikten uzak olacaktır.

Hizmet kalitesi beklenen hizmet ve algılanan performansın bir fonksiyonu ise, bu fonksiyon aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

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

Bu formülde;

SQ= Toplam hizmet kalitesi k= Özelliklerin sayısı

P_{ij}= j Niteliğin i uyarana ilişkin performans algısı

E_{ij}= j.Niteliğin i uyarana ilişkin hizmet kalitesi beklentisi

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) hizmet kalitesinin ana yapısına yönelik tanımladığı on boyutu temel alarak (bahsedilen on boyut daha önceki bölümlerde ele alınmıştır) 1988 yılında hizmet kalitesi ölçeğini (SERVQUAL) geliştirmiştir. SERVQUAL ölçeği beş boyut ve 22 maddeden oluşmaktadır. Söz konusu beş boyut başka araştırmalar için temel oluşturmakta ve farklı hizmet kuruluşları için de adapte edilebilmektedir (Parasuraman ve ark., 1988). Bahsi geçen boyut ve özellikleri şöyledir:

- **Güvenilirlik (Reliability):** Hizmetin doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirilmesi.
- **Fiziksel Ortam (Tangibles):** Fiziksel imkânlar, araç/gereç ve personel görünüşü.
- **Heveslilik (Responsiveness):** Müşteriye yardım etme ve hızlı hizmet etme istekliliği.
- **Güvence (Assurance):** Çalışanların bilgili olmaları ve müşterilere güven telkin edebilme becerisi.
- **Empati (Empathy):** Müşteri gibi düşünerek, müşteriye önemseme ve yardımseverlik içerisinde olma becerisi.

7'li likert tipinde (1.Hiç Katılmıyorum 7. Tamamen Katılıyorum) hazırlanan ölçekte üzerinden beklenti ve algılama maddelerine verilen puanların karşılıklı olarak farkının alınmasıyla, ölçekte yer alan her bir madde ifadesi için -6 ile +6 arasında değişen SERVQUAL skorları hesaplanmıştır. Algı-beklenti puanının daha yüksek (daha pozitif) olması, daha yüksek hizmet kalitesi seviyesi olarak değerlendirilmektedir. (Parasuraman ve ark., 1988). SERVQUAL ölçeğinin boyutları ve bu boyutlara ait olan maddeler tablo 2-7'de gösterilmiştir.

Tablo 2-7. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları

Boyutlar	Maddeler	Tanımlamalar
Fiziksel Ortam	1-4	Fiziksel varlıklar, ekipman ve personelin görünüşü ile ilgili ifadeler
Güvenilirlik	5-9	Hizmetin ilk defada doğru bir şekilde verilmesi, personelin söz verdiğinde sözünü tutması ve hizmetin güvenilir bir şekilde yerine getirilmesi ile ilgili ifadeler
Heveslilik	10-13	Personelin müşteriye yardım etme konusunda istekli olması ve istenileni hızlı bir şekilde yerine getirmesi ile ilgili ifadeler
Güvence	14-17	Çalışanların bilgili olmaları ve müşteriye güven duygusu yaratma ile ilgili ifadeler
Empati	18-22	Müşteri gibi düşünme, onların özel ihtiyaçlarının farkında olma ve onlara bireysel ilgi gösterme ile ilgili ifadeler

Kaynak: (Parasuraman ve ark., 1991)

SERVQUAL ölçeğinin avantajları şu şekilde sıralanabilir (Padma, Rajendran ve Sai, 2009):

- Hizmet kalitesinin farklı boyutlarını değerlendirmek için bir standart olarak kabul edilmektedir.
- Birçok hizmet sektörü için geçerlidir.
- Kapsamlı ve güveniliridir.
- Ölçeğe ait madde ifadeleri çok fazla olmadığı için, araştırmaya katılanlar tarafından hızlı bir şekilde doldurulabilir.
- Yorumlanabilmesi ve bulguların değerlendirilmesi için standart bir analiz prosedürüne sahiptir.

Ölçek mükemmel hizmet kalitesi sağlamanın bir anahtarı, tüketici beklentilerini karşılamak ve beklentileri aşmaya sağlayacak önemli bir araç olduğunu savunan bir görüşten yola çıkarak geliştirilmiştir. Ancak bu güçlü yönlerinin yanında, SERVQUAL ölçeği pek çok açıdan da sorgulanmaktadır (Yücel, 2013). Ölçeğe yönelik getirilen eleştiriler ise şöyledir:

- Kapsamlı uygulamasına rağmen, SERVQUAL ölçeği çeşitli kavramsal ve metodolojik gerekçelerle eleştirilmiştir. Ölçeğe karşı bazı önemli itirazlar (Algı-Beklenti) (A-B) boşluk puanlarının kullanımı, anketin uzunluğu, aracın tahmini gücü ve beş boyutlu yapının geçerliliği ile ilgilidir (Carman, 1990; Jain ve Gupta, 2004).
- (A-B) boşluk puanlarının (onaylamama modeli) kullanımı ile ilgili bir çok sorun ortaya çıkmıştır (Carman, 1990; Jain ve Gupta, 2004). Boşluk puanlarının hesaplanması sonucu (A-B) skorunun büyüklüğü -1 olarak karşımıza çıkmaktadır. Skorun -1 oluşu, 6 yolla olabilir: A=1, B=2; A=2, B=3; A=3, B=4; A=4, B=5; A=5, B=6 ve A=6, B=7. Bu durumda, algılanan hizmet kalitesinin eksikliği gibi yorum yapmak doğru olmaz. Dolayısıyla psikometrik problemlere neden olduğu için (A-B) skorunun kullanımına çoğu yazar karşı çıkmıştır (Jain ve Gupta, 2004).
- SERVQUAL ölçeği aynı zamandan beklenti bileşenin ölçülmesi ile ilgili de bazı eleştiriler almıştır. Beklenti kavramının farklı farklı yorumlanması ve anlaşılmasından dolayı ölçümüne dair bir belirsizlik olduğu iddia edilmektedir. Dolayısıyla beklenti bileşeni için daha hassas bir ölçüm aracının kullanılması gerekir. Parasuraman ve arkadaşları literatürdeki bu yorumlama sorununu farkederek revize edilmiş bir beklenti kavramı önermişlerdir (B* ölçümü, yani müşterinin 'mükemmel' hizmetten bekleyeceği şey) (Jain ve Gupta, 2004).
- Parasuraman ve arkadaşları, SERVQUAL ölçeğinin farklı sektörlere uyarlanabilecek, beş boyutlu genel bir hizmet kalitesi ölçeği olduğunu ileri sürmüştür. Ancak Carman (1990), SERVQUAL ölçeği boyutlarını değerlendirmeye yönelik, dört farklı hizmet sektöründe (bir diş hekimliği fakültesi hasta kliniği, bir işletme okulu yerleştirme merkezi, araba lastiği mağazası ve akut-bakım hastanesi) bir araştırma yapmış ve her bir sektörde ölçek boyutları ve faktör dağılımları farklı çıkmıştır. Yine Babakus ve Mangold, (1992); Glynn Mangold ve Babakus, (1991)'un SERVQUAL ölçeğini hastane hizmetlerine uyarladıkları çalışmalarında, ölçeğin fonksiyonel kaliteyi (sağlık hizmetlerinin hastaya sunulma şekli) ölçmek üzere tasarlandığı, bununla birlikte sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalitenin, teknik kaliteden (doğru teşhis, prosedür vb.) ayrı sürdürülemeyeceğini ileri sürmüştür. Karatepe ve arkadaşlarının (2005) bankacılık sektöründe yaptığı çalışmada, empati,

güvenilirlik, hizmet ortamı ve etkileşim kalitesi olmak üzere 4 hizmet kalitesi boyutu ortaya çıkmıştır (Karatepe, Yavas, ve Babakus, 2005). Bu da SERVQUAL ölçeği boyutlarının her sektör için kapsayıcı olamayacağını, sektöre özgü hizmet kalitesi ölçüm araçlarının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Literatürde hizmet kalitesi çalışmaları, farklı boyutlar ileri sürülmektedir. (Grönroos, 1984) hizmet kalitesini teknik, fonksiyonel kalite ve kurumsal imaj olmak üzere 3 boyutlu olarak, yine (Lehtinen ve Lehtinen, 1991) hizmet kalitesini fiziksel kalite, etkileşimli kalite ve kurumsal kalite olarak ele almıştır.

Tablo 2-8’de SERVQUAL ölçeğine getirilen eleştiriler özetlenmiştir.

Tablo 2-8. SERVQUAL Ölçeğine Getirilen Eleştiriler

Eleştiri	Kaynak
Onaylamama modeli yerine tutum modelinin kullanılması	Cronin ve Taylor (1992, 1994) ve Oliver (1993)
Hizmet kalitesinin, algılar ve beklentiler arasındaki fark (gap) olarak kavramsallaştırılması	Cronin ve Taylor (1992) ve Boulding ve diğ. (1993)
Boşluk puanlarının psikometrik geçerliliği	Teas (1993)
Teknik kaliteden ziyade sadece fonksiyonel kaliteye odaklanması	Cronin ve Taylor (1992) ve Richard ve Allaway (1993)
Hizmet kalitesini ölçmek için Likert ölçeğinin kullanılması ve modelin istatistik, psikoloji ve ekonomi teorilerine göre yanlış kurulması	Babakus ve Mangold (1992)
Çekirdek hizmet sayılabilecek imaj, değer, hizmet sunumu sırasındaki faaliyetler gibi önemli faktörlerin ölçekte yer almaması	Sureshchandar ve ark., (2001)
Boyutların sayısı ve yapısı	Babakus ve Boller (1991) ve Carman (1990)
Beklenti bileşenin tanımı ve ölçümüne yönelik belirsizlik	Carman (1990) ve Teas (1993)
Madde ifadeleri	Carman (1990)
Ölçeğin polaritesi	Babakus ve Boller (1991) ve Babakus ve Mangold (1992)
Varyansın hizmet kalitesini açıklama gücü	Babakus ve Boller (1991)

Kaynak: (Padma ve ark., 2009)

2.2.4.2. SERVPERF Modeli

Cronin ve Taylor SERVQUAL yönteminin hizmet kalitesini ölçmede yetersiz olduğunu öne sürmüştür. Parasuraman ve arkadaşlarının 1985 geliştirdiği hizmet kalitesi modelindeki boşluk teorisine (gap teori) göre, müşterinin hizmet performansı hakkındaki beklentileri ile işletmenin gerçek performansının değerlendirilmesi arasındaki fark hizmet kalitesi algısını yönlendirmektedir. Ancak hizmet kalitesinin ölçülmesine temel teşkil eden performans-beklenti boşluğu teorisini destekleyen oldukça az kanıt vardır ve pazarlama literatüründe performansa dayalı hizmet kalitesi ölçümlerinin üstünlüğünün önemli ölçüde desteklendiği görülmektedir. Bu yüzden Cronin ve Taylor SERVQUAL ölçüm aracına alternatif olabilecek, performansa dayalı bir ölçüm aracı modeli olan SERVPERF (Service Performance)'i geliştirmişlerdir (Cronin ve Taylor, 1992).

Buna göre; *Hizmet Kalitesi = Performans*'tır.

Hizmet kalitesi, beklentiler olmaksızın sadece algılamalarla ve aşağıdaki formüle göre önem ağırlığı olmaksızın hesaplanmaktadır (Akdoğan, 2011):

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

Bu formülde:

SQ = Genel hizmet kalitesi

k = Niteliklerin sayısı

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

SERVPERF ölçeğine göre, yüksek algılan performans, yüksek hizmet kalitesine işaretler. SERVPERF ölçeğinde, SERVQUAL ölçeğinden farklı olarak beklenti/algılama sorunlarına çözüm olarak performans ölçümünün daha kolaydır. Performans tabanlı model, satın alma niyetlerinin hizmet kalitesinden değil müşteri tatmininden etkilendiğini ileri sürmektedir (Türk, 2009).

Cronin ve Taylor SERVPERF ölçeğini, SERVQUAL' e kıyasla daha etkili bulmaktadır. Performans tabanlı ölçüm aracı olan SERVPERF'te madde sayısı yarı yarıya (44 maddeden 22 maddeye düşmüştür) azalmıştır. SERVQUAL'de algı ve beklenti için ayrı ayrı 22 soru kullanılırken burada sadece algılanan performansı ölçmeye yönelik 22 soru yer almaktadır. Ayrıca SERVPERF modeli SERVQUAL gibi beş boyutlu bir yapı değil tek boyutlu bir yapıdan oluşmuş ve ölçek 7'li likert tipinde (1.Hiç Katılmıyorum 7.

Tamamen Katılıyorum) hazırlanmıştır. Ölçek madde ifadeleri SERVQUAL ölçeğindeki 22 maddeden oluşmaktadır (Cronin ve Taylor, 1992).

Metodolojik olarak SERVPERF ölçeğinin, SERVQUAL ölçeğinden daha üstün olduğunu ileri süren çalışmalar vardır. Bunun sebebi sadece madde sayısının %50 oranında azaltılması değil, aynı zamanda tek boyutlu ölçülen toplam hizmet kalitesi ölçeğinin daha fazla varyansı açıklamasındandır (Jain ve Gupta, 2004). Cronin ve Taylor, müşteriye hizmet ile birlikte somut bir ürünün de sunulduğu durumlarda da SERVPERF ölçeğini daha geçerli kabul edilmektedir. Ayrıca bir işletmenin performansına ilişkin tutumların, deneyimler mevcut değilken, beklentiler sonucu oluştuğu ve bu tutumların ise hizmetten yararlanma ve hizmeti satın alma eğilimini etkilediğini savunmuşlardır (Akdoğan, 2011).

SERVPERF ölçeği ile ilgili bir özetleme yapmak gerekirse (Aydın ve Yıldırım, 2012);

- Cronin ve Taylor (1994), 1992’de yaptıkları çalışmalarında ölçeğin, SERVQUAL ölçeğini esas alan ve hizmet kalitesini bilimsel olarak açıklayan güncel değişikliklerden biri olduğunu belirtmişlerdir.
- Cronin ve Taylor (1994), regresyon analizi yönteminin SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerini değerlendirmede en geçerli yöntem olduğunu ileri sürmüşlerdir. Çünkü her iki ölçek de likert tipindedir.
- Cronin ve Taylor (1994)’a göre, SERVPERF ölçeği hizmet kalitesini ölçmede geçerli ve güvenilirlerdir.

Sonuç olarak; Cronin ve Taylor (1992) tarafından öne sürülen ve SERVQUAL ölçeğinin beklentiler kısmını çıkararak sadece tüketicilerin hizmet algılamalarını içeren SERVPERF ölçeği yaygın olarak kullanılmakla birlikte, hizmet kalitesinin boyutlarına ilişkin tam bir fikir birliği sağlanamamıştır (Sütütemiz, 2006).

2.2.5. Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Hizmet sektörü alanında yürütülen çalışmalar, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de kalitenin, sağlık kuruluşlarının başarısında önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin nasıl ölçüldüğü, ne gibi sonuçlara ulaşıldığına dair pek çok çalışma yapılmıştır. Bu bölümde sağlık sektöründe hizmet

kalitesi ölçümü ile ilgili yapılmış araştırmalara (konuyu daha iyi anlayabilmek adına) kısaca yer verilecektir.

Babakus ve Mangold, (1992) SERVQUAL ölçeğini hastane hizmetlerine adapte ettiği çalışmada, SERVQUAL'in hastane hizmetlerinde kullanımına yönelik geçerlilik güvenilirlik analizleri yapmıştır. Bu kapsamda 13 aylık süre periyodunda 443 hastaya ulaşmıştır. Ölçek adapte edilmiş haliyle 15 soru ve beş boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar orijinal hali ile aynıdır. Söz konusu çalışma ölçeğin sağlık işletmelerinde kullanılmasında güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

Shemwell ve Yavas, (1999) yaptığı çalışmada SERVQUAL ve SERVPERF'e getirilen eleştirileri dikkate alarak, özellikle ölçeklerin hastane hizmetlerine uyarlanmadıkları bu yüzden de yapı geçerliliğinin (construct validity) düşük olduğu ve hastane yöneticilerinin hizmet kalitesi ile ilgili hastane hizmetlerine özel soruları tercih etmeleri nedeniyle sağlık sektöründe hizmet kalitesini ölçmeye yönelik ölçüm aracı geliştirme ihtiyacı duymuşlardır. Geliştirilen ölçüm aracı arama (search), güven (credence) ve deneyim (experience) olmak üzere üç boyut ve 14 ifadeden oluşmaktadır. Ayrıca ölçek, literatürdeki diğer ölçeklerin aksine, fonksiyonel kaliteden ziyade teknik kaliteye odaklanmıştır.

Carman, (2000) hizmet kalitesini bir tutum olarak ifade etmiş ve Grönroos, (1982) sınıflandırdığı gibi hizmet kalitesinin teknik ve fonksiyonel boyutunu ele almış ve boyutlarla ilgili değişen paradigmalardan bahsetmiştir. Donabedian, (1980) hastaların kaliteyi değerlendirirken daha çok fonksiyonel kaliteye odaklandığını ileri sürmüş, sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki bilgi asimetrisinden dolayı, hastaların sağlık hizmetlerinde teknik kaliteyi değerlendirmelerinin zor olacağını belirtmiştir. Ancak hastane hizmetlerinin teknik boyutunun (hastalıkların tanı ve tedavisi, acının sonlandırılması vb.) fonksiyonel boyuta (yemek, otopark, mahremiyet vb.) kıyasla görece daha önemli olduğu anlayışı git gide yaygınlaşmaktadır. Carman daha önce yaptığı çalışmasını temel alarak Carman, (1990) altı boyuttan oluşan ölçeği kullanmıştır. Sonuçta hastaların hizmet kalitesi algılamalarında teknik özelliklerin, fonksiyonel özelliklerden daha önemli olduğunu bulmuştur. Teknik özellikler arasında ise en fazla önemi hemşirelik hizmetleri almaktadır. Daha sonra hekimlik hizmetleri gelmekte ve her iki hizmet boyutunun da birbirleriyle etkileşimde olduğu görülmektedir.

Lam, (1997), Hong Kong sağlık sektöründe hizmet kalitesinin değerlendirilmesine yönelik yaptığı araştırmasında SERVQUAL ölçüm aracını kullanmış, ölçeğin ABD dışında başka bir ülkede ve sağlık sektöründe ne kadar geçerli ve güvenilir olduğunu ispat etmek istemiştir. Araştırma sonuçlarına göre, hizmet kalitesi ölçeğinin beş boyutu bu çalışma için ortaya çıkmamış ve ölçek tek boyutlu olarak ele alınmıştır. Ayrıca hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesi (hastanenin fiziksel özellikleri ile ilgili kalitesi hariç) beklentilerin altında kalmıştır.

Andaleeb, (2001) Bangladeş'te hastane hizmet kalitesini neyin oluşturduğunu belirlemek ve temel hizmet kalitesi boyutlarının performansın önemli bir ölçüsü olan hasta tatmini ile nasıl ilişkili olduğunu değerlendirmek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. SERVQUAL ölçeğini temel almış ancak ölçeğin kısıtlarından dolayı, derinlemesine görüşmelerle ölçeğe madde ifadeleri eklemiştir. Son haliyle ölçek 33 madde ve heveslilik, güvence, iletişim, disiplin ve bahşiş olmak üzere beş boyuttan oluşan ölçeği kullanmıştır. Çalışmada ayrıca hasta tatmininin sağlanmasında hizmet kalitesinin önemli role sahip olduğu vurgulanmıştır. Hasta düşüncelerinin, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmeti sunum süreçlerinin tasarımında daha büyük bir rol oynamaya başlaması gerektiğinin altını çizmiştir.

Ramez, (2012) hastaların algılanan hizmet kalitesi, tatmini ve davranışsal niyeti arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik Bahreyn'de yaptığı çalışmada, hizmet kalitesini ölçmeye yönelik SERVQUAL ve SERVPERF ölçeğini kullanmıştır. Hizmet kalitesindeki varyansın açıklanmasında SERVPERF ölçeğinin SERVQUAL'den daha etkili olduğunu bulmuştur. Ölçeğe ilişkin iki boyut ortaya çıkmıştır. Güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati boyutu ilk faktör ile yüksek korelasyon gösterirken, fiziksel varlıklar boyutu ikinci faktörle yüksek korelasyon göstermiştir. Hizmet kalitesi üzerinde en büyük etkiye sahip boyutlar ise heveslilik, empati ve fiziksel varlıklar olarak belirlenmiştir. Ayrıca hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir.

Brown ve Swartz, (1989) sağlık hizmet kalitesini, hem hizmet sağlayıcı hem de hasta perspektifinden, boşluk analizi (gap analyze) yaparak değerlendirmiştir. Ölçüm aracı olarak Parasuraman Zeithaml ve Berry (1985)'in geliştirdiği 10 hizmet kalitesi boyutunu temel alarak sağlık hizmetlerine adapte edilen 65 madde ifadesini

kullanılmıştır. Hizmet kalitesi boyutlarından hekim ile etkileşim hasta tatminini etkileyen en önemli bağımsız değişken olarak ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik birkaç uluslararası çalışmadan bahsettikten sonra, yapılan ulusal çalışmalara da değinmek faydalı olacaktır. Türkiye de Sağlık hizmet kalitesi ile ilgili çalışmaların çok eskiye dayandığı söylenemez. Konuyla ilgili ilk araştırmalar arasında Varinli ve Çakır, (2004)'ın Kayseri'de özel bir hastanede yürüttüğü çalışma gelmektedir. Poliklinik hizmetlerinden yararlanan 185 hastayla yapılan araştırmada poliklinik hizmet kalitesinin dört faktörden (doktorlar, hemşireler, süreç ve personel ile ilgili faktörler) oluştuğunu tespit etmiştir.

Yağcı ve Duman, (2006) poliklinik hizmetlerinde hizmet kalitesinin boyutlarını belirlediği ve bu boyutların hastane türlerine göre hasta memnuniyeti ile olan ilişkilerini incelediği araştırmasında; hastaların hizmet kalitesi algıları, geliştirilen dört boyut ile ölçülmüştür. Bu boyutlar muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması-tetkik hizmetler ve genel görünümünden oluşmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, devlet hastanelerinde muayene öncesi hizmetler ve genel görünüm düzeyinin, özel hastanelerde belirlenen bütün boyutların, üniversite hastanelerinde ise hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçları karşılama ve tetkik hizmetler ile fiziksel görünüm düzeyinin hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir.

Demirer ve Bülbül, (2014) yaptığı çalışmasında Türkiye'de kamu ve özel hastanelerde karşılaştırmalı olarak SERVQUAL'in uygunluğunu ve algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve hastaneye yeniden gitme niyeti arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Türkiye bağlamında; kamu ve özel hastanelerinde SERVQUAL geçerli ve güvenilir bir ölçek midir? Kamu ve özel hastanelerinde hizmet kalitesinin boyutları nelerdir? Sorularının cevapları aranmıştır. Araştırma bulgularına göre; Kamu ve özel hastaneler için SERVQUAL'in geçerliliğini ve güvenilirliğini güçlü biçimde desteklemiş ve kamu hastanelerinin; 1.güvenilirlik-somutluk ve 2.yanıt verebilirlik-güvence-empati boyutlarına, özel hastanelerin ise; 1.güvenilirlik-güvence, 2.somutluk ve 3.empati boyutlarına sahip olduğu görülmüştür.

Demirel, Yoldaş, ve Divanoğlu, (2009) algılanan hizmet kalitesinin, tatmin, tavsiye ve tercih üzerine etkisini incelediği araştırmasını, Aksaray'da özel bir hastaneden hizmet alan hastalar üzerinde yürütmüştür. Algılanan hizmet kalitesi, tedavi hizmetleri,

hemşirelik hizmetleri ve güven duyma ile fiziksel koşullar boyutuyla ele alınmıştır. Bulgulara göre, algılanılan hizmet kalitesi boyutlarının hasta tatmini, tercihi ve tavsiye etme arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Özellikle hemşirelik hizmetleri ve güven duyma boyutunun tercih ve tavsiye etme arasında yüksek düzeyde pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla, hastane hemşirelik hizmetlerinin ve hastanenin hastalarında güven duygusu uyandırmanın, tercih edilmesinde ne kadar önemli olduğu söylenebilir.

Devebakan ve Aksaraylı, (2003) özel bir hastanede hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ile ilgili yaptığı çalışmada 105 hastaya anket uygulamıştır. Araştırmada Babakus ve Mangold (1992) tarafından hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Buna göre hastanede güvenilirlik ve güven boyutları hastaların büyük çoğunluğu tarafından hizmet kalitesinin en önemli boyutları olarak değerlendirilmiştir. Diğer taraftan fiziksel özellikler ve empati boyutu hastaların çoğu tarafından en az önemli bulunan boyutlar olarak değerlendirilmiştir.

Rahman ve ark., (2007) Elazığ il merkezinde kamu hastanelerinde (Fırat Tıp Merkezi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Harput Devlet Hastanesi, Sarahatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi) yatan 497 hasta ile, hastane hizmet kalitesinin değerlendirilmesine yönelik araştırma yürütmüştür. Araştırmada yine sağlık hizmetlerine uyarlanan SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hastaneler algılanan hizmet kalitesi düzeyleri açısından karşılaştırıldığında ise, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin (SERVQUAL Skorları) diğer hastanelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Songur, Turan, ve Songur, (2017) devlet hastanesinden hizmet alan hastaların hizmet kalite algısını değerlendirmek amacıyla yürüttüğü çalışmada, SERVPERF ölçeğini kullanmıştır. Orjinali 22 yargıdan oluşan ölçeği 27 yargı ve beş boyutta (fiziksel ortam, empati, güven, güvenilirlik ve yanıt verilebilirlik) ele almıştır. Araştırma bulguları sonucu hastalar poliklinik muayene odalarının temiz görünümlü, kan vb. tetkiklerde kullanılan araç gereç ve cihazlarının hijyenik ve laboratuvarda çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma düzeylerinin yeterli olduğuna ilişkin algılarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Görüldüğü gibi sağlık hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik literatürde ulusal ve uluslararası düzeyde pek çok araştırma yapılmıştır.

2.3. Hasta Tatmini

Literatürde hasta tatmini ile ilgili pek çok çalışma yürütülmüş, tanımlar yapılmıştır. Bu bölümde öncelikle hasta tatmininin çıkış noktası olan müşteri tatmini tanımı ve önemi, teorileri ve nasıl ölçüldüğüne yer verildikten sonra ve sağlık hizmetlerinde hasta tatminine ilişkin bilgiler ele alınmıştır.

2.3.1. Müşteri Tatmini Tanımı ve Önemi

Müşteri tatmini, pazarlama literatürünün en önemli kavramlarından biri olmasının yanı sıra işletmeler için de anahtar bir konudur. Tatmin tutum değişimi, tekrar satın alma davranışı ve sadakat gibi satın alma sonrası eylemler ile, satın alma ile ilgili süreçleri birbirine bağlayan önemli bir pazarlama faaliyetidir. Müşteri tatmini konusunda ilk akademik çalışma Cardozo (1965) tarafından yapılmıştır. 1970'lerin başında tüketici tatmini bir araştırma alanı olarak ortaya çıkmaya başlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tarım Bakanlığı Tüketici Memnuniyeti Endeksi, tüketici tatmini ile ilgili politikalara doğrudan bilgi sağlayan ilk çalışmadır. Daha sonra Olshavsky ve Miller (1972) ve Anderson (1973) beklentilerin onaylanmaması teorisini ve bunların ürün/hizmet performansı üzerine etkilerini inceleyen çalışma yürütmüşlerdir. Cardozo'nun (1965) yaptığı deney ile birlikte bu iki çalışma, daha sonraki teorilerin test edilmesi ve deneysel çalışmalar için temel oluşturmuştur (Churchill ve Surprenant, 1982)

Cardozo (1965) müşteri çabası, beklentileri ve tatmini üzerine deneysel bir çalışma yürütmüştür. Buna göre müşteri tatmini, müşteri çabası ve ürün/hizmet ile ilgili beklentilerin bir fonksiyonudur. Müşterilerin çaba ve beklentileri, müşteri davranışlarının ana bileşeni olduğundan bu faktörler hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir. Özellikle müşterinin ürünle ilgili memnuniyeti yüksekse ürünü elde etmek için daha fazla çaba harcamakta, memnuniyeti düşük ise, beklentileri karşılanmamaktadır. Müşteri eforu (çabası), bir ürünü elde etmek için harcanan fiziksel, zihinsel ve finansal kaynakları içermektedir. Müşterilerin harcadığı çaba miktarını değiştirmenin bir yolu, müşteriye verilen bilgi miktarı ile satın alma kararını az veya çok değiştirmektir. Müşteriye çok az bilgi verilirse, müşteri ek bilgi toplamak için çaba harcamakta, çok sayıda ayrıntılı bilgi verilirse bu seferde müşteri bu bilgiyi yorumlamak için daha fazla miktarda çaba harcamaktadır. Dolayısıyla optimum düzeyde verilecek bilgi, müşterinin satın alma

kararını olumlu yönde etkileyecektir. Müşterilerin bir ürünle ilgili beklentileri ise, çeşitli kaynaklardan topladığı bilgilere bağlıdır (Cardozo, 1965). Tüketici tatmini konusunda önde gelen araştırmacı Richard L. Oliver’a göre tüketici tatmini “tüketicinin tatmin olma tepkisi”dir. Buna göre tatminin sağlanması için en az iki belirleyici faktörün olması gerekir. Bunlar, ürünün veya hizmetin kullanımı ile ortaya çıkan bir sonuç (ürün/hizmetin performansı) ve bu sonuçla karşılaştırma yapmak üzere alınacak bir referans noktasıdır (Yalçın ve Koçak, 2009). Müşteri tatmini tekrar satın alma davranışı, aynı ürün grubundaki farklı ürünlerin satın alınması ve olumlu ağızdan ağıza iletişim sağlar (Cardozo, 1965).

İfade ettiğimiz tüm bilgiler ile harmanlama yapılırsa, tüketicinin ürün veya hizmetten beklediği performans ile tüketim/kullanım tecrübesi sonrasında elde ettiği gerçek performans arasındaki farkın karşılaştırılması sonucu, eğer performans beklentileri doyurur veya onu aşarsa müşteri tatmin olmuş demektir (Sütütemiz, 2005). Literatürde müşteri tatmini çalışmalarının, müşteri tatmininin öncellerini belirlemeye ve bunları ölçmeye yönelik olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların çoğu onaylamama (disconfirmation) teorisinin farklı şekillerini kullanmışlardır (Sütütemiz, 2005).

2.3.2. Müşteri Tatmini Teorileri

Literatürde müşteri tatmini konusunda en yaygın iki kuram; performansa özel beklenti (performance expectation) ve beklentilerin onaylanmaması (disconfirmation) (Oliver ve Burke, 1999; Oliver, 1980; Oliver ve DeSarbo, 1988) kuramlarıdır. Bu görüş büyük ölçüde Cardozo'nun (1965) yaptığı kısa süreli bir laboratuvar çalışmasının sonuçlarına dayanmaktadır.

Tatmin, beklentiler ile performans arasında bir karşılaştırma yapan normlar, tahminler, algılanan performans ve onaylamamayı da içeren satış öncesi beklentilerin bir fonksiyonudur (Oliver ve Burke, 1999). Müşteri satın alma ve kullanma öncesinde, ürün/hizmete yönelik beklentiler geliştirmektedir. Satın alma veya kullanma sonucunda algıladığı performans ile satın alma öncesindeki beklentilerini karşılaştırmaktadır. Eğer beklenti ve performans birbirine eşit ise **onaylama (confirmation)**, algılanan performans beklentilerden büyük olduğunda **“pozitif onaylamama”**, beklentiler büyük olduğunda ise **“negatif onaylamama”** ortaya çıkar. Onaylama ve pozitif onaylama **“tatmin”**, negatif onaylamama ise **“tatminsizlik”** şeklinde kendini göstermektedir (Oliver, 1980; Oliver ve DeSarbo, 1988; akt. Sütütemiz, 2005; Churchill ve Surprenant, 1982).

Literatürde Oliver (1980), Westbrook ve Oliver (1981), Oliver ve Swan (1989) çalışmaları müşteri tatmini ile ilgili ilk yapılan çalışmalar arasında yer almaktadır.

Müşteri tatmini ile ilgili literatürde yaygın olarak karşımıza çıkan beş teori aşağıda verilmiştir.

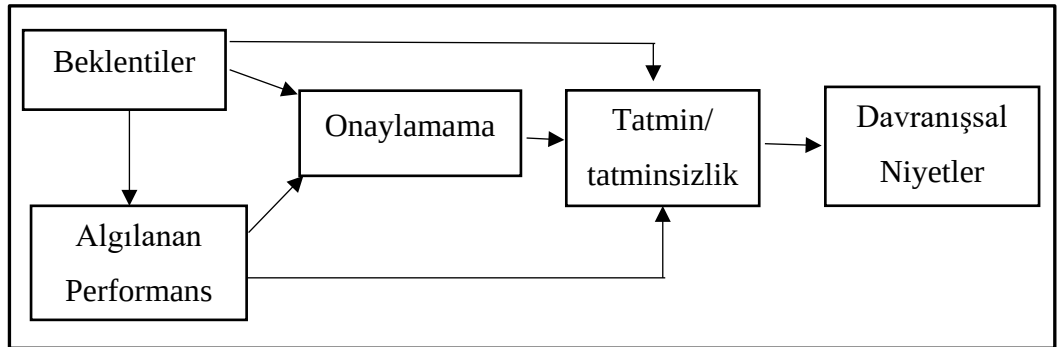
1. Beklentilerin onaylanmaması (expectancy disconfirmation): Köklerini sosyal psikoloji ve örgütsel davranış biliminden alan beklentilerin onaylanmaması teorisi aslında beklentilerin oluşumu ve bu beklentilerin performans karşılaştırmalarıyla onaylanmamasından oluşan iki süreci ifade etmektedir (Oliver ve DeSarbo, 1988). Oliver’ın daha önce de belirttiği gibi Oliver, (1980) müşteri bir ürün satın almadan veya bir hizmeti kullanmadan önce, o ürün veya hizmete yönelik beklentiler geliştirmektedir. Ürünü satın aldıktan veya hizmeti kullandıktan sonra algıladığı performans ile beklentisini karşılaştırır ve bir sonuca varır. Böyle bir karşılaştırma sonrasında eğer beklenti ve performans birbirine eşit ise **onaylama (confirmation)**, algılanan performans beklentilerden büyük ise **“pozitif onaylamama”**, beklentiler büyük olduğunda ise **“negatif onaylamama”** ortaya çıkar. Onaylama ve pozitif onaylama **“tatmin”**, negatif onaylamama ise **“tatminsizlik”** şeklinde kendini göstermektedir (Churchill ve Surprenant, 1982; Sütütemiz, 2005).

Beklenti seviyesi, onaylamama (disconfirmation) kararlarının verildiği bir taban çizgisi sağlamaktadır. Kişinin beklentileri daha yüksek (ya da daha düşük) ise tatmini de daha yüksektir (daha düşüktür). Onaylamama kararlarının kişinin daha çok duygusal deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Pozitif onaylamama tatmin düzeyini arttırırken, negatif onaylamama tatminsizlik yaratır, onaylama ise sadece uyum seviyesini korur. Genel olarak, bu teoriyi araştıran pazarlama çalışmaları sadece nüfus etkilerini tahmin etmektedir. Bazı tüketiciler beklentilerden daha fazla etkilenirken, bazıları ise onaylamamadan daha fazla etkilenir. Bu bulgulara dayanarak, onaylamanın belki de daha güçlü bir faktör olduğuna inanılmaktadır. Çünkü beklentiler, satın alma aralığında değişebilir. Bu iki eğilim arasındaki fark asimilasyon ve zıtlık (konstrast) teorileri ile açıklanabilir.

- **Asimilasyon (benzeşim) teorisi:** Temel olarak Hovland ve arkadaşları (1957) tarafından öne sürülen bu teori, daha sonra tüketici tatmini literatürüne girmiş ve beklentilere yönelik cevap eğilimi için temel teşkil etmiştir. Bu teoriye göre

bireyler nesne veya olayla ilgili önceden tutulan farklılıkları benimsemede isteksiz olduklarını bu nedenle o nesne veya olay için ilk hislerini benimsediklerini varsayar (Oliver ve DeSarbo, 1988). Yani bireyler elde ettikleri performans seviyesi için hissettiklerini önceki beklentilerine (başlangıçtaki hislerine) benzetmeye (asimile etmeye) çalışırlar (Sütütemiz, 2005). Böylelikle beklentilerden etkilenen kişi, beklentilerine, duygusal deneyimlerine benzer memnuniyet düzeyleri ile cevap verir.

- **Zıtlık (konstrast) teorisi:** Temel olarak Dawes, Singer, and Lemons (1972) öne sürülen teori "kendi tutumları ve başkalarının tutumları arasındaki farklılığı (uyuşmazlığı) abartma eğilimi" olarak tanımlanmaktadır. Müşteri tatmini literatürüne Anderson (1973) sayesinde girmiştir. Anderson (1973) beklentilerin altında ürün performansının gerçekte olduğundan daha zayıf ve beklentilerin üzerindeki performansın ise olduğundan çok daha yüksek olduğunu savunmaktadır. Aslında tüketicilerin onaylamama yönündeki puanlandırmalarını abarttığını düşünmektedir. Bu yanıt eğilimleri yukarıda açıklandığı gibi çalışırsa, onaylamamadan etkilenen tüketiciler, beklentilerden etkilenen tüketicilere göre oldukça farklı yanıt verebilirler (Oliver ve DeSarbo, 1988). Böylece beklentilerin üzerinde gerçekleşen performans seviyesi, gerçeğinden daha yüksek oranda ortaya çıkar (Sütütemiz, 2005). Bu modelin bileşenleri arasında tatmin sürecinin öncelleri (beklentiler, performans ve onaylamama) ile sonuçları (tatmin veya tatminsizlik ile davranışsal niyetler) sunulmuştur. Modele göre tatmin ve öncelleri arasındaki ilişki aşağıdaki gibi formüle edilmektedir (Sütütemiz, 2005). Şekil 2-16'da performans ile beklentilerin onaylanmaması modeli gösterilmiştir.



Şekil 2-16. Performans ile Beklentilerin Onaylanmaması Modeli

Kaynak: (Oliver ve Burke, 1999)

2. Eşitlik (Equity) teorisi: Genel olarak eşitlik teorisinin temel varsayımı değişime taraf olan kişilerin eşit muamele göreceği ve çıktı/girdi oranının adil olduğu sürece müşterilerin tatmin olacağı yönündedir. Bunu matematiksel olarak ifade etmek zor olsa da, değişim ilişkisinde bulunan kişiler arasında (girdi-çıktı) herhangi bir ihtilaf yoktur. Tüketicinin girdi-sonuç oranı ile satıcının girdi sonuç oranı orantılı olduğunda memnuniyetin var olduğu düşünülmektedir (Oliver ve DeSarbo, 1988). Daha açık bir ifadeyle müşteriler bazı satın alma durumlarında kendi girdi ve çıktılarıyla, müşterilerin girdi ve çıktılarını (zaman, maliyet, çaba vb.) karşılaştırabilmektedir. Bu karşılaştırma sonucunda tüketicinin değiş tokuş işleminin adil olduğuna inanması, tatmin yargısını arttıracaktır (Sütütemiz, 2005).

3. Atfetme (Attribution) teorisi: Weiner ve arkadaşları (1971) ve Weiner (1985)'in çalışmaları sonucu ortaya çıkan bu teori başarı veya başarısızlık olarak yorumlanabilecek sonuçların (örneğin iyi ve kötü satın almalar) bazı nedensellik çıkarımlarına yol açtığını savunmaktadır. Bu nedensel çıkarımlar üç şekilde karşımıza çıkabilir: (1) nedensellik odağı, (2) sonuç nedeninin değişkenliği (durağanlığı), (3) kontrol edilebilirlik-ortaya çıkan sonuçların yetenek veya çabaya dayandırılması. Varsayım, tatmin yargısının görev ya da şansa dayandırılmaktan ziyade, yetenek ve çabaya dayandırıldığında daha yüksek olduğunu ileri sürmektedir. Tatmin yargısı daha çok içsel özellikler (atfetme) ile açıklanabilirken, takdir ve hoşnutluk yargısının daha çok dışsal atfetmelere dayandırılabilceğini ifade eder. İlerleyen yıllardaki ilgi çekici çalışmalar (Folkler 1984; Richins 1985) dışsal özellikler ile tatmin arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Özellikle Folkler (1984)'ün sonuçları, tatmin için baskın ilişkilendirme boyutunun nedensellik odağı olduğunu göstermektedir. Buna göre tatmin, ürün başarıları alanında dışsal atıflardan ziyade içsel özelliklerden daha çok etkilenmektedir (Oliver ve DeSarbo, 1988)

4. Performans teorisi: Tatmin üzerine etkisi olan bir başka faktör performanstır. Performans-memnuniyet ilişkisi varsayımsal (anksiyomatik) görünse de, performansın etkisi, objektif veya araçsal performans boyutlarına sahip olmayan ürünler için eşittir (Oliver ve DeSarbo, 1988). Tatmin literatüründe performansın birincil önemi, onaylamamanın değerlendirilmesi için bir karşılaştırma standardı olmasıdır. Yani ürün/hizmetin performansı arttıkça, duyulan tatminin de artacağı yönündedir (Churchill ve Surprenant, 1982).

5. Beklenti teorisi: Beklentiler, ürün/hizmet hakkında beklenen performansı yansıtan bir kavramdır. Tüketici tatmini literatürü, bir ürünün beklenen performansı hakkında fikir oluştururken tüketicilerin farklı “beklenti türlerini” kullanabileceğini öne sürmektedir. Miller (1977)’e göre ideal, ümit edilen, minimum tolere edilebilen ve arzu edilen olmak üzere dört tür beklenti olduğunu savunmaktadır. Day (1977) ise ürün veya hizmetin doğasıyla ilgili beklentiler, fayda elde etme maliyet ve çabaları hakkında beklentiler ve sosyal fayda ya da maliyet beklentileri arasında ayırım yapmıştır (Churchill Jr ve Surprenant, 1982). Tüketiciler bu beklenti türlerini bilinçli/bilinçsiz kullanarak, ürün ya da hizmete yönelik beklenti geliştirmektedir. Eğer beklenti performanstan yüksek ise negatif onaylamama (tatminsizlik) gerçekleşecektir.

Bahsedilen teorilerden hizmet araştırmaları arasında en çok kabul göreni “Beklentilerin Onaylanmaması” kuramıdır.

2.3.3. Müşteri Tatmini İle İlgili Literatürde Yaygın Olarak Kullanılan Ölçekler

Wirtz ve Lee literatürde yaygın olarak kullanılan müşteri tatmini ölçeklerini kataloglamış ve bu ölçeklerin güvenilirliklerini inceleyip varyanslarını açıklamışlardır. Yazarlar en iyi ölçeğin 6 maddeli 7 noktalı semantik farklar ölçeği olduğunu, bununla birlikte diğer tüm tatmin ölçeklerinin iyi kalitede olduğu, tatminin hem bilişsel hem de duygusal yönlerini ele aldığını ifade etmişlerdir (Wirtz ve Lee, 2003). Sütütemiz ise Wirtz ve Lee’nin ele aldığı ölçekleri Türkçeleştirerek literatüre kazandırmıştır. Literatürde yaygın olarak kullanılan müşteri tatminine yönelik ölçekler tablo 2-9’de gösterilmiştir (Sütütemiz, 2005).

Tablo 2-9. Literatürde Yaygın Olarak Kullanılan Müşteri Tatmini Ölçekleri

Ölçek	Kullanım	Kaynak
Çok tatmin oldum-Hiç tatmin olmadım	Tek madde-7 noktalı iki kutuplu ölçek	Oliver ve Bearden (1983)
Yüzdelik	Tek madde-11 noktalı yüzde (%) dereceli ölçek “Hiç tatmin olmadım-Tamamen tatmin oldum arasında”	Oliver ve Bearden (1983)
Likert-Tatmin oldum	Tek madde-7 noktalı likert ölçek: Bu ürün tecrübesinden tatmin oldum	Westbrook ve Oliver (1981)
Memnun oldum	Tek madde-7 noktalı iki kutuplu ölçek: Memnun oldum-Memnun olmadım arasında	Crosby ve Stephens (1987)

Ölçek	Kullanım	Kaynak
Mutluyum	Tek madde-7 noktalı iki kutuplu ölçek: Tamamen mutluyum-Tamamen mutsuzum arasında	Crosby ve Stephens (1987)
Memnun oldum-Berbat	Tek madde-7 noktalı iki kutuplu ölçek: Memnun oldum-Dehşete düştüm arasında	Westbrook (1980)
Semantik Farklar (4 madde)	4 madde-7 noktalı iki kutuplu ölçek: Tatmin oldum-Tatmin olmadım Elverişli-Elverişsiz Hoşnutum-Hoşnutsuzum Çok Beğendim-Hiç beğenmedim	Eroglu ve Machleit (1990)
Semantik Farklar (6 madde)	6 madde-7 noktalı iki kutuplu ölçek: Beni hoşnut etti- Hoşnut etmedi Memnun oldum-Nefret ettim Çok tatmin oldum-Hiç tatmin olmadım Bana göre iyi bir iş idi-Bana göre kötü bir iş idi Akıllı bir seçim-Kötü bir seçim İle mutluyum-İle mutsuzum	Oliver ve Swan (1989)
Likert tip (12) madde	12 Madde- noktalı likert tip ölçek Bu elde ettiğim (ürün) en iyi deneyimlerimden biri Bu (ürün) deneyimim tam olarak ihtiyacımı karşıladı Bu deneyimim gerçekleşeceğini düşündüğüm gibi olmadı Deneyimimden tatmin oldum Deneyimimle ilgili karışık duygular içindeyim Bu seçimim akıllıcaydı Gerçekten (üründen) zevk aldım (Ürün için) kararım hakkında kendimi kötü hissediyorum (Ürün) kararımdan dolayı mutsuzum (Ürün) iyi bir deneyimdir Bu (ürün)nün benim için doğru birşey olduğuna eminim Eğer bir daha gerekseydi onu (ürünü) almazdım	Westbrook ve Oliver (1981)

Kaynak: (Sütütemiz, 2005)

2.3.4. Hasta Tatmini ve Önemi

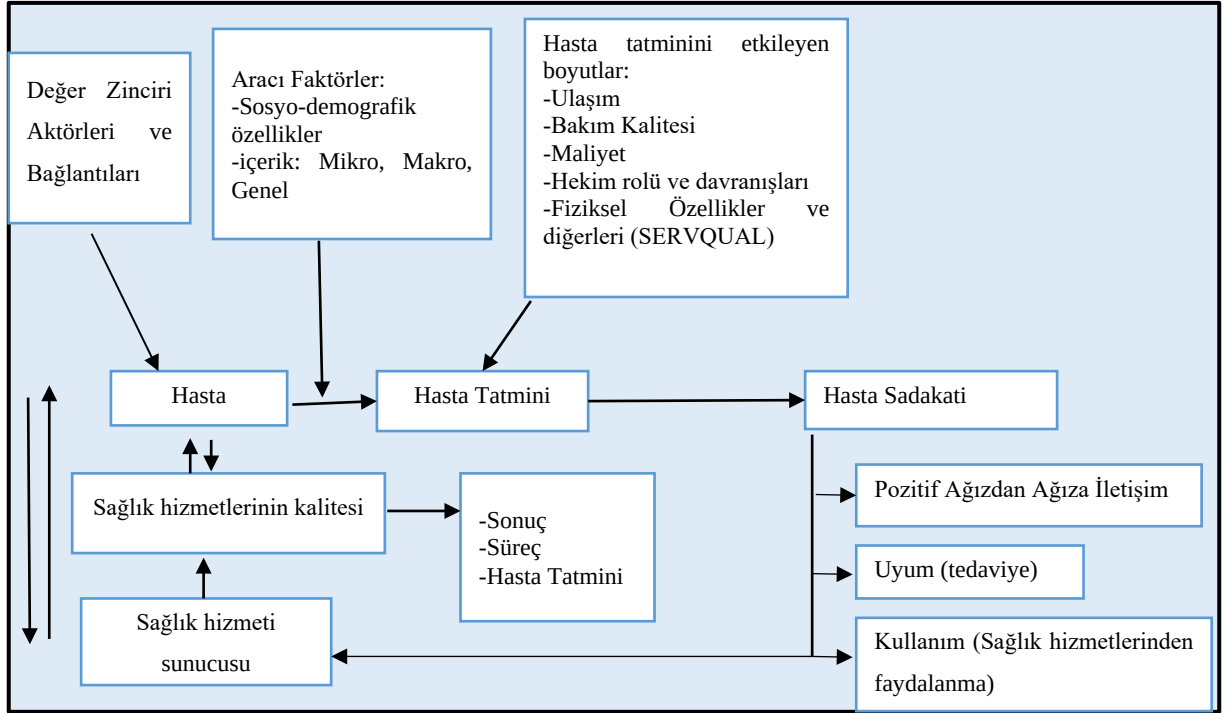
Günümüzde rekabatin artması, tüketicilerin bilinçlenmesi ile farklı sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de müşteri (hasta) tatminin sağlanması önemli bir konu haline gelmiştir. Hasta tatmini, yaygın olarak ölçülen hasta tutumlarından biridir. Ancak hizmet kalitesini değerlendirmede tatminin ne tür bir role sahip olduğu konusunda sağlık profesyoneller arasında yeterli fikir birliği bulunmamaktadır. Bununla birlikte bir dizi araştırmacı ve politikacı hasta tatminin, sağlık hizmetlerinin kalitesinde önemli bir role

sahip olduğunu düşünmektedir. Toplam kalite yönetiminin öncülerinden Donebidian (1980) sağlık hizmetlerinde kalite araştırmalarının temelini sağlamasının yanı sıra, hasta tatmininin önemini de belirtmiştir (Gill ve White, 2009). Donebedian'a göre, belirli bir toplum ya da alt kültürün kendi üyeleri için tanımladığı şekilde, sağlık ve memnuniyeti sağlamak ve üretmek bakım kalitesinin nihai çıktısıdır (Cleary ve McNeil, 1988).

Sağlık hizmetlerinin müşterileri hastalardır, onların memnuniyeti sağlık sektörü için çok önemlidir. Sağlık sektöründe hasta tatmini üzerinde eskiye oranla daha çok durulmakta (Yalçın ve Koçak, 2009) ve hastaların sağlık hizmetlerinde yaşadıkları deneyimlere daha çok önem verilmektedir. Hasta tatmini sağlık kuruluşlarının gerek içsel performanslarını değerlendirmede, gerekse hizmet kalitelerini rakipleriyle karşılaştırmada sıklıkla başvuru bir sağlık sonucudur. Hasta tatminini temel alan araştırmalardan bazıları tatmini sağlık bakım sonucunun önemli bir birleşeni olarak ele alırken, bazıları da bunu farklı bir boyut olarak değerlendirmektedir (Şahin, 2002; Kane, Maciejewski, ve Finch, 1997; Sixma, Spreeuwenberg, ve Pasch, 1998). Sadece hasta tatmini odaklı hizmetlerde hastaların tıbbi gereksinimleri geri planda kalabilmekte, yine sadece tıbbi ihtiyaçların karşılanmasına odaklanan hizmetlerde ise hasta beklentileri karşılanamamaktadır (Yalçın ve Koçak, 2009). Bu yüzden yapılan çalışmalar hem tıbbi hizmetlerin geliştirilmesi, hem de hasta istek ve beklentilerinin karşılanması üzerine olmalıdır. Sosyal bilimlerde özellikle pazarlama araştırmalarında tatmin konusunda farklı teoriler geliştirilmiş, konu üzerinde çok fazla araştırma yapılmıştır/yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de tatmin konusundaki çalışmaların son yıllarda çok arttığı söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinden temel beklenti iyileşmedir. Hasta tatmini bilgileri, sağlık hizmetlerinin tasarlanması ve yönetilmesi için kalite değerlendirmelerinin vazgeçilmezi olması gerekir. Hasta tatminin bir çıktısı da hastane imajına olan olumlu etkidir. Bu da hizmet kullanımını ve böylelikle hastanenin pazar payını artırır. Tatmin olmuş hasta, sağlık hizmeti sağlayanlara uzun vadede başarı sağlar ve hastalar olumlu davranışsal niyetler gösterme (hastaneyi başkalarına övme veya tavsiye etme gibi) eğiliminde olurlar (Naidu, 2009).

Hasta tatmini kişisel özellikler, bireyin sağlık durumu, beklentileri gibi faktörlerin yanında, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık sisteminin özellikleri ile de yakından ilişkili karmaşık bir olgudur (Şahin, 2002). Aşağıda yer alan şekil 2-17'de hasta tatmini öncelleri ve sonuçlarının gösterildiği kapsayıcı bir model öne sürülmüştür (Naidu, 2009).



Şekil 2-17.Hasta Tatmini Öncelleri ve Sonuçları

Kaynak: (Naidu, 2009)

Şekil 2-17’de bahsedilen modele göre, hasta tatminin öncelleri arasında hasta (hastanın özellikleri, hastalık durumu, algıları gibi pek çok faktör burada değerlendirilebilir), sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmeti sunucuları (kuruluşlar (hastane, poliklinik hizmetleri, tıp merkezleri), hekim-hemşire gibi sağlık profesyonelleri), değer zinciri aktörleri, çeşitli aracı faktörler (sosyodemografik özellikler, mikro ve makro faktörler) değerlendirilirken, hasta tatmininin sonuçları arasında ise hasta sadakati, pozitif ağızdan ağıza iletişim (AAİ), tedavi gereklerine uyum ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma yer almaktadır. Özet olarak Pascoe, **hasta tatminini** sağlık hizmeti alıcısının hizmet deneyiminin göze çarpan yönlerine verdiği tepki olarak tanımlamıştır. Onun formülasyonuna göre hizmetin yapısına, sürecine ve sonucuna verilen duygusal tepkiler ve bilişsel değerlendirmeler tatmin yargısını oluşturur (Cleary ve McNeil, 1988).

Hasta tatmini, sağlık hizmeti kullanımının sürdürülmesi, sağlık hizmeti sunanlar (sağlayan) ile ilişkilerin geliştirilmesi ve tedavi rejimlerine uyulmasında çok önemli bir role sahiptir. Bunlardan başka, beklenen bakım sonucu, toplam kalite yönetimi ve kalite iyileştirme programları açısından da büyük önem taşımaktadır. 1970’lere kadar tatminin

kişilerin kendi sağlıklarını deneyimleme biçimlerinde aracı faktör olarak rol aldığı çalışmalar ağırlıktayken, daha sonra tatmin skorları, sağlık kuruluşlarının işleyişini değerlendirmek, hizmet kalitesini iyileştirmek için yararlı bir araç olarak kullanılmaya başlamıştır (Sixma ve ark., 1998). Sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşlar açısından hasta tatmininin kârlılıkta artış, pozitif ağızdan ağıza iletişim, hasta sadakati gibi sonuçları dikkate alındığında, özellikle kâr amacı güden kuruluşlar için hayati öneme sahip olduğu açıktır. Tatmin, hizmet sunum sürecinin önemli bir sonucu, pazarlama anlayışını benimseyen sağlık kuruluşlarının da temel unsurlarından biridir (Varinli ve Çakır, 2004).

2.3.5. Hasta Tatmini İle İlgili Teoriler

Başlıca hasta tatmini teorileri var olan tatmin teorilerinin “yeniden şekillendirilmesi” ile oluşmuştur. Hasta tatmini konusunda öne sürülen teoriler kısaca aşağıda verilmiştir. (Gill ve White, 2009):

1. Fox ve Stroms (1981)’un çelişki (discrepancy) ve ihlal (transgresyon) teorisi, hastaların sağlık yönelimleri ve hizmet sağlayıcıların koşulları değiştiğinde, bu yönelim ve koşulların uyumlu olması halinde hastalar tatmin olur, aksi halde tatminsizlik meydana gelir.

2. Linder-Pelz’in (1982) beklenti- değer teorisine göre tatminin, bakım konusundaki önceki beklentiler, kişisel inanç ve değerlerden kaynaklanmaktadır. Linder-Pelz hasta tatminini “sağlık hizmetinin farklı boyutlarında olumlu değerlendirmeler” olarak tanımlamıştır. Linder-Pelz teorisinin temellerini Pascoe (1983)’den almıştır. Beklentilerin tatmin üzerine etkisini daha sonra Trasser ve arkadaşları (1993) ele almış altı faktörlü psikolojik model oluşturmuştur (bilişsel ve duyuşsal algı oluşumu; çok boyutlu yapı; dinamik süreç; tutumsal cevap; yinelemeli; ve bireysel farklılıklar ile iyileştirmek).

3. Ware ve arkadaşlarının (1983) belirleyici ve bileşenleri teorisine göre hasta tatmini, hastaların kişisel tercihleri ve beklentilerinin aracılık ettiği, deneyimlenen bakıma verilen öznel tepkilerin bir fonksiyonudur.

4. Fitzpatrick ve Hopkins (1983)’in çoklu model teorisine göre, sosyal olarak arzulucuk eden beklentiler, hastanın sağlık hedeflerini, hastalığın ve sağlığın hastanın benlik duygusunu ne ölçüde ihlal ettiğini yansıtmaktadır.

5. Donabedian (1980)'ın sağlık hizmetlerinin kalitesi teorisi, tatmin kişilerarası bakım sürecinin temel çıktısıdır. Tatmin veya tatminsizlik ifadesini, hastaların bakımın tüm yönleri (kişilerarası ilişkiler hariç) ile ilgili yargıları oluşturmaktadır.

2.3.6. Hasta Tatmininin Ölçülmesi

Gerçekte hastaların aldıkları hizmet ile ilgili ne hissettiklerinin ölçülmesi, bir ürünün kalitesini ölçmekten çok daha zordur. Sağlık hizmeti kalitesinin de zor açıklanan bir kavram olmasının nedeni, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu noktadaki temel iki soru şudur: Tedavi standartları veya kalitesine hastalar mı yoksa profesyoneller mi karar vermelidir? Hasta tatmini ile hizmet kalitesini aynı kavramlarmış gibi görmek ne derece doğrudur? Son 20 yılda hasta ve hastalık paradigmaları konusunda meydana gelen değişim ile bilgi asimetrisine rağmen verilen hizmetler hedef kitleyi tatmin etmediği sürece tedaviye uyum gösterilmeyeceği ve hatta hasta sadakatsizliğine neden olacağın ileri sürülmektedir (Şahin, 2002). Tatmin olmuş hastanın önerilen tedaviye uyma olasılıkları daha yüksek ve malpraktis konusunda dava açma eğilimleri daha düşüktür. Ayrıca yüksek hasta tatmini düşük mortalite (ölüm oranı) ve daha iyi işlem ölçülerine sahiptir (Kessler ve Mylod, 2011). Literatürde hasta tatminini sağlık bakım kalitesinin bir sonucu olarak ve tatmini teknik kalite ve kişilerarası kaliteyi içeren boyutları ile ifade eden pek çok çalışma vardır (Kane ve ark., 1997).

Çeşitli faktörlerin etkisiyle hasta tatmini araştırmaları teşvik edilmiştir. Hastaların aldıkları tedavi türü konusunda daha komplike hale gelmesi, hizmet sunanların, hastaların endişelerini dikkate alması, hem ön ödemeli hem de hizmet ücreti sağlayanlar arasında hastalar için rekabetin yoğunlaşması bu faktörler arasında sayılabilir (Cleary ve McNeil, 1988). Hasta tatmini konusunda çok fazla çalışma olmasına rağmen, malesef tatminin ölçümüne yönelik araştırmacılar arasında bir konsensus bulunmamaktadır. Ayrıca yapının yetersiz kavramsallaştırılması ve tanımı üzerinde de bir anlaşmaya varılamamıştır (Gill ve White, 2009). Kimi tatmini genel olarak ele alırken kimi tatmin türünü (tıbbi bakımdan tatmin, teknik kaliteden tatmin, doktordan tatmin vb.) ölçmeyi hedeflemiştir. Tatmin ölçümüne yönelik literatürde bu denli farklılıkların olması, tatminin teorik çerçevesi ve psikometrik özelliklerinin dikkatli bir şekilde ele alınmasından önce, tatminin ölçülmemeye çalışılmasından kaynaklanmaktadır (Cleary ve McNeil, 1988)

Sağlık hizmetlerinde tatmin araştırmalarının ikili bir odak tarafından yürütüldüğü söylenebilir. Bazı araştırmacılar alınan sağlık hizmetinin kalitesiyle hasta tatminine

odaklanırken, bazıları ise daha genel olarak sağlık sisteminden tatmin üzerine odaklanmaktadır. Her iki bakış açısının da önemi literatürde gösterilmiştir. Örneğin, tatminkar hastaların tedavi rejimlerini tamamlamaları, uyumlu ve işbirlikçi olmaları daha olasıdır. Öte yandan sağlık sisteminden memnuniyet üzerine yapılan araştırmalarda ise tatminin sağlığı iyileştirme, maliyetleri düşürme ve reform uygulamaları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Bleich, Özaltın, ve Murray, 2009). Tüm söylenenlere ilaveten belki de hasta tatminini ölçmenin en kolay yolu pazarlama perspektifinden bakmayı gerektirir. Hastaları müşteriler, sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşlarını hizmet sağlayıcılar olarak düşündüğümüzde, hizmet sunanlar hastaları için yarışıyor ve hastalar memnuniyet esasına göre sağlayıcı seçiyorsa, başarılı bir pazarlama uygulaması ile hasta tatmini maksimize edilebilir demektir (Cleary ve McNeil, 1988).

2.4. Hasta Sadakati

Bu bölümde hasta sadakati kavramından bahsetmeden önce müşteri sadakati tanımı ve önemi detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

2.4.1. Müşteri Sadakati Tanımı ve Önemi

Sadakat ile ilgili çalışmalar ilk olarak (Zeithaml ve ark., 1996) tarafından yapılmıştır. Zeithaml ve arkadaşları hizmet kalitesinin davranışsal sonuçları adlı çalışmasında, davranışsal niyetler bataryası olarak tanımladığı boyutları ele almıştır. Davranışsal niyetler bataryası 13 madde ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar sadakat, değiştirme (firmadan ayrılma), daha fazla ödeme isteği, içsel yanıt ve dışsal yanıt olarak yer almaktadır. Tablo 2-10'da boyutlar ve madde ifadelerinin yer aldığı davranışsal niyetler bataryası gösterilmektedir.

Tablo 2-10. Davranışsal Niyetler Bataryası

Davranışsal Niyetler Boyutları	Madde Sayısı	Madde İfadesi
Sadakat	1	XYZ hakkında başkalarına olumlu şeyler söylemek
	2	XYZ'yi başkalarına tavsiye etmek
	3	Arkadaşları ve akrabaları XYZ ile iş yapmaları için cesaretlendirmek
	4	Hizmet almak için XYZ'yi ilk seçenek olarak düşünmek
	5	Gelecek birkaç yıl içinde XYZ ile daha fazla iş yapmak
Değiştirme (Firmadan ayrılma)	6	Gelecek birkaç yıl içinde XYZ ile daha az iş yapmak (-)
	7	Daha iyi fiyat sunan bir rakip ile anlaşmak (-)
Daha fazla ödeme isteği	8	Fiyatları biraz daha artsa bile XYZ ile iş yapmaya devam etmek
	9	Sağladığı faydalardan dolayı, rakip firmalara göre XYZ'ye daha yüksek fiyat ödemek
Dışsal Yanıt	10	Eğer XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir sorun yaşadysanız, başka bir rakip (firma) ile iş yapmak
	11	Eğer XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir sorun yaşadysanız, başka müşterilere şikayette bulunmak
	12	Eğer XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir sorun yaşadysanız, dış kuruluşlara (firma dışından bir acenta) şikayette bulunmak
İçsel Yanıt	13	Eğer XYZ'nin hizmetiyle ilgili bir sorun yaşadysanız, XYZ çalışanlarına şikayette bulunmak

Kaynak: (Zeithaml ve ark., 1996)

Litaratürde müşteri sadakatinin oldukça karmaşık bir yapıya sahip olduğu konusunda, araştırmacılar arasında bir fikir birliği vardır. Bu açıdan sadakat kavramının tanımını yapmanın güç olduğu söylenebilir. Altunışık (2000) tarafından müşteri sadakati, “gelecekte daha önceden bilinen veya tavsiye edilen mal/hizmeti yeniden satın alma veya yeniden satın alma eğilimine yoğun bir biçimde katılma” olarak tanımlanırken; (Altunışık, 2000; akt: Sütütemiz, 2005) Zeithmal ve arkadaşları firmaya yeniden dönüş ve tavsiye niyetlerinin, müşteri sadakatinin bir göstergesi olduğunu savunmuştur (Sütütemiz, 2005). Hallowell’e göre ise müşteri sadakatinin iki farklı şekilde tanımlanabileceğini ileri sürülmektedir. Birinci bakış açısı sadakati bir tutum olarak tanımlamaktadır. Farklı duygular bireyin bir ürün, hizmet ya da örgüt ile ilgili bütün

bağlılığını oluşturur. Örneğin marka tercihi ve bağlılığı gibi. Bu duygular, bireyin (tamamen bilişsel) sadakat derecesini tanımlar. Sadakatin ikinci tanımı davranışsaldır. Davranışsal sadakat yaklaşımına, tekrar satın alma niyeti, firmayla devam eden bir ilişkinin kapsamını genişletmek veya firmayı başkalarına tavsiye etmek gibi davranışlar örnek olarak gösterilebilir. Hizmet literatüründe tanımlanan sadakat kavramı sadakatin davranışsal tanımı ile benzeşmektedir (Hallowell, 1996; Lee, Lee, ve Feick, 2001). Öte yandan Buttle ve Burton (2002), sadakatin davranıştan ziyade tutum olarak değerlendirildiğini ileri sürmüşlerdir. Sadakatin tutum, davranış ya da her ikisi olarak kavramsallaştırılmasının gerekip gerekmediği konusundaki tartışmalara rağmen, çoğu çalışmanın, sadakati davranışsal bir niyet ya da davranışsal tepki olarak kavramsallaştırdığı aşıkardır (Wu, 2011). Bowen ve Chen ise sadakati ölçmek için 3 farklı yaklaşım olduğunu ileri sürmektedir. Davranışsal ölçümler, tutum ölçümü ve kompozit ölçüm olmak üzere üç farklı ölçüm yaklaşımından bahsetmiştir. Bu yaklaşımlar kısaca aşağıda özetlenmiştir: (Bowen ve Chen, 2001).

Davranışsal ölçümler sadakatin bir göstergesi olarak tutarlı, tekrarlayan satın alma davranışları olarak düşünülmektedir. Davranışsal yaklaşımla ilgili bir problem, tekrarlayan satın almaların her zaman markayla ilgili psikolojik bir bağlılığın sonucu olmamasıdır. Örneğin bir gezgin uygun lokasyonu nedeniyle sürekli x oteline kalmayı tercih edebilir. Ancak kendine daha uygun lokasyonda başka bir otel açıldığında, bu otelde kalmayı tercih edebilir. Dolayısıyla tekrarlayan satın almalar her zaman bağlılık anlamına gelmeyebilir.

Tutumsal ölçümler, sadakatte yer alan duygusal ve psikolojik bağları yansıtacak şekilde tutumsal verileri kullanır. Tutumsal ölçümler sadakat, tutkunluk ve bağlılık duygusuyla ilgilidir. Örneğin müşteri bir otelle ilgili olumlu bir tutum içinde olabilir ama bu her zaman o otelde kalacağı anlamına gelmez. Müşteri oteli kalmaya değer bulabilir hatta başkalarına da tavsiye de edebilir ancak fiyatı yüksek olduğu için düzenli kullanıma uygun bulmayabilir.

Kompozit ölçümler, yukarıda açıklanan ilk iki yaklaşımının birlikte kullanılmasıyla oluşan ölçümlerdir. Bahsedilen yaklaşımlar sadakat kavramını tek boyutlu olarak değerlendirir ve sadakati müşterilerin ürün tercihleri, marka değiştirme eğilimleri, satın alma sıklığı, güncel satın almalar (recency of purchase) ve toplam satın alma miktarına göre ölçer.

Davranışsal sadakat, değiştirme ihtiyacı minimum düzeyde olan veya bir marka için uzun vadeli seçim olasılığı olarak ölçülürken; tutumsal sadakat ağırlıklı olarak marka tavsiyeleri, üstün ürünlere karşı direnç, tekrar satın alma niyeti ve ödeme istekliliği olarak ölçülmektedir. Jones ve Sasser (1995), bireyin tatmin ve sadakat arasındaki bağlantısına ilişkin bir sınıflandırma ileri sürmüştür. Buna göre müşteriler 4'e ayrılmaktadır: (1) sadık / havi (yüksek memnuniyet $\pm$ yüksek sadakat), (2) kusurlu / terörist (düşük memnuniyet; düşük sadakat), (3) Çıkarıcı (yüksek memnuniyeti $\pm$ düşük sadakat), (4) rehine/esir (düşük memnuniyet $\pm$ yüksek sadakat) (Lee ve ark., 2001)

Müşteri sadakati, hizmet veya şirket ile ilgili amaçlanan davranışları ifade eder. Bu müşterinin gelecekte de hizmet almaya devam etmesi, kişinin, firmanın sürekli müşterisi olma durumunu değiştirme ihtimalinin ne kadar düşük olduğunu veya müşterinin pozitif AAİ yaptığını gösterir. Yönetim, örgütün müşterilerini tatmin edemediğini iki yolla keşfeder. Birincisi müşterinin o işletme ile ilişkisini kesmesi, yani işletmenin ürün ve hizmetlerini satın almayı durdurması, diğeri ise memnuniyetsizliği doğrudan şirkete bildiren müşterilerin şikayetleridir (sesidir). Ayrıca müşteriler alternatiflerin az, değiştirme maliyetinin yüksek olduğu durumda firmaya sadakat gösterebilir veya gerçekten tatmin olmuş ise ve işletme ile ilişkisini devam ettirmek istiyorsa da sadakat gösterebilir. Bu durumda işletmeler müşteri sesine kulak vermeli ve mevcut müşterileri korumak için müşteri memnuniyetini göz önünde bulundurmalarıdır (Andreassen ve Lindestad, 1998).

2.4.2. Hasta Sadakati

Sağlık kuruluşları için önemli olan hasta tatmini sağlandıktan sonraki aşama o hastaları, kuruluşun sadık müşterileri haline getirmektedir. Hasta sadakati, “Hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, diğer yandan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesi” olarak tanımlanabilmektedir. Sadık hasta, sonraki gereksiniminde de yine aynı sağlık kuruluşunu tercih edecektir. Aynı zamanda, sağlık kuruluşunun ürün ve hizmetlerini başkalarına tavsiye edecektir. Özellikle, özel sağlık kuruluşları açısından, aynı hizmetin büyük miktarlardaki hastalara sunulmasıyla, reklam, dağıtım ve faturalama giderlerinde azalma olacaktır. Hasta gerçekten kuruma sadık, hizmetlerden memnun ise, bu sağlık kuruluşunun ürün ve hizmetlerine, sektörde sunulan diğer ürün ve hizmetlerden daha fazla para ödemeye hazırdır. Hastaların sadakat gösterme nedenlerinden ilki ve en önemlisi sunulan hizmetten çok memnun olmalarıdır. Eğer sağlık

kuruluşunun sektörde çok güçlü bir adı varsa, teknolojiye ileri düzeydeyse, hastaları ile ilişkileri iyi ise, hastaların sadık kalma olasılıkları da yüksek olacaktır (Engiz, 2009; akt: Demirel ve Derin, 2011; Yalçın ve Koçak, 2009).

Pazar payını arttırmak ve sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmede sadakat önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Yeni müşterileri çekmek, mevcut müşteriye elde etmekten çok daha pahalı olduğu için, sadık müşteriler bir kuruluşun pazarda hayatta kalması açısından aşırı derecede kritiktir. Rekabet arttıkça ve yeni müşterileri çekmek için maliyetler yükseldikçe, hizmet sağlayıcılar stratejik faaliyetlerini, hasta sadakati konusuna daha fazla odaklanmaya başlamışlardır (Arab ve ark., 2012). Nasıl ki Firmalar açısından müşteri sadakati 21.yüzyılın para birimi olarak görülüyorsa hastaneler için de hasta sadakati rekabet aracı olarak görülmektedir (Wu, 2011).

Hasta sadakatinin, ölçüm olarak davranışsal sadakat kavramına daha yakın olduğu söylenebilir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde hasta sadakati olarak, tekrar ziyaret etme niyetinin kullanan pek çok çalışma mevcuttur (Wu, 2011). Bu araştırmada hasta sadakati kavramını ölçmek için, davranışsal sadakat ölçüm aracı kullanılmıştır. Ölçeğe ilişkin bilgiler çalışmanın yöntem kısmında verilecektir.

2.5. Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti

Araştırmacılar müşterinin tekrar satın alma niyetini pazar payında büyüme ve maliyetlerin azaltılması için bir kaynak olarak görmektedirler. Henkel ve arkadaşları (2006), hizmet sağlayıcıdan memnun olan müşterilerin hizmet kullanım düzeyini ve gelecekte de tekrar kullanma niyetini artırdığı sonucuna varmıştır. Aynı zamanda Cronin, Brady ve Hult (2000) katma değerli ve kaliteli hizmet sunarak, müşterilerin tatmin ve tekrar kullanma niyetlerinin artırılabilirliğini ileri sürmüştür (Shin, ve ark.,2013).

Müşteriler, deneme-yanılma sonucu tatmin sağlayan işletme ya da markaları tekrarlayan satın alımlarda tercih edebilirler. Bunun nedenleri arasında müşterinin aradığı faydayı o hizmet/ürün/markada bulması, yaşam tarzına uygun olması gibi sebepler olabilir. Ayrıca reklam faaliyetleri, ürün/hizmetin sunulma biçimi, fiyat, istediği anda ve yerde kolayca ulaşabilme, referans gruplar, sosyal sınıflar, geçmiş deneyimler gibi faktörler de tekrarlanan satın alımları kolaylaştırır ve artırır. Literatürde tekrar satın

alma davranışı (repurchase behavior) veya tekrar satın alma niyeti (repurchase intention) olarak iki şekilde de kullanıldığı görülmektedir (Şener ve Babaoğlu, 2015).

Tekrar satın alma davranışı veya niyeti; “tüketicinin geçmiş satın alma dönemine ilişkin olarak yapmış olduğu değerlendirme neticesinde söz konusu ürünü satın almaya devam etme ve onun muntazam bir kullanıcısı olma yolunda karar verme durumudur”(Şener ve Babaoğlu, 2015). Başka bir tanıma göre ise kişinin, mevcut ve olası durumları dikkate alarak, aynı şirketten belirli bir hizmeti tekrar satın alma konusundaki kararı olarak ifade edilebilir (Hellier, ve ark., 2003)

Birçok araştırmacı tatmin ve tutumu tekrar satın alma niyetinin öncelleri olarak bulmuştur. Tutum satın alma sonrası bir yapı olarak değerlendirildiğinde, genel sıralama şöyledir (Hellier ve ark., 2003):

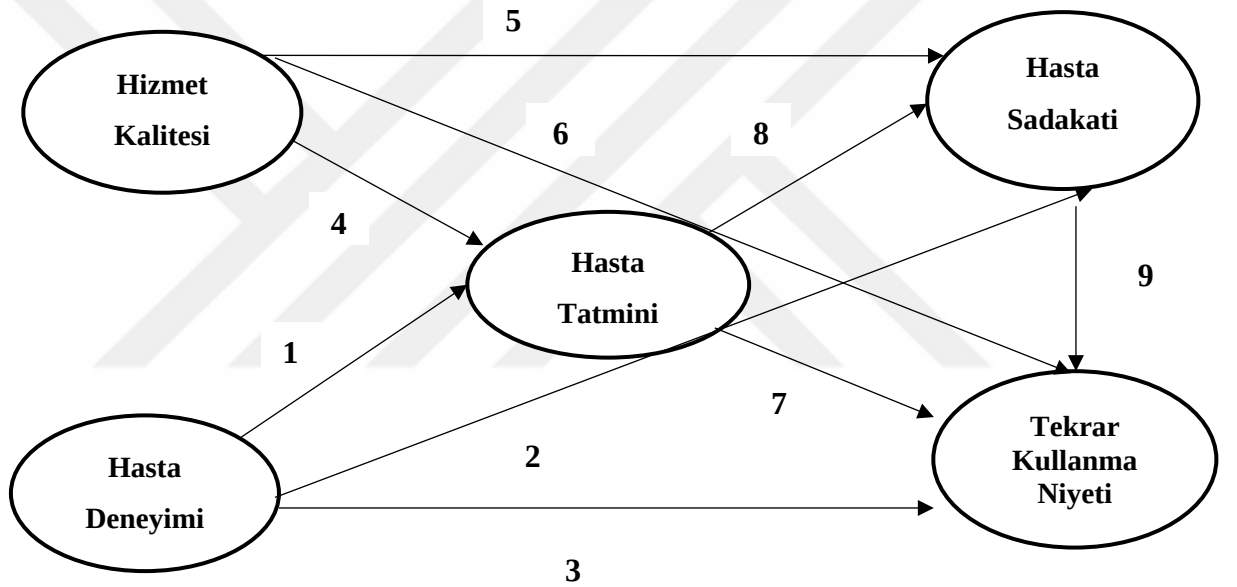
Tatmin → Tutum → Tekrar Satın Alma Niyeti

Bu bağlamda tatmin, hizmet ile ilgili deneyimden kaynaklanan memnuniyet ile, genel memnuniyetin bir derecesi iken; tutum, değerlendirilen hizmet, şirket ya da marka ile ilgili olarak müşterinin olumlu, tarafsız ya da olumsuz öğrenilmiş eğilimleridir (çoğunlukla geçmiş deneyimlerinin bir sonucu olarak).

Tekrar satın alma niyeti, davranışsal bileşene sahiptir. Tüketicie göre, bir hizmet veya ürünün performansı, tekrar satın alma modelinde tatmin açısından önemli olabilir. Örneğin, aile hekimi tarafından sunulan hizmetlerden çok memnun bir hasta düşünelim, ancak hasta çeşitli nedenlerle aile hekimliğine uzak başka bir yere taşınabilir. Aile hekimini yenileme ve seçim zamanı geldiğinde, çok memnun olduğu aile hekimi yerine, kendine yakın başka bir aile hekimini seçmek durumunda kalabilir. Çünkü burada kritik özellikteki bir performans faktörü (ulaşım) değişmiştir. Dolayısıyla hizmet performansının (aile hekimliğinin eve uzaklığı) tekrar satın alma niyeti üzerinde olumsuz bir etkisi olsa da, memnuniyet üzerinde hiçbir olumsuz etkisi yoktur (Mittal, Ross ve Baldasare, 1998). Tatmin sonrası, ürün/hizmete karşı bir tutum geliştirilmekte ve bunun sonucu müşteri tekrar satın alma davranışı gösterebilmekte veya o işletmeyle ilişkisini sonlandırabilmektedir. Ancak burada önemli olan nokta şudur: tekrar satın alma davranışının sonlandırılması her zaman tatminsizlik ve/veya sadakatsizlik olarak yorumlanmamalıdır. *Algılanan hizmet kalitesi veya müşteri deneyiminin* tekrar satın alma niyeti üzerinde etkisi olduğu hatırdan çıkarılmamalıdır.

2.6. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Literatür İncelemesi

Bu bölümde önceki bölümde kavramsal açıklamalarına yer verilen, hasta deneyimi, hizmet kalitesi, tatmin, sadakat ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkiler yer almaktadır. Söz konusu değişkenler arası ilişkiler, bu çalışmanın araştırma modeline temel teşkil etmektedir. Bu açıdan şekil 2-18’de yer alan araştırma modelinde elipsler içinde gösterilen değişkenler, aralarındaki ilişkilerin incelendiği ana yapıları ve elipsler arasındaki okların yönü, bir değişkenden ötekine ilişkin nedensel yönünü ifade etmektedir. Oklar üzerinde gösterilen sayılar ise, araştırmanın yöntem kısmında verilecek olan hipotezleri ifade etmektedir.



Şekil 2-18. Araştırma Modeli

2.6.1. Hasta Deneyimi ve Hasta Tatmini Arasındaki İlişki

Bu kısımda şekil 2-18’de gösterilen 1 numaralı okun ifade ettiği hasta deneyiminin hasta tatmini üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Literatürde deneyimsel pazarlama perspektifinden hasta deneyimini ele alan çalışmaların çok çok az olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan biri (Buccoliero ve ark., 2017)’nin sağlık hizmetlerinde yürüttüğü deneyimsel pazarlama çalışmasıdır. İtalya’da devlet hastanesi ve özel hastaneden hizmet alan hastalara anket uygulanmıştır. Araştırmada hastaların bakım deneyiminde önemli gördükleri unsurlar tanımlanmış,

hastaların bakış açısıyla sağlık hizmetlerinin performansını ölçmek hedeflenmiştir. Buna göre hasta memnuniyeti dört alandaki pozitif hasta deneyimi ile olmuştur. Atmosfer ve çevrenin rahatlığı (yiyecek seçimi ve temizlik en uygun deneyim kalemleri olarak belirlenmiştir), bir yandan kişisel mahremiyet ve onurun, diğer yandan genel memnuniyetin artırılmasında özellikle etkili olduğu kanıtlanmıştır. Hasta güçlendirmenin de personelin iletişim becerileri ve hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı ile büyük ölçüde ilgili olduğu tespit edilmiştir. Son olarak, teknoloji, bu alandaki hastaların analitik algılayışındaki bazı sınırlamalara rağmen, hastanın genel deneyimini ve memnuniyetini etkileyebilen bir madde olarak ortaya çıkmıştır.

Chen ve Hsieh, (2010) deneyimsel pazarlama, deneyimsel değer ve müşteri tatmini arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında, yabancı sağlık turistlerinin kaldıkları sağlık tesislerini değerlendirmelerini istenmiştir. Buna göre, deneyimsel pazarlamanın tüm boyutlarının müşteri memnuniyeti üzerinde olumlu etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Memnuniyet üzerinde en fazla etkisi olan boyut ilişkisel deneyim olarak gerçekleşmiştir. İlişkisel boyut müşterilerin ideal benlik, başkaları ya da sosyal kültür ile ilişkilerini geliştirmelerine ve potansiyel grup ya da üyeleri etkilemelerine neden olan boyuttur. Dolayısıyla ilişkisel deneyimin kişinin kendini sağlık tesisi ile ilişkilendirmesi ve sağlık tesisini başkalarına anlatması açısından önemli olduğu tespit edilmiştir.

Ho, Li ve Su., (2006) deneyimsel hizmet sağlayıcıların (örneğin, hastane yönetimi) hastaların deneyimlerini güçlendirmek için nasıl yönlendirileceği konusunda sağlık kuruluşlarına bilgi vermek amacıyla refraktif cerrahisi geçiren 32 hasta ile derinlemesine görüşmeler yapmıştır. Bu kapsamda Schmitt'in önerdiği deneyimsel modülü hasta davranışlarına adapte ederek, hasta deneyimi boyutlarını belirlemiştir. Buna göre, beş hasta deneyimi boyutu belirlenmiştir. En yüksek yüzdeye sahip modüller davranışsal, duygusal modüller olarak ortaya çıkarken, sırayı duyusal, düşünsel ve ilişkisel modüller takip etmektedir. Bu nedenle, bir sağlık kuruluşu önce kendi kendini değerlendirmeli ve ardından önce davranışsal ve duygusal daha sonra duyusal, düşünsel ve ilişkisel deneyim uygulamalarını kullanmayı düşünmelidir. En önemli şey, müşterilerin iyi deneyimlere sahip olmalarını sağlamaktır, o zaman başarılı bir pazarlama stratejisi olabilir. Araştırmada ayrıca çalışanların tutumu ve hastaların duyusal deneyimleri ile memnuniyet arasındaki ilişkisinin pozitif olduğu ortaya çıkmıştır.

Literatürde farklı sektörlerde yapılan çalışmalar, deneyimin memnuniyeti artırdığını ve bunun da sadakati desteklediğini öne sürmektedir. Örneğin (Klaus ve Maklan, 2013) katma değerli hizmet üreten emlak sektörü, yakıt ve servis istasyonu hizmetleri, bireysel bankacılık ve özellikle spor modası ve spor moda aksesuarları başta olmak üzere lüks yaşam tarzı ürünlerinin müşterileri üzerinde yürüttüğü çalışmada, müşteri deneyiminin memnuniyeti pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Çalışma bu açıdan literatürdeki boşluğa (deneyim ve tatmin arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların yok denecek kadar az oluşu) önemli katkı yaptığını savunmuştur. Yine araştırmacıların daha önceki çalışmaları da bu bulguları destekler niteliktedir (Klaus ve Maklan, 2012; Maklan ve Klaus, 2011).

Uygur ve Doğan, (2013) deneyimsel pazarlamanın müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini restoran işletmelerinde incelediği araştırmasında, kurumsal kimliğe sahip olmayan restoranların; uyguladıkları fiyat düzeylerine göre sundukları ürünlerin tüketicileri daha fazla tatmin ettiği, hizmetin daha özenli ve personelin daha ilgili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Yaşatılan deneyimlerin ise algısal ve faaliyetler deneyimleri boyutunda olduğu belirlenmiş olup, restoranların duyuşsal, düşünsel ve ilişkisel boyutta da müşterilerine deneyim yaşatma hususunda çalışmalar yapması gerektiği sonucuna varılmıştır.

2.6.2. Hasta Deneyimi ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişki

Bu kısımda şekil 2-18’de gösterilen 2 numaralı okun ifade ettiği hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Deneyimin sadakat üzerindeki etkisini, sağlık sektöründe inceleyen çalışmaların olmayışı sebebiyle, farklı sektörlerde yürütülen araştırmalar deneyim-sadakat ilişkisini kavramada yön vermiştir. Deneyimin sadakat üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaları iki grupta toplamakta fayda vardır. Bunlardan biri deneyimin tatmin yoluyla sadakat sağladığı yönündeki çalışmalarken, diğer kısım deneyimin sadakat üzerindeki etkisine doğrudan inceleyen çalışmalardır. Bu kısımda her iki türden araştırma örnekleri sunulmaktadır.

Deligöz ve Ünal, (2017)’ın deneyimsel pazarlama uygulamalarının marka tercihi üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik, Starbucks ve Kahve Dünyası’nda yürüttüğü araştırmada pazarlama boyutlarının tümünün memnuniyet ve bağlılık yaratmada etkili

olduğu belirlenmiştir. Starbucks ve Kahve Dünyası açısından ele alındığında deneyimsel pazarlama boyutlarından; duygusal, davranışsal ve ilişkisel deneyim algıları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu açıdan deneyimsel boyutlar farklı sektör ve hizmetlerde farklı düzeyde öneme sahip olabilir. Bu hizmete, pazara ve sektöre göre değişebilir. Çalışmada müşterilerin deneyimsel memnuniyet ve deneyimsel bağlılık düzeylerini yükseltmek için bazı öneriler de sunulmuştur. Örneğin; kahve mağazasında çalışanların güler yüzlü olması ve mağazaya ait kıyafetler ile müşterileri karşılaması duygusal deneyimin yaratmada önemli bir ipucu sağlayabilir. Böylelikle tatmin ve sadakat artırılabilir.

Karadeniz, Pektaş, ve Topal, (2013)'ın deneyimsel pazarlama ve hizmet kalitesinin alışveriş merkezlerindeki müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati üzerine etkilerini araştırdığı çalışmasında, deneyimsel pazarlama uygulamalarının müşteri sadakati üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırma başında deneyimsel pazarlamanın, sadakat ve memnuniyet üzerine hizmet kalitesinden daha fazla etki ettiği beklenmiş ancak çalışma sonucu, (her ne kadar deneyimsel pazarlama, işletmelerin stratejilerinde kilit faktör olsa da) müşteri sadakati ve memnuniyetinde hizmet kalitesinin hala baskın bir faktör olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine deneyimin sadakat üzerindeki etkisini doğrudan inceleyen (Klaus ve Maklan, 2013), müşteri deneyiminin, müşteri sadakatini doğrudan pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

Küçüksaraç ve Sayımer, (2016) deneyimsel pazarlama aracı olarak mobil artırılmış gerçeklik uygulamalarının, tüketicilerde ne çeşit deneyimler yarattığı ve markaya sağladığı yararlar konusunda 12 kişi ile odak grup görüşmeleri gerçekleştirmiştir. Çalışmada ortaya çıkan mobil uygulamaların tüketicide yarattığı deneyim değerlerine göre; algılanan değer ve duygusal değer pozitif, işlevsel değer negatif algı yönünde olmuştur. Ayrıca artırılmış gerçeklik kampanya uygulamalarının marka tercihi ve satın alma kararı üzerindeki etkisi sorgulanmış ve bu yönde bir etkisi olmadığı ancak, marka hakkında konuşulmasını sağlama (AAİ etkisi) konusunda etkili olduğu saptanmıştır.

Lee, Hsiao, ve Yang, (2010), deneyimsel pazarlama, hizmet kalitesi, müşteri tatmini ve sadakati arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasını Tayvan'daki çeşitli alışveriş

merkezlerindeki 496 müşteri ile yürütmüştür. Deneyimsel pazarlamayı duyu ve ilişki deneyimi olarak iki boyutta ele almış ve boyutların sadakat üzerinde doğrudan etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

2.6.3. Hasta Deneyimi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişki

Bu kısımda şekil 2-18’de gösterilen 3 numaralı okun ifade ettiği hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Geleneksel pazarlama yöntemlerinin çoğu, müşterileri satın almaya teşvik eden, satın alma sonrası konulara çok fazla dikkat etmeyen retoriğe odaklanmaktadır. Deneyimsel pazarlama ise, satın alma sonrası aşamalar, gerçek kullanım ve deneyim arasındaki güçlü etkinin memnuniyet ve sadakat sağlamada temel faktörler olduğunu savunmaktadır (Yang, 2009). Literatürde deneyim ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar şu şekildedir:

Kara ve Çiçek, (2015) deneyimsel pazarlamanın tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmasını, termal otel müşterileri üzerinde yürütmüştür. Araştırma sonunda, termal turizm işletmelerinin düşünsel ve duygusal deneyimlere yönelik yaptıkları faaliyetlerin müşterilerin satın alma kararını etkilediği saptanmıştır. Çalışmada sosyodemografik özelliklere göre deneyimlerin nasıl farklılaştığı ve bunun tekrar satın alma kararı üzerinde etkisi sorgulanmıştır. Örneğin, otellerin uyguladığı düşünsel deneyim faaliyetlerini emekli olanlar ev hanımı olanlardan daha fazla göz önünde bulundurarak satın alma kararı vermektedirler.

Kara, (2015) marka deneyimi ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, marka deneyimi ve tekrar satın alma niyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların Ikea markasına yönelik tekrar satın alma niyetindeki değişimin %47,8’inin marka deneyimi boyutlarından kaynaklandığı ortaya koyulmuştur. Tekrar satın alma niyeti üzerindeki en etkili boyutun davranışsal marka deneyimi boyutu olduğu görülmüştür. Ayrıca müşteri tatmininin marka deneyimi ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkide bir aracı etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların Ikea markasına yönelik tekrar satın alma niyetindeki değişimin %49,5’inin müşteri tatmini değişkeninden kaynaklandığını savunmuştur.

Yang, (2009), franchise restoranların birinde deneyimsel pazarlamada tekrar satın alma niyetini incelediği çalışmasında, duyuşsal pazarlamanın farklı yapılarını ve regresyon modeli ile memnuniyet ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkiyi keşfetmeyi amaçlamıştır. Araştırmada duyu pazarlaması ürün ve hizmet lokasyonu olarak ele alınmış, ayrı ayrı satın alma niyeti üzerindeki etkisine bakılmıştır. Tekrar satın alma niyeti üzerinde ürünün, hizmet lokasyonundan daha fazla etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla restoran yönetimi müşteri tatmini ve tekrar satın alma davranışını arttırmak için ürünlerini iyi sunmanın yanında, çevresel faktörleri de (örneğin, görme, duyma ve dokunma deneyimleri gibi) dikkate alması gerektiği bulgusuna ulaşılmıştır.

2.6.4. Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmini Arasındaki İlişki

Bu kısımda şekil 2-18’de gösterilen 4 numaralı okun ifade ettiği hizmet kalitesinin hasta tatmini üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Varinli ve Çakır, (2004) hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasını Kayseri’de poliklinik hizmetlerinden yararlanan 185 hasta ile gerçekleştirmiştir. Analiz sonucunda hastaların hizmet kalitesi algılamaları ile ilgili faktörler dört grupta toplanmıştır. Bu faktörler doktorlar ile ilgili, hemşireler ile ilgili, süreç ile ilgili ve personel ile ilgili faktörlerdir. Hasta tatmini üzerindeki değişimi açıklayan en önemli hizmet kalitesi bileşeni doktorlarla ilgili faktörler, ikinci derecede önemli olan bileşen ise personel ile ilgili faktörler olarak gerçekleşmiştir. Hasta tatmini üzerinde diğer hizmet kalitesi ile ilgili iki faktörün (süreç ve hemşirelerle ilgili faktörler) etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Demirer ve Bülbül, (2014) kamu ve özel hastanelerinde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tercihi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, kamu hastanelerinde hizmet kalitesi iki boyuttan (güvenilirlik-somutluk ve yanıt verebilirlik-güvence-empati), özel hastanelerde hizmet kalitesinin ise üç boyuttan (güvenilirlik-güvence, somutluk ve empati) oluştuğunu tespit etmiştir. Analiz sonuçlarına göre kamu hastanelerinde hizmet kalitesinin hasta tatmini ve hizmeti yeniden alma niyeti üzerine doğrudan etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özel hastanelerde ise hizmet kalitesinin hastanın sağlık hizmetini yeniden tercih etmesinde doğrudan bir etkisinin olmadığı, hasta tatmini üzerinden hasta tercihinin gerçekleştiği, yani dolaylı bir etkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Cronin ve Taylor, (1992) hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirdiği SERVQUAL ölçeğini tekrar inceleyerek, hizmet kalitesinde sadece performansın değerlendirilmesini öngören SERVPERF ölçüm aracını öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar yaptıkları bu çalışmada, hizmet kalitesi, müşteri tatmini ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkileri de ölçmeyi hedeflemişlerdir. Araştırma sonunda, hizmet kalitesinin müşteri tatmininin öncellerinden biri olduğu, müşteri tatmininin satın alma niyeti üzerinde pozitif etkisi olduğu ve hizmet kalitesinin tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisinin, müşteri tatmininden daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ramez, (2012) Bahreyn’de yürüttüğü çalışmasında, hastaların sağlık hizmet kalitesi algıları, tatmin ve davranışsal niyetleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla 235 hastayla görüşmüştür. Araştırma bulgularına göre, bütün hizmet kalitesi ile hasta tatmini arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiş, tatmin olan hastaların hastaneyi başkalarına tavsiye etme konusunda istekli oldukları ortaya çıkmıştır. Ayrıca çalışmada hizmet kalitesi algısı hem SERVPERF hem de SERVQUAL ölçüm araçlarıyla değerlendirilmiş, hizmet kalitesi varyansının açıklanmasında SERVPERF ölçeği SERVQUAL ölçeğinden daha verimli bulunmuştur.

McAlexander, Kaldenberg, ve Koenig, (1994) dış sağlığı hizmetlerinde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında, 346 hastaya anket uygulanmıştır. Yine hizmet kalitesini değerlendirirken hem SERVPERF hem de SERVQUAL ölçüm aracını kullanmışlar ve SERVPERF ölçüm aracının daha üstün olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırma bulgularına göre, hizmet kalitesinin hasta tatmini üzerinde önemli bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hizmet kalitesinin tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisi hem direk hem de dolaylı (tatmin aracılığı ile) olarak değerlendirilmiş, hizmet kalitesinin tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinin, tatminden daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Yağcı ve Duman, (2006) hastanelerde verilen poliklinik hizmetlerinde algılanan kalite unsurunun boyutlarının neler olduğu ve bu boyutların hastane türlerine göre genel hasta memnuniyetleri ile olan ilişkilerini incelemek için yürüttükleri çalışmada özel ve üniversite hastanelerinden poliklinik hizmeti alan 225 hasta ile görüşmüştür. Araştırma sonunda, hastane türleri arasında belirlenen hizmet kalitesi boyutlarının genel memnuniyet düzeyi üzerinde farklı etkileri olduğu tespit edilmiştir. Hastaların genel

memnuniyet düzeyleri özel hastanelerde tüm hizmet kalitesi boyutlarından etkilenebilmektedir. Devlet ve üniversite hastanelerinde ise, bazı hizmet kalitesi boyutlarının genel memnuniyet üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Devlet hastanelerinde hekimlik hizmetlerinin, üniversite hastanelerinde ise muayene öncesi hizmetlerin, genel memnuniyet düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

2.6.5. Hizmet Kalitesi ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişki

Bu kısımda şekil 2-18’de gösterilen 5 numaralı okun ifade ettiği hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Zeithaml ve ark., (1996) hizmet kalitesinin davranışsal sonuçları adlı çalışmasında, hizmet kalitesi ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkiye yönelik bir model önerisi sunmuştur. Dört farklı işletmede yürüttüğü çalışmaya toplam 3069 kişi katılmıştır. Araştırma bu açıdan sonraki çalışmalar için yol gösterici nitelik taşımaktadır. Çalışma sonunda hizmet kalitesi ve sadakat arasında güçlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Arab ve ark., (2012) Hizmet kalitesinin hasta sadakatine olan etkisini Tahran’daki özel hastaneler üzerinde yürüttüğü araştırmasında değerlendirmiştir. Kesitsel olarak yapılan çalışmaya 943 hasta katılmıştır. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde SERVPERF ölçüm aracı kullanılmış, süreç kalitesi, ilişki kalitesi, çevre kalitesi ve maliyet olmak üzere dört boyut açığa çıkmıştır. Araştırmada dört kalite boyutunun tamamının Tahran’daki özel hastanelerde hasta sadakatinin önemli belirleyicileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın öne sürdüğü gibi, özel bir hastanenin amacının hasta sadakatini artırmak olduğu durumlarda, kalite iyileştirme çabalarının, çoğunlukla maliyetlerin rasyonelleştirilmesine, bakım sunumunun zamanında yapılmasına, performansın doğruluğuna ve ayrıca hekimlerin, hemşirelerin ve diğer personelin kişilerarası ilişkilerini ve iletişim becerilerini geliştirmelerine bağlı olduğu unutulmamalıdır.

Lonial, ve ark., (2010) Gelişmekte olan bir ülke (Türkiye) bağlamında hizmet kalitesi (hizmet kalitesinin ölçmek için SERVQUAL kullanılmıştır) ve hasta sadakati arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, SERVQUAL ölçeğinin gelişmekte ülke olan Türkiye içinde tutarlı ve geçerli bir ölçüm aracı olup olmadığı bunun yanı sıra hizmet kalitesinin hasta sadakatini ne derecede etkilediğini araştırmıştır. Çalışmada değişkenler olarak hizmet kalitesi (SERVQUAL), genel hizmet kalitesi, hasta sadakati (hastane

hizmetlerine yönelik duygu ve düşünceler, yeniden ziyaret etme niyeti) kullanılmıştır. Sonuçlar SERVQUAL ölçeğinin kültürel ve ekonomik çevrelerde sağlık ve hastane bağlamında güvenilir ve uyum sağlama gereksinimi olsa da geçerli olduğunu göstermektedir. Genel hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerinde doğrudan pozitif bir etkisi olduğu ayrıca hizmet kalitesinin sadakat göstergelerinden biri olan yeniden ziyaret etme niyeti üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ozturkcan, ve ark., (2009) yaptıkları çalışmalarında Marmara Üniversitesi hastanesinin sunduğu hizmetlerin kalitesi ve bu hizmet kalitesinin, müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerindeki etkisini incelediği çalışmada yatarak tedavi gören 183 hasta ile görüşmüşlerdir. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde SERVQUAL modeli kullanılmış, hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ve sadakati üzerinde olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Hizmet kalitesi alt boyutlarından yanıt verilebilirlik, empati ve güvenilirlik değişkenlerinin hasta sadakati üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Kitapçı, Yıldırım, ve Çömlek, (2011) bankacılık sektöründe yürüttüğü araştırmada, hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti, sadakati ve davranışsal niyetleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Türkiye’de faaliyet gösteren bir kamu bankasından veriler sağlanmıştır. Bu kapsamda 188 müşteri ile görüşülmüştür. Yapılan analiz çalışmasında müşterinin davranışsal niyetini; hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik, insan kaynakları yönetimi, iletişim ve teknoloji; müşteri memnuniyetini güvenilirlik, iletişim ve teknoloji; müşteri sadakatini güvenilirlik, iletişim ve teknoloji boyutlarının olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

2.6.6. Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişki

Bu kısımda şekil 2-18’de gösterilen 6 numaralı okun ifade ettiği hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Çağlıyan, (2017) bir Tıp Fakültesi hastanesinde ayaktan tedavi gören hastaların memnuniyeti ile ilgili yürüttüğü araştırmasında, 345 hasta ile yüzyüze görüşme gerçekleştirmiştir. Araştırmada hizmet kalitesini değerlendirmede SERVQUAL hizmet kalitesi modelini kullanmış ve yeniden sağlık hizmetinden yararlanma niyeti üzerindeki etkisi regresyon modeli ile test etmiştir. Elde edilen bulgulara göre hastaların beklentileri

tam olarak karşılanamamakla birlikte hastaların kurumla ilgili memnuniyet algıları ölçek bağlamında yüksek düzeydedir. Ayrıca SERVQUAL ölçeği yeniden sağlık hizmetinden yararlanma niyetinin açıklanmasında kullanılabilecek önemli bir model olarak değerlendirilmiştir.

Korkmaz ve Çuhadar, (2017) bir eğitim ve araştırma hastanesinde sağlık hizmet kalitesi ve sağlık hizmetini tekrar tercih etme niyeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik olarak 250 hasta görüşme gerçekleştirmiştir. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde SERVQUAL ölçüm aracını kullanmışlardır. Tüm hizmet kalite boyutlarındaki kalite algısı ile hastaların hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre, hastaların hastaneyi tekrardan tercih etmelerinde etkili olan hizmet kalitesi boyutları öncelik sırasına göre cevap verabilirlik, güven, özdeşleştirme, güvenilirlik ve son olarak da en az etkiye sahip fiziksel varlıklar olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetinden yararlananlar öncelikli olarak sağlık hizmeti sunucularına güvenmekte ve tercihlerini de ona göre yapmaktadır.

Zerenler ve Adem, (2007) hastaların hizmet kalitesi algıları ve hastaneyi tercih etme nedenlerini değerlendirmeye yönelik Konya ilinde kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren hastanelerden hizmet alan toplam 374 hasta ile görüşmüştür. Hastaneyi tercih etme nedenleri arasında ilk üç sırayı hastanenin sosyal güvenlik kurumu ile anlaşmasının olması, çevrenin tavsiyesi ve önceki hastaların tavsiyesi oluşturmaktadır. Tüketicilerin tekrar satın alma kararı verirken fiyat uygunluğu ve tavsiyenin önemli bir etkiye sahip olduğu düşünüldüğünde; bu etkinin sağlık sektöründe de olağan bir durum olduğu araştırma sonuçları ile desteklenmektedir.

Dursun ve Çerçi, (2004) sağlık hizmeti kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında Kayseri’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir hastanede yatan toplam 200 hasta ile görüşmüştür. Çalışma sonunda algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyetler üzerinde olumlu ve yüksek bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Hizmet kalitesi ile ilgili olumlu algılamalar ve tatmin düzeyindeki artışlar, hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumunu, benzer bir rahatsızlık durumunda yeniden tercih etme ve/veya eşe dosta tavsiye etme niyetlerini, tatmin düzeyi düşük hastalara göre daha olumlu bir şekilde etkilediği ortaya çıkmıştır.

Demirel ve ark., (2009) Aksaray ilinde faaliyet gösteren özel bir hastanenin hastalarının (124 kişi) aldıkları hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiklerini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda, algılanan hizmet kalitesinin alt boyutları olan tedavi hizmetleri, fiziksel ve beşeri koşulların tatmin, tavsiye ve tercih etme üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Algılanan hizmet kalitesi ile ilgili pozitif bir durumun, hastaların hizmet aldığı sağlık kurumunu yeniden tercih etme ve tavsiye etme niyetlerini olumlu bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

Bitner, (1990) “hizmet sunumunun değerlendirilmesi: fiziksel çevre ve çalışan tepkilerinin etkileri” başlıklı çalışmasında 145 havayolu müşterisi ile görüşmüştür. Bitner hizmet sunumundaki müşteri değerlendirmelerini etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olmak, özellikle genel hizmet kalitesi algısının azaldığı zamanlar önemli olduğunu ileri sürmüştür. Çalışmada yazar, tüketici tatmini, hizmet pazarlaması ve ilişkilendirme kuramını sentezleyen “hizmet sunumu” değerlendirmesini anlamak için bir model önerisi sunmuştur. Çalışmanın bizi ilgilendiren kısmı ise, algılanan hizmet kalitesi ile davranışsal niyetler arasında güçlü ve pozitif bir etkinin olduğudur. Sonuçlar ayrıca, çalışanlar ve fiziksel ortam gibi kontrol edilebilen değişkenlerin, müşterilerin hizmet sunumundaki algılamalarını etkilediğini ortaya çıkarmıştır.

2.6.7. Hasta Tatmini ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkiler

Bu kısımda şekil 2-18’de gösterilen 7 numaralı okun ifade ettiği hasta tatmininin sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Anderson ve Sullivan, (1993), işletmelerde müşteri tatminin öncelleri ve sonuçları adlı çalışmasında tatmini, algılanan hizmet kalitesi ve onaylamamanın bir fonksiyonu olarak ele almış, bunları tatminin öncelleri olarak değerlendirmiştir. 89-90 yılları arasında İsveç’te 22.300 müşteri ile yürütülen çalışma örneklem bakımından eşsizliğini korumaktadır. Çalışma akademisyen ve uygulayıcılar için güzel sonuçlar doğurmuştur. Tatmin ve tekrar satın alma niyeti arasında güçlü ve pozitif bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Ayrıca tatminin beklentilerden direk olarak etkilenmediği, algılanan hizmet kalitesi aracılığıyla bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bolton, (1998) müşterinin sürekli hizmet sağlayıcısı ile ilişkisinin süresini dinamik bir model olarak ele aldığı çalışmasında, tatminin rolünü incelemiştir. Makalede,

müşterinin sürekli hizmet veren bir kuruluşla ilişki süresi (kamu hizmetleri, finansal hizmetler ve tele iletişim gibi) ile memnuniyet arasındaki ilişki anlatılmaktadır. Kümülatif memnuniyetin hizmet deneyimi sırasında elde edilen yeni bilgilerle güncellenen bir çapa olarak hizmet ettiği varsayılmaktadır. Model 22 aylık bir süre boyunca müşteri algıları ve davranışlarını açıklayan kesitsel ve zaman serisi verileriyle orantısız risklerin regresyonunun bir fonksiyonu olarak kurulmuştur. Sonuçlar, müşterinin işletmeyle ilişkisini sonlandırmasına veya devam etmesine karar vermeden önce müşteri memnuniyeti puanlarının, ilişkinin süresi ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir. İlişki süreleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin gücü, müşterilerin kurumla olan önceki deneyimlerinin uzunluğuna bağlı olduğu ve müşteri tatmini ne kadar yüksek ise, işletmenin ürün ve hizmetlerini tekrar kullanma-satın alma niyetinin de o oranda yüksek olduğu saptanmıştır.

Sharma ve Patterson, (2000) çalışmasında, değiştirme maliyetleri, alternatif çekicilik ve deneyime dayalı koşullar altında güven ve hizmet memnuniyetinin, ilişki bağlılığı üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Bunun için finansal planlama hizmetlerine ilişkin 201 müşteri ile görüşmüştür. Sonuçlar, güven ve memnuniyetin ilişki bağlılığı üzerindeki etkisinin, değiştirme maliyeti, alternatiflerin çekicilik ve müşteri deneyimlerine göre değiştiğini açıkça göstermektedir. Tatmin ve ilişkisel bağlılık (ilişkisel bağlılık değişkeni olarak satın alma niyeti ele alınmıştır) arasındaki ilişkinin, güven ve ilişkisel bağlılık arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğu tespit edilmiştir.

Shin ve ark., (2013) Güney Kore’de üniversite öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmasında, internet alışverişinde websitesi kalitesinin tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisini aracı değişkenler yoluyla değerlendirmiştir. Kesitsel olarak yürütülen çalışmada 230 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma bulgularına göre; websitesi kalitesinin müşteri tatmini ve güvenini olumlu yönde etkilediği, ancak müşteri bağlılığı ve tekrar satın alma niyetini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Müşteri tatmini, güveni ve bağlılığının websitesi kalitesi ile tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkide aracılık etkileri olduğu tespit edilmiştir. Websitesi kalitesinin; müşteri tatmini, güveni ve bağlılığını artırarak veya azaltarak tekrar satın alma niyetini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Demirer ve Bülbül, (2014) kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tercihi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, kamu ve özel hastaneden

yatarak veya ayaktan hizmet alan 300'er hasta ile görüşmüştür. Araştırma sonuçlarına göre; hem kamu hem de özel hastanelerde hasta tatmini ile hasta tercihi (hastaneyi yeniden ziyaret etme davranışı) arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Özel hastanelerden hizmet alan hastaların, kamu hastanelerinden hizmet alan hastalara göre tatmin düzeyinin, hastaneyi yeniden ziyaret etme niyeti üzerinde daha büyük bir etkisi olduğu saptanmıştır

2.6.8. Hasta Tatmini ve Hasta Sadakati Arasındaki İlişkiler

Bu kısımda şekil 2-18'de gösterilen 8 numaralı okun ifade ettiği hasta tatmininin hasta sadakati üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır.

Bowen ve Chen, (2001) otel işletmelerinde yürüttüğü çalışmasında, müşteri tatmini ile sadakati arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Bunun için 564 otel misafiri ile görüşmüştür. Yazarlar, müşteri tatmini ve sadakati arasındaki ilişkinin doğrusal olmadığını keşfetmiştir. Yani tatmin belli bir seviyeye ulaştığında, sadakatte önemli (tatminden daha fazla artar) ölçüde artmakta, ancak tatmin belli bir noktaya düştüğünde, sadakatte eşit derece düşmektedir. Özetle tatminde meydana gelen küçük bir değişiklik, sadakatte önemli değişikliklere yol açabilmektedir. Bu yüzden yöneticilere, yeterince tatmin olmuş müşterinin sadakat yaratmada o kadar da etkili olmayacağını, yüksek düzeyde tatmin olmuş müşterinin daha çok sadakat davranışı göstereceğinin farkında olması gerektiğini önermektedirler.

Wu, (2011) hastane marka imajının hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve sadakati üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında, Tayvan'daki iki özel hastaneden toplam 437 hasta ile görüşmüştür. Hastane marka imajının, sadakat üzerindeki hem direk hemde dolaylı olarak etkisine bakılmış, dolaylı etkisinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hizmet kalitesi ve hasta tatmini yoluyla sadakat sağlandığı, hastane marka imajı ve sadakat arasındaki ilişkide hizmet kalitesi ve hasta tatmininin aracı rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla, hizmet kalitesinden hasta memnuniyetine giden yolun, hastane marka imajının hasta sadakati üzerindeki etkisi için kritik olduğu söylenebilir.

Platonova, Kennedy, ve Shewchuk, (2008) birinci basamak hekimlere yönelik yürüttüğü çalışmasında hasta güveni, tatmini ve sadakati arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Anket ABD'de iki dahiliye polikliniğine muayene olmak için gelen 524 hastaya

uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hasta tatmini ile sadakati arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, hekimin hasta sadakati geliştirmeye çalışırken, hasta tatmininin büyük bir endişe alanı olması gerektiğini kuvvetle önermektedir. Ayrıca, hasta güveninin hem tatmin hem de sadakat ile güçlü bağlantısı, hekimlerin dikkatini çeken diğer önemli bir alandır.

Gronholdt, Martensen, ve Kristensen, (2000) müşteri tatmini ile sadakati arasındaki ilişkiyi farklı sektörlerde incelemiştir. Çalışmada Danimarka'daki dört telekomünikasyon endüstrisi, bankacılık, süpermarketler, meşrubat endüstrisi ve fast food restoranları olmak üzere sekiz adet sektör içinde 30 şirket yer almıştır. Bu sektörlerdeki ürün ve hizmetlerle ilgili kalite ve memnuniyet algıları konusunda yaklaşık 9000 müşteri ile görüşme yapılmıştır. Memnuniyet ölçümü için Avrupa Müşteri Memnuniyeti Endeksi'nin (ECSI) Danimarka kısmı kullanılmıştır. Çalışma sonucunda müşteri memnuniyetinin sadakati üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar şaşırtıcı olmamakla birlikte literatür tarafından da desteklenmektedir. Ayrıca çalışma sekiz farklı endüstriden 30 farklı şirketle yapıldığı için memnuniyet ile sadakat ilişkisi yüksek açıklayıcı güç ile tahmin edilmektedir.

2.6.9. Hasta Sadakati ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkiler

Bu kısımda şekil 2-18'de gösterilen 9 numaralı okun ifade ettiği hasta sadakatinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki doğrudan etkisini gösteren ilişki temel alınmıştır. Konuyla ilgili literatürde yer alan çalışmalardan bir kısmı aşağıda verilmiştir.

Literatürde yapılan çalışmalar sadakatin tekrar satın alma niyetinin öncelleri arasında olduğunu göstermiştir (Chinomona ve Dubihlela, 2014; Yi ve La, 2004).

Chinomona ve Dubihlela, (2014); Güney Afrika'da 151 perakende işletmesinden elde ettiği verileri kullanarak, yerel mağaza markalarından müşteri tatmininin, müşteri güveni, sadakati ve tekrar satın alma niyetine etkisini incelemiştir. Çalışma sonunda tatminin sadakat, sadakatinde tekrar satın alma niyeti yarattığı sonucuna ulaşmıştır.

Magatef ve Tomalieh, (2015); yapılan müşteri sadakati programlarının, müşterilerin tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında, bütün sadakat programlarının müşteriye elde tutma ve müşterilerin tekrar satın alma niyeti üzerinde önemli bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Garman, Garcia, ve Hargreaves, (2004); yürüttüğü çalışmasında tatmin olmuş hastaların ve hekimlerin olumlu davranışlarının, hastaların sadakatini ve tedavi için tekrar hastaneyi tercih etme olasılıklarını artırdığını belirlemiştir.

Sedianingsih ve Prasetyo, (2016), hastaneyi tekrar ziyaret etme niyeti, hasta bağlılığı ve güveni arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında, hasta bağlılığı ve güveninin hastaneyi tekrar ziyaret etme niyeti üzerinde önemli bir etkisi olduğu; ancak güvenin bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

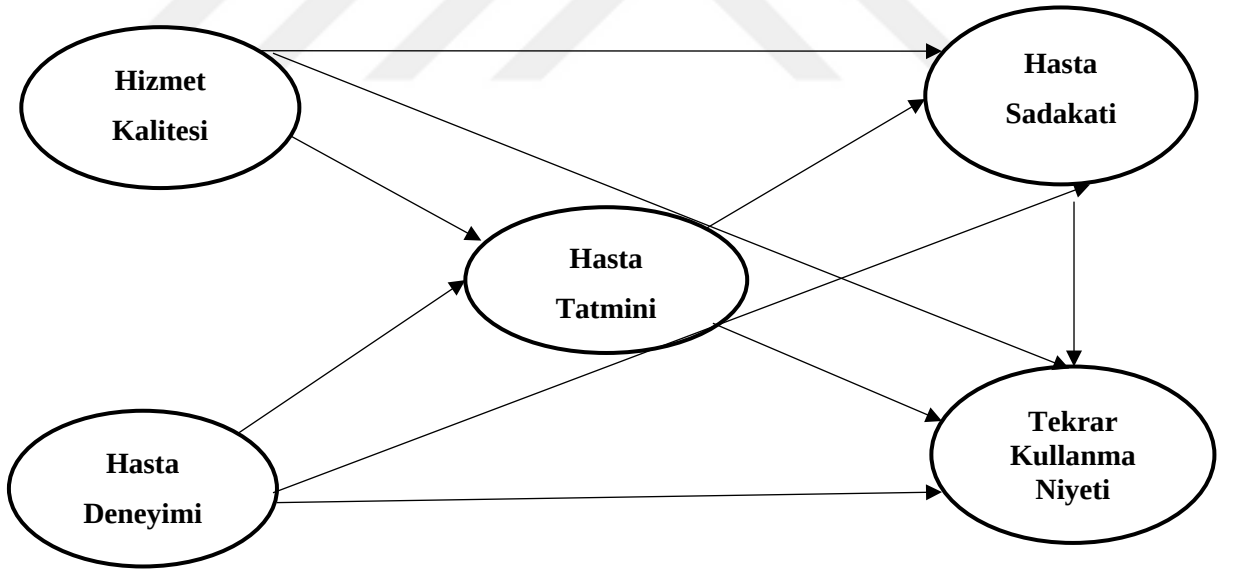


3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde öncelikle araştırmanın modeli ve hipotezlerine ilişkin bilgiler yer alacaktır. Sonrasında ise araştırmanın evren ve örnekleminden bahsedilecektir. Veri toplama araçları ve veri toplama sürecinin detayları ile verilerin analizini de kapsayan süreç hakkında bilgiler verilerek bu bölüm sonlandırılacaktır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Bu araştırmanın amacı; hasta deneyimi ile hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisini araştırmaktır. Ayrıca hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin, hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde herhangi bir aracı değişken olup olmadığını da belirlemektir. Bu amaçlar doğrultusunda bir yapısal regresyon modeli oluşturulmuş ve bu modelin yapısal eşitlik analizi ile test edilmesi amaçlanmıştır. Şekil 3-1’de araştırma modeli gösterilmektedir.



Şekil 3-1. Araştırma Modeli

Modelde yer alan değişkenler arası ilişkilere yönelik olarak kurulan hipotezler şu şekildedir:

H1. Hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracılık rolü etkisi vardır.

H2. Hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracılık rolü etkisi vardır.

H3. Hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin aracılık rolü etkisi vardır.

H4. Hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracılık rolü etkisi vardır.

H5. Hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracılık rolü etkisi vardır.

H6. Hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin aracılık rolü etkisi vardır.

H7. Hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin aracılık rolü etkisi vardır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Kantitatif tipte yürütülen araştırmanın evrenini İstanbul İli Devlet, Üniversite ve Özel hastanelerinden yatarak hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada Örneklem yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olup, örneklem büyüklüğü aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerine göre, araştırma ana kütlelerini temsil eden İstanbul'da o yıl için yatan hasta sayısı 2.069.201 kişidir. Bu ana kütleleri temsil eden örneklem büyüklüğü % 95 güven aralığı ve % 5 hata payına göre aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanmıştır. Bu formülde;(5)

$$n = Nt^2pq/d^2 (N-1) + t^2pq$$

n : Örnek kütle büyüklüğü

N : Anakütle büyüklüğü

p: Hastalanıldığında hastane kliniklerin birinden yatarak hizmet alma olasılığı

q: Hastalanıldığında hastane kliniklerin birinden yatarak hizmet almama olasılığı

t : Belirli bir anlamlılık (α) düzeyinde, t tablosundan bulunan teorik değeri

α : Anlamlılık düzeyi

d : Hata payı'dır.

Mümkün olduğu kadar büyük örnekle çalışabilmek için hastanelerden yatarak hizmet alma ve almama olasılıkları 0,5 olarak alınmıştır. %5 hata payı ile ana kütleyi temsil edecek minimum örnek büyüklüğü 384 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örnekleme için her hastane türünden eşit sayıda (500 civarı) hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma örneklem sayıları tablo 3-1’de gösterilmiştir.

Tablo 3-1. Hastane Türüne Göre Araştırmaya Dahil Edilen Hasta Sayısı

Hastane türü	Örnekleme alınan hasta sayısı	Toplam hasta sayısı
Devlet hastanesi	496	1522
Özel hastane	516	
Üniversite hastanesi	510	

Ayrıca araştırma için belli dahil etme kriterleri belirlenmiştir. Bu kriterler şu şekildedir:

- Özel, devlet veya üniversite hastanelerinin birinden hizmet alan hastalar
- Yatarak hizmet alan hastalar. Yatarak sağlık hizmeti almayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.
- Son 6 ay içinde, en az 2 gün yatarak hizmet alan hastalar
- 18 yaş ve üstünde olanlar
- Sorulara cevap verebilecek düzeyde olanlar (Bilinci yerinde olan, çok ileri yaşta olmayan vs.)
- Kendisine veli ya da vasi tayin edilmeyen kişiler

Araştırmada kullanılan veri seti, İstanbul İli Devlet, Üniversite ve Özel hastanelerinden yatarak hizmet alan hastalara uygulanacak anketler sonucu elde edilen yatay kesit verilerinden oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu (Ek 1) kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümü hastaların hastane kullanım özelliklerini değerlendiren 6 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümünde araştırma değişkenlerine ait ölçekler yer almaktadır. Bu ölçekler şunlardır:

- Hasta deneyimi ölçeği (20 ifade)
- SERVPERF Hizmet kalitesi ölçeği (22 ifade)
- Hasta tatmini ölçeği (4 ifade)

- Hasta sadakati ölçeği (5 ifade)
- Sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ölçeği (3 ifade)

Araştırma değişkenlerine ilişkin literatürde mevcut olan ölçekler incelenerek, araştırma amacına en uygun olan ve geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş ölçekler seçilmiştir. Bu ölçeklerin hepsi daha önce Türkiye’de uygulanmıştır. Anket formunun son kısmında ise araştırmaya katılan hastalara ilişkin sosyodemografik özellikleri değerlendiren 6 soru bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin detaylı bilgiler alt başlıklar halinde verilmiştir.

3.3.1. Hasta Deneyimi Ölçeği

Hasta deneyimi değişkenlerinin ölçümü için Maklan ve Klaus (2011) tarafından geliştirilen hizmet deneyimi ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin orijinali 19 ifadeden oluşmaktadır. Daha önce Duran (2017) tarafından kullanılan ölçeğin sağlık hizmetlerine uyarlanması alanda uzman 4 araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinali 19 ifadeden oluşmaktadır. Bu araştırma için risk algısı ifadesi (bu hastane güvenilir ve saygın bir kurumdur) risk algısı-1:bu hastane güvenilir bir kurumdur ve risk algısı-2:bu hastane saygın bir kurumdur olarak iki farklı ifade şeklinde değerlendirilmiştir. Ölçek 6 boyuttan oluşmaktadır. Değişkenler, boyutlar madde ifadeleri, ölçüm tipi ve ölçeği geliştirenlere ait bilgiler tablo 3-2’de gösterilmiştir.

Tablo 3-2. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin Bilgiler

Değişken	Boyut	Madde ifadesi	Kaynak	Ölçüm
Uzmanlık	Huzur	Bu hastanenin uzmanlığına güveniyorum çünkü bu hastane işini çok iyi yapar	Maklan ve Klaus (2011)	5'li Likert
Süreç kolaylığı		Bu hastane ile ilgili tüm hizmet alma süreçleri (randevu, tahlil sonuçları almak, muayene olmak vb.) kolaydır		
İlişki ve işlem		Bu hastane benim sağlığımla sadece şuan için değil, uzun vadede de ilgilenir		
Kolaylıkla elde etme		Bu hastanenin hastasıyım, benimle oldukça ilgileniyorlar, başka bir hastaneden hizmet almak için bir sebep göremiyorum		
Benzerlik		Bu hastaneden daha önce hizmet aldığım için ihtiyaçlarıma ulaşmak çok kolay oldu		
Bağımsız tavsiye		Bu hastane bana gerçekten ihtiyacım olan tarafsız tavsiyelerde bulunur		
Esneklik	Güncellik	Bu hastaneden hizmet alırken ihtiyaçlarımla gözetilmesi ve tedavi seçenekleri konusunda esnek olunması benim için önemlidir		
Proaktiflik		Bu hastanenin beni yeni gelişen bilgiler ve seçenekler hakkında bilgilendirmesi önemlidir		
Risk algısı 1		Bu hastane güvenilir bir kurumdur		
Risk algısı 2		Bu hastane saygın bir kurumdur		
Kişilerarası beceriler		Bu hastanede çalışanların kişilerarası ilişkileri (dinlerler, kibardırılar vb.) iyidir		
Kurtarma		Bu hastane işler yolunda gitmediğinde, bu durumla nasıl baş edeceğini bilir		
Durağanlık	Sonuç Odaklılık	Başka hastanelerde var fakat bana sunduğu kolaylıklar nedeniyle bu hastaneyi tercih ederim		
Sonuç odaklılık		Bu hastane bana ihtiyacım olanı hızlı bir şekilde verir		
Geçmiş deneyim		Başka hastanelere çok güvenmediğim için bu hastaneden hizmet alıyorum		
Ortak geçmiş		Bu hastanede en iyi tedaviyi almak için farklı tedavi seçenekleri arasından tercih yapabilmek isterim		
Seçim özgürlüğü	Hizmet Deneyimi	Bu hastane dışında farklı hastanelerden tedavim konusunda bilgi almak benim için önemlidir		
İç rekabet		Bu hastanede sunulan farklı tedavi seçeneklerini karşılaştırmazsam, hangisinin benim için en iyi olduğunu bilemem		
Karşılaştırma zorunluluğu		Bu hastanede tedavi sürecimin tamamında benimle hep aynı sağlık		

		personelinin(doktor-hemşire vb.) ilgilenmesini isterim		
Hesap yönetimi		Bu hastanede en iyi tedaviyi almak için farklı tedavi seçenekleri arasında tercih yapabilmek isterim		

3.3.2. SERVPERF Hizmet Kalitesi Ölçeği

Hizmet kalitesi araştırmaları literatürde oldukça zengindir. Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik pek çok ölçüm aracı geliştirilmiştir. Hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin ilk model Grönroos (1984) tarafından önerilmiştir (Yücel, 2014). Daha sonra 6 boyutlu SERVQUAL modeli Parasuraman ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Parasuraman ve arkadaşları (1988) hizmet kalitesini beklenen ve algılanan kalite arasındaki farkı hesaplayarak belirlemiştir. Ardından Cronin ve Taylor (1992) SERVQUAL ölçeğindeki aynı madde ifadelerini kullanarak, sadece performans ölçümüne dayanan tek boyutlu SERVPERF modelini geliştirmiştir. Her iki modelde literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır. Demirel ve Bülbül (2014) tarafından hizmet kalitesi ölçeğinin SERVQUAL modeli daha önce Türkiye sağlık sektöründe kullanılmıştır. Bu araştırma için Cronin ve Taylor (1992) tarafından geliştirilen ve Demirel ve Bülbül (2014) tarafından daha önce sağlık sektöründe kullanılan ölçüm modeli olan SERVPERF kullanılmıştır. Ölçeğe ilişkin madde ifadeleri, ölçüm tipi ve ölçeği geliştirenlere ait bilgiler tablo 3-3’de gösterilmiştir.

Tablo 3-3. SERVPERF Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bilgiler

Madde ifadesi	Kaynak	Ölçüm
Hastane modern araç, gereç ve teknolojiye sahiptir	Cronin ve Taylor (1992)	5’li likert
Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir		
Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir		
Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur		
Hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine getirir		
Hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer		
Hastane güvenilirdir		
Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar		
Hastane kayıtlarını doğru tutar		
Hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler		
Hastane çalışanlarından anında hizmet alınır		
Hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya isteklidir		
Hastane çalışanları hasta isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir		
Hastane çalışanları hastalara güven verir		

Hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder		
Hastane çalışanları kibardır		
Hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir		
Hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir		
Hastane çalışanları hastalarına bireysel özen gösterir		
Hastane çalışanları hasta ihtiyaçlarını bilir		
Hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir		
Hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet sunar		

3.3.2.1. Hasta tatmini Ölçeği

Sütütemiz (2005) çalışmasında, literatürde Oliver (1980), Westbrook ve Oliver (1981), Oliver ve Swan (1989)'ın müşteri tatmini ile ilgili yaptığı çalışmalardaki müşteri tatmini ölçüm ifadelerini derleyerek, sağlık sektöründe müşteri tatmini ölçeğini kullanmıştır. Bu çalışmada Sütütemiz (2005) tarafından kullanılan ve sağlık hizmetlerine uyarlanan hasta tatmini ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğe ilişkin madde ifadeleri, ölçüm tipi ve ölçeği geliştirenlere ait bilgiler tablo 3-4'de gösterilmiştir.

Tablo 3-4. Hasta Tatmini Ölçeğine İlişkin Bilgiler

Madde ifadesi	Kaynak	Ölçüm
Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor	Sütütemiz (2005)	5'li liket
Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyidir		
Bu hastaneyi seçmekle doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum		
Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin ediyor		

3.3.3. Hasta Sadakati Ölçeği

Sadakat ile ilgili çalışmalar ilk olarak Zeithaml ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Zeithaml ve arkadaşları (1996), hizmet kalitesinin davranışsal sonuçları adlı çalışmasında, davranışsal niyetler bataryası olarak tanımladığı boyutları ele almıştır. Bu boyutlar sadakat, firmadan ayrılma, daha fazla ödeme isteği, içsel cevap ve dışsal cevap olarak yer almaktadır Bu araştırma için davranışsal niyetler bataryasının sadakat bölümü alınmıştır. Ölçeğe ilişkin madde ifadeleri, ölçüm tipi ve ölçeği geliştirenlere ait bilgiler tablo 3-15'de gösterilmiştir.

Tablo 3-5. Hasta Sadakati Ölçeğine İlişkin Bilgiler

Madde ifadesi	Kaynak	Ölçüm
Bu hastane hakkında başkalarına olumlu şeyler söylerim	Zeithaml ve arkadaşları (1996)	5'li likert
Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim		
Arkadaşlarım ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için desteklerim		
Hizmet almak için bu hastaneyi ilk seçenek olarak düşünürüm		
Önümüzdeki birkaç yıl içinde bu hastaneden daha fazla sağlık hizmeti alırım		

3.3.4. Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Ölçeği

Bu araştırmada tekrar kullanma niyetini ölçmek için Shin ve arkadaşlarının (2013) çalışma sorularından faydalanılmıştır. Ölçeğe ilişkin madde ifadeleri, ölçüm tipi ve ölçeği geliştirenlere ait bilgiler tablo 3-6'da gösterilmiştir.

Tablo 3-6. Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Ölçeğine İlişkin Bilgiler

Madde ifadesi	Kaynak	Ölçüm
Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda bir kez daha bu hastaneden hizmet almayı isterim	Shin ve arkadaşları (2013)	5'li likert
Bir sonraki sefere de bu hastaneden hizmet almak isterim		
Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda sürekli bu hastaneden hizmet almak isterim		

3.4. Veri Toplama Süreci ve Pilot Uygulama

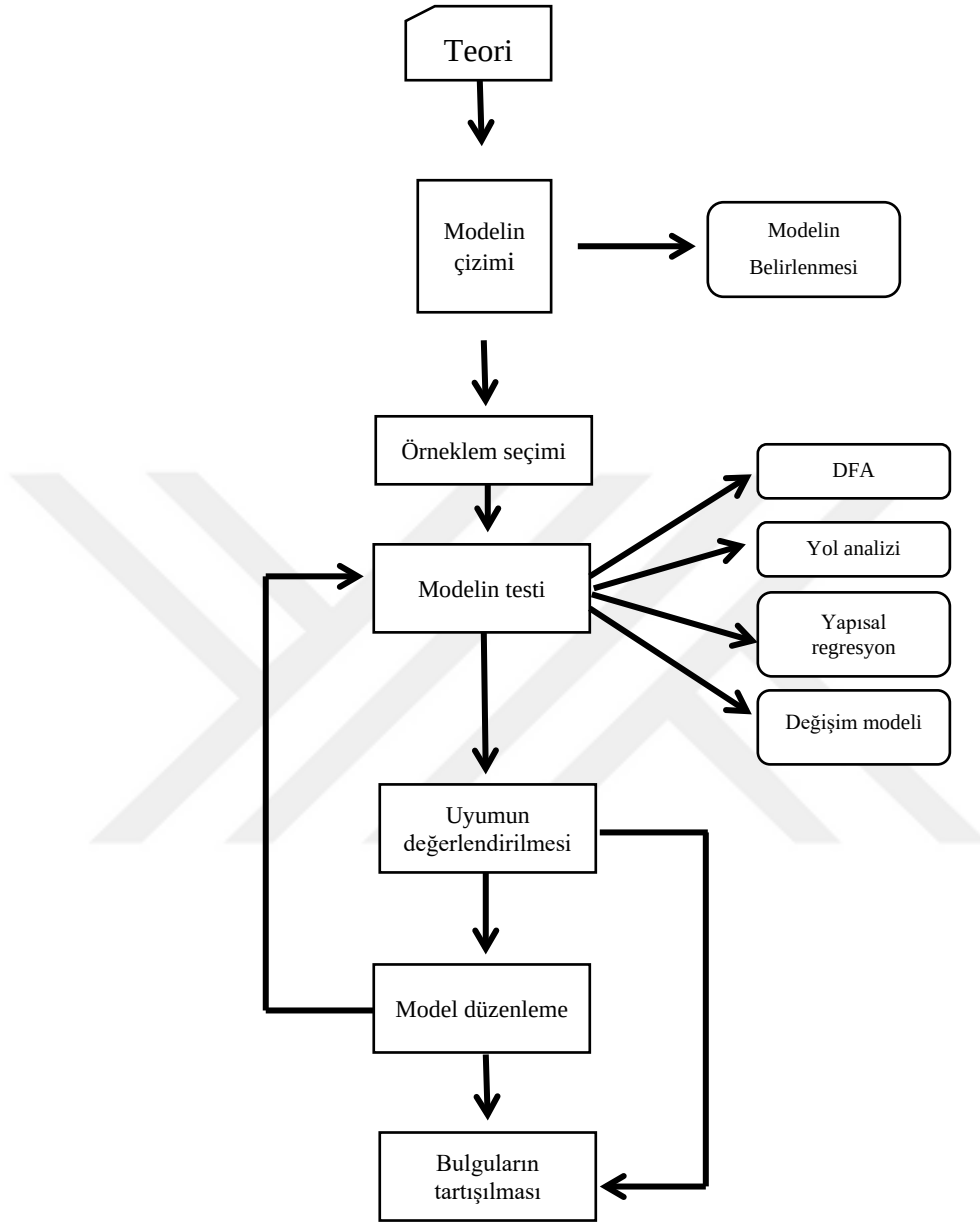
Veri toplama aracı olarak anket formu oluşturulmuş ve sonrasında pilot çalışma yapılarak anket formunun son hali verilmiştir. Pilot çalışma kapsamında son 6 ay içinde herhangi bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet almış 30 hastaya anket uygulanmış ve hastalardan geri bildirimler üzerine anket formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Pilot araştırma sonrasında; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nden Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek 2).

Anket formlarının uygulanmasında anketörlerden destek alınmıştır. Bu kapsamda dört lisans öğrencisine araştırmanın amacı, anketin içeriği, veri toplama sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar konularında eğitim verilmiştir. Son 6 ay içinde devlet,

üniversite ve özel hastanelerden yatarak hizmet alan hastalar ile yüz yüze görüşme yapılarak, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve anket formunun nasıl doldurulacağı detaylı bir şekilde anlatılmıştır. Gerekli hallerde (okuma yazma bilmeyen, veya ileri yaştaki hastalara kolaylık sağlamak amacıyla) anket formu bizzat araştırmacının kendisi ve anketörler tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Son 6 ay içinde devlet hastanesinden yatarak hizmet alan 496 hasta, üniversite hastanesinden yatarak hizmet alan 510 hasta, özel hastaneden yatarak hizmet alan 516 hastadan veri toplanmıştır. Toplamda 1522 anket formu elde edilmiştir. Veri toplama süreci Mayıs – Ekim 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 23 ve AMOS 23 programları kullanılmıştır. AMOS (Analysis of Moment Structures) programı bir Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) veya ingilizce adıyla Structural Equation Model (SEM) programıdır. Günümüzde sosyal bilimler, davranış bilimleri, eğitim bilimleri, ekonomi, pazarlama ve sağlık bilimleri başta olmak üzere pekçok bilim dalı tarafından kullanılan, belirli bir teoriye dayalı gözlemlenebilen ve gözlemlenemeyen değişkenlerin nedensel ve ilişkisel bir model içinde tanımlanmasına dayanan çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir (Raykov ve Marcoulides; Bryne, 2010; akt:Meydan ve Şeşen, 2015). Varyans analizi, manova, faktör analizi, regresyon analizi gibi alışagelmış istatistiksel yöntemlerden en büyük farkı çok sayıdaki değişken arasındaki ilişkiyi modeller şeklinde inceleyebilmesidir. YEM, faktör analizi, regresyon analizi, kovaryans analizi, korelasyon analizi gibi diğer çok değişkenli istatistiklerin karması olan ve bunları birleştiren bir araçtır (Ayyıldız ve Cengiz, 2006). Bir yapısal eşitlik modelinin oluşturulması ve sonuçların yorumlanmasına kadar geçen süreç Şekil 3-2’de gösterilmektedir (Meydan ve Şeşen, 2015).



Şekil 3-2. Bir Yapısal Eşitlik Modelinin Oluşturulması

Kaynak: (Meydan ve Şeşen, 2015)

Bir yapısal eşitlik modellemesi dört varsayıma dayanmaktadır. Bunlar (a) çok değişkenli normallik, (b) doğrusallık, (c) örneklem büyüklüğü ve (d) ölçek türüdür. YEM 'de normal dağılıma uygunluk önemli bir varsayımdır. Bu varsayımın ihlali sonucun anlamsız olduğu halde anlamlı çıkmasına neden olabilir. YEM'de gizil değişkenler arasında ve gözlenen ile gizil değişkenler arasında doğrusal ilişkilerin olduğu varsayılır (Yılmaz ve Varol, 2015). YEM büyük örneklem hacmine ihtiyaç duyan bir tekniktir. İdeal

bir örneklem büyüklüğü ve parametre oranı 20:1 dir. Örneğin model parametreleri toplam $q=10$ tane istatistiksel tahmin gerektiriyorsa, ideal bir minimum örneklem 20×10 yani $N=200$ olacaktır. Daha az ideal örneklem büyüklüğü ve parametre oranı 10:1 dir. Örneğin $q=10$ için minimum örneklem büyüklüğü 10×10 yani $N=100$ olacaktır (Kline, 2011; Akt:Yılmaz ve Varol, 2015). Son varsayım ise verilerin sürekli ölçekle ölçülmüş olmasıdır (Yılmaz ve Varol, 2015). Araştırma örneklemelerinin YEM varsayımlarına uyup uymadığı çalışmanın bulgular kısmında örneklem türüne göre alt başlıklar halinde verilmiştir.

Verilerin Yapısal Eşitlik Modeline uygunluğu test edildikten sonra oluşturulan modellerin test edilmesi gerekmektedir. Raykov ve Marcoulides'e (2006) göre; yapısal eşitlik modelleri 4 grupta toplanabilir (Meydan ve Şeşen, 2015). Bunlar; Yol Analizi modelleri, Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) modelleri, Yapısal Regresyon modelleri ve Gizil Değişken Değişim modelleridir. Modellerin her birini kısaca açıklayacak olursak; yol analizi modelleri yalnızca gözlemlenen değişkenler kullanılarak tasarlanan modellerdir. Doğrulamalı Faktör Analizi modelleri ise gözlemlenen bazı değişkenlerin bir gizil değişkeni oluşturup-oluşturmadığını test eden veya teoride var olan değişkenler arasındaki ilişkileri yordayan modellerdir. Yapısal regresyon modelleri ise doğrulamalı faktör analizine benzese de temel fark, gizil değişkenler arasındaki yol analizi etkilerini de inceleyen modellerdir. Son olarak Gizil Değişken Değişim modelleri ise zaman içerisinde meydana gelen değişimi ortaya koyan modellerdir. Bu model için verinin boylamsal olması gerekmektedir (Meydan ve Şeşen, 2015)

YEM' in adımlarına bakılacak olursa; ilk aşamada araştırmada kullanılacak teorik model belirlenir. İkinci aşamada path diyagramı yardımıyla yapısal eşitlikler tanımlanır. Üçüncü aşamada örneklem seçilir ve veri toplanır. Dördüncü aşamada eşitliklerde tanımlanan değişkenlerin tahminleri yapılır. Daha sonra hesaplanan uyum iyiliği indeksleri (model fit) değerlendirilir, değerlendirme sonucu model kabul edilir, reddedilir veya modelde düzeltmeler (modifikasyon) yapılır ve test tekrarlanır. Son olarak elde edilen sonuçlar raporlaştırılır ve tartışılır (Yılmaz ve Varol, 2015).

Bu araştırma kapsamında yukarıda bahsedilen modellerden Doğrulamalı Faktör Analizi modelleri ve Yapısal Regresyon modelleri oluşturulmuş ve test edilmiştir. Test edilen modellerin veriler ile uyumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan uyum iyiliği indeksleri, normal değer aralıkları Tablo 3-7'de verilmiştir (Meydan ve Şeşen, 2015).

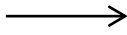
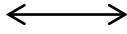
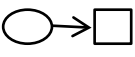
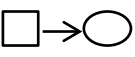
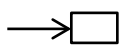
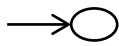
Tablo 3-7. Yapısal Eşitlik Modelinin Uyumuna İlişkin İstatistiksel Değerler

Uyum Değeri	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum
P değeri	0,05 - 1	0,01 – 0,05
X ² /sd	0 - 3	3 - 5
RMR	0 – 0,05	0,05 – 0,08
RMSEA	0 – 0,05	0,05 – 0,08
GFI	0,95 – 1	0,90 – 0,95
NFI	0,95 – 1	0,90 – 0,95
TLI	0,95 – 1	0,90 – 0,95
CFI	0,95 – 1	0,90 – 0,95

Kaynak: (Meydan ve Şeşen, 2015)

Bir yapısal eşitlik modelinde kullanılan sembollerin ne anlama geldiği Tablo 3-8’de gösterilmektedir.

Tablo 3-8. Yapısal Eşitlik Modelinde Kullanılan Semboller ve Anlamları

Şekil	Anlamı
	Daire ya da elips: Gizil değişkenleri simgeler.
	Kare ya da dikdörtgen: Gözlemlenen değişkenleri simgeler.
	Tek yönlü ok: Bir değişkenin diğer bir değişken üzerindeki etkisini gösterir.
	Çift yönlü ok: İki değişken arasındaki kovaryansı ya da varyansı gösterir.
	Gözlemlenen bir değişkenin, gizil bir değişken üzerindeki yol katsayısıdır.
	Gizil bir değişkenin, bir başka gizil değişken üzerindeki yol katsayısıdır.
	Gözlemlenen bir değişken ile ilgili ölçüm hatasıdır.
	Gizil bir faktörün tahminindeki artık hatasıdır.

Kaynak: (Meydan ve Şeşen, 2015)

Araştırmanın kavramsal modelini test etmek için YEM kullanılmıştır. Veriler analiz edilerek, geliştirilen model test edilmiştir. Bunun için aşağıdaki adımlar izlenmiştir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): Araştırmada yer alan bütün değişkenler için ayrı ayrı DFA yapılmıştır. Böylelikle değişkenlerin veri ile ne kadar uyum sağladığı test edilmiştir.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Bu araştırmada yalnızca hizmet kalitesi ölçeği için AFA yapılmıştır. Hizmet kalitesi ölçeğinin tek faktörlü olması ve ilk DFA’da devlet ve üniversite hastanesi verileri ile iyi uyum vermemesi sebebiyle, nasıl bir faktör yapısına sahip olduğunu belirlemek için AFA yapılmıştır.

Yapısal Eşitlik Modeli (YEM): Her üç veri setinde öne sürülen teorik model path analizi ile test edilmiştir. Modelde aracı değişkenler olduğundan ayrıca aracılık analizi yapılmıştır.

Bu araştırmada AFA için SPSS.23; DFA ve YEM ölçümleri için SPSS AMOS.23 programları kullanılmıştır.

3.5.1. Faktör Analizi

Faktör analizi açıklayıcı (keşfedici, exploratory) ve doğrulayıcı (confirmatory) olmak üzere iki temel yönetime ayrılmaktadır. AFA değişkenler ararsı ilişkilerden yola çıkarak faktör bulmaya, teori üretmeye yönelik bir yöntem iken, DFA değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotezi test etmektedir (Duran, 2017).

3.5.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi, bilinmeyen gizil değişkenler ile gözlenen değişkenler arasındaki bağlantıyı ortaya koyması amacıyla tasarlanan bir analizdir. Bu analiz, gözlenen değişkenlerin ilgili faktörlerle nasıl bağlantılı olduğunu açıklama ile başlar. Araştırmacı AFA ile maddelerin ilgili faktörler altında çıkmasını ve yüksek yük değerleri elde etmeyi arzu eder. Maddelerin gerçekten hangi faktör altında ölçme yaptıkları konusunda, herhangi bir fikri olmayan araştırmacılar için bu analiz yöntemi açıklayıcı (açımlayıcı) ya da keşfedici olarak tanımlanır. (Bryne, 1994; akt: Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014). Bu maksatla araştırma değişkenlerinden hizmet kalitesi için değişken ve aralarındaki bağ yapısını bulmayı amaçlamaktayız.

Faktör analizinde dikkat edilmesi gereken diğer önemli nokta örneklem büyüklüğüdür. Örneklem ne kadar büyükse faktör analizi sonuçlarının da o kadar güvenilir olduğu söylenebilir. Örneklem sayısının ne kadar olması gerektiği ile ilgili genel kanı madde başına 10 ya da 15 katılımcının örnekleme dahil edilmesi yönündedir. Kline (1998) güvenilir faktörler çıkarmak için 200 kişilik örneklem genellikle yeterli olacağını, faktör yapısının açık ve az sayıda olduğu durumlarda ise bu rakamın 100'e kadar inebileceğini savunmaktadır (Duran, 2017). Bu araştırmanın örneklem büyüklüğü 1522'dir. Bu da araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi, bir ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymada kullanılması gereken analizlerden birisidir. Bu amaçla yapılan AFA'nın iki uygulaması söz konusudur (Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014).

1. İlgili yapının teorik temeli ışığında, maddelerin uygun ve yorumlanabilir bir örüntü içinde, birlikte kümelenip kümelenmediğini belirlemek için, aynı ölçme aracındaki n tane maddenin, maddeler arası korelasyon matrisi oluşturulur. Bir küme (cluster) biçiminde, maddelere tepkilerdeki değişim (variation), faktörün altında uzanan genel faktör üzerinde bireyler arasındaki değişime yüklenebilir. Böyle bir faktör, yapı olarak düşünülür ve araştırmacının alan bilgisine ve teorik alt yapıya göre isimlendirilir.

2. n farklı testin ölçüm takımının korelasyon matrisi: Gözlenen bu ölçümler ararsındaki korelasyonların, bir ya da birden çok genel varyansa yüklenebilme derecesini belirlemek için kullanılır.

Korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi ile yapılması gerekir. KMO ölçütü; değişkenlerin toplam korelasyon değerlerinin kareler toplamının, toplam ve parçalı korelasyon değerlerinin kareler toplamına oranıdır. Bu oran 1'e yaklaştıkça R-matrisinde yer alan korelasyon deseninin sıkı, 0'a yaklaştıkça desende bir yayılma olduğu ifade edilmektedir. Değişkenler arasındaki korelasyon deseninin sıkı olması istenilen bir durumdur. Bu ölçütle ilgili Kaiser (1974) 0,5 oranını hemen hemen kabul edilebilir bir kesim noktası olarak ifade etmiş, KMO değerini 0,5-0,7 arası orta, 0,7-0,8 arası iyi, 0,8-0,9 arası çok iyi ve 0,9 üzerini süper şeklinde sınıflamıştır. Barlett'in küresellik (sphericity) testi değişkenlerden elde edilen R-matrisin birim matris olup olmadığını test eden bir hipotez testidir. Bu test sonucunda hipoteze yönelik p değeri anlamlı ($>0,05$) bulunmadıysa "R-matris birim matristir" ifadesi, anlamlı ($<0,05$) bulunduysa "R-matris birim matris

değildir” ifadesi kabul edilmektedir. R-matrisin birim matris olması değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının 0 olması anlamına gelmektedir (Duran, 2017).

KMO ve Barlett Testi sonucunda verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra, araştırmacının hangi faktörleştirme tekniğini kullanacağına karar vermesi gerekmektedir. Bu çalışmada faktörleştirme tekniği olarak temel bileşenler yöntemi, analiz sonuçlarını daha iyi yorumlayabilmek (Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014) için faktör dönüştürme (rotasyon) yöntemlerinden varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Boyutların ve değişkenlerin kısaltma isimleri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir. Hasta deneyimi değişkenlerinin kısaltma isimleri tablo 3-9’da gösterilmiştir.

Tablo 3-9. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin Kısaltmalar

Değişken İsmi		Kısaltması
Hasta Deneyimi Ölçeği		HASTAD
Huzur boyutu		HZR
Bu hastanenin uzmanlığına güveniyorum çünkü bu hastane işini çok iyi yapar	Uzmanlık	HDuzman
Bu hastane ile ilgili tüm hizmet alma süreçleri (randevu, tahlil sonuçları almak, muayene olmak vb.) kolaydır	Süreç kolaylığı	HDsurkoy
Bu hastane benim sağlığımla sadece şuan için değil, uzun vadede de ilgilenir	İlişki ve işlem	HDiliş
Bu hastanenin hastasıyım, benimle oldukça ilgileniyorlar, başka bir hastaneden hizmet almak için bir sebep göremiyorum	Kolaylıkla elde etme	HDklyeletme
Bu hastaneden daha önce hizmet aldığım için ihtiyaçlarıma ulaşmak çok kolay oldu	Benzerlik	HDbenzrlk
Bu hastane bana gerçekten ihtiyacım olan tarafsız tavsiyelerde bulunur	Bağımsız tavsiye	HDbgmsztav
Güncellik Boyutu		GNCL
Bu hastaneden hizmet alırken ihtiyaçlarımın gözetilmesi ve tedavi seçenekleri konusunda esnek olunması benim için önemlidir	Durağanlık	HDdurgn
Bu hastanenin beni yeni gelişen bilgiler ve seçenekler hakkında bilgilendirmesi önemlidir	Sonuç odaklılık	HDsncodk
Bu hastane güvenilir bir kurumdur	Geçmişdeneyim	HDgecmsd
Bu hastane saygın bir kurumdur	Ortak geçmiş	HDortkd
Bu hastanede çalışanların kişilerarası ilişkileri (dinlerler, kibardırlar vb.) iyidir	Esneklik	HDesneklk
Bu hastane işler yolunda gitmediğinde, bu durumla nasıl baş edeceğini bilir	Proaktiflik	HDproaktflk
Sonuç Odaklılık Boyutu		SNC
Başka hastanelerde var fakat bana sunduğu kolaylıklar nedeniyle bu hastaneyi tercih ederim	Risk algısı 1	HDriskal1
Bu hastane bana ihtiyacım olanı hızlı bir şekilde verir	Risk algısı 2	HDriskal2
Başka hastanelere çok güvenmediğim için bu hastaneden hizmet alıyorum	Kişilerarası beceriler	HDkisibec

Bu hastanenin deneyimli personele sahip olması benim için önemlidir	Kurtarma	HDkurtma
Hizmet Deneyimi Boyutu		DNYM
Bu hastanede en iyi tedaviyi almak için farklı tedavi seçenekleri arasından tercih yapabilmek isterim	Seçim özgürlüğü	HDsecöz
Bu hastane dışında farklı hastanelerden tedavim konusunda bilgi almak benim için önemlidir	İç rekabet	HDkarzor
Bu hastanede sunulan farklı tedavi seçeneklerini karşılaştırmazsam, hangisinin benim için en iyi olduğunu bilemem	Karşılaştırma zorunluluğu	HDiçrek
Bu hastanede tedavi sürecimin tamamında benimle hep aynı sağlık personelinin(doktor-hemşire vb.) ilgilenmesini isterim	Hesap yönetimi	HDhespy

Hizmet kalitesi değişkenlerinin kısaltma isimleri tablo 3-10'da gösterilmiştir.

Tablo 3-10. Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Kısaltmalar

Değişken İsmi	Kısaltması
Hizmet Kalitesi Ölçeği	HKALİTESİ
Hastane modern araç, gereç ve teknolojiye sahiptir	HIZKAL1
Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir	HIZKAL2
Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir	HIZKAL3
Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur	HIZKAL4
Hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine getirir	HIZKAL5
Hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer	HIZKAL6
Hastane güvenilirdir	HIZKAL7
Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar	HIZKAL8
Hastane kayıtlarını doğru tutar	HIZKAL9
Hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler	HIZKAL10
Hastane çalışanlarından anında hizmet alınır	HIZKAL11
Hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya isteklidir	HIZKAL12
Hastane çalışanları hasta isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir	HIZKAL13
Hastane çalışanları hastalara güven verir	HIZKAL14
Hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder	HIZKAL15
Hastane çalışanları kibardır	HIZKAL16
Hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir	HIZKAL17
Hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir	HIZKAL18
Hastane çalışanları hastalarına bireysel özen gösterir	HIZKAL19
Hastane çalışanları hasta ihtiyaçlarını bilir	HIZKAL20
Hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir	HIZKAL21
Hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet sunar	HIZKAL22

Davranışsal sonuçların boyutlarının ve değişkenlerinin kısaltma isimleri tablo 3-11'de gösterilmiştir.

Tablo 3-11. Davranışsal Sonuçlar Ölçeklerine İlişkin Kısaltmalar

Boyut İsmi	Kısaltması	Değişken ismi	Kısaltması
Hasta tatmini	TATMIN	Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor	Hastat1
		Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyidir	Hastat2
		Bu hastaneyi seçmekle doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum	Hastat3
		Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin ediyor	Hastat4
Hasta sadakati	SADAKAT	Bu hastane hakkında başkalarına olumlu şeyler söylerim	Hsad1
		Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim	Hsad2
		Arkadaşlarım ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için cesaretlendiririm	Hsad3
		Hizmet almak için bu hastaneyi ilk seçenek olarak düşünürüm	Hsad4
		Önümüzdeki birkaç yıl içinde bu hastaneden daha fazla sağlık hizmeti alırım	Hsad5
Sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti	NIYET	Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda bir kez daha bu hastaneden hizmet almayı isterim	Nyt1
		Bir sonraki sefere de bu hastaneden hizmet almak isterim	Nyt2
		Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda sürekli bu hastaneden hizmet almak isterim	Nyt3

3.5.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) daha önce keşfedilmiş ve daha az faktör altında birleştirilmiş ölçeklerin, araştırmanın yapıldığı örnekleme de benzer olup olmadığını değerlendirmek için başvurulan bir yöntemdir. Bu kapsamda DFA’da dört farklı modelin test edilebileceği söylenebilir. Bu modeller tek faktörlü model, birinci düzey çok faktörlü model, ikinci düzey çok faktörlü model ve ilişkisiz model olarak ifade edilebilir. Gözlenebilen tüm değişkenlerin tek bir faktör altında toplandığı model tek faktörlü model olarak ifade edilmektedir. Modelin esası, gözlenebilen tüm değişkenlerin, daha geniş ve kapsayıcı bir üst değişken altında toplanmasına dayanmaktadır. Birinci düzey çok faktörlü model ise, gözlenen değişkenlerin birden fazla, birbiriyle bağlantısız değişken altında toplanmasını ifade etmektedir. İkinci düzey çok faktörlü model, gözlenen değişkenleri birden fazla birbiriyle bağlantısız değişkenler altında toplandığı, daha sonra bu faktörlerin daha geniş ve kapsayıcı bir faktör altında birleştiği model olarak tanımlanmaktadır. İlişkisiz model ise, gözlenen değişkenlerin birden fazla, birbiriyle hiç bir bağlantısı olmayan ilişkisiz faktörler altında toplandığı model olarak tanımlanmaktadır (Meydan ve Şeşen, 2015).

Bahsedilen model uyumlarını değerlendirmek için ise pekçok parametre kullanılmaktadır. Doğrulamalı faktör modellerini analiz etmede tahmin sürecinin önemli bir kısmı, varyans-kovaryans verilerini modele uydurmaktır. Modelin uygunluğu iyi ise, model örneklem tarafından desteklenir. Modelin uyumu çok iyi değilse, model örneklem tarafından desteklenmez ve araştırmacı daha iyi bir uyum sağlamak için modeli yeniden kurmak zorundadır. LISREL programı 15 adet, AMOS programının 25 adet uyum iyiliği testine yer vermektedir. Genelde bu uyum iyiliği indekslerinden en az 4 en fazla 8 tanesi model açıklanırken kullanılır. En çok kullanılan indeksler Ki-kare, GFI, CFI, RMSEA NFI, NNFI, SRMR, AGFI, TLI'dır (Ayyıldız ve Cengiz, 2006). Bu indeksler aşağıda kısaca açıklanmıştır:

- **Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodnes of Fit)**

YEM programlarında en yaygın olarak kullanılan ve bir anlamda başlangıç uyum indeksi olarak sayılabilecek bir istatistiktir. Ki-kare testi sonucu veriyle model arasındaki uyumun testidir. Geliştirilen modelin ile gözlem değişkenlerine ait kovaryans yapısında ortaya çıkan modelin farklı olup olmadığı hipotezini test eder. Ki kare değeri ne kadar küçük ise, modelin veri ile uyumu o ölçüde iyidir. Ayrıca ki-kare değeri farklılık değeri olduğundan anlamlı olması, iki modelin anlamlı bir şekilde birbirinden farklılaştığını ifade eder (Meydan ve Şeşen, 2015). Ki-kare değeri evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisi arasında fark olmadığını ifade eder. Ki-kare değerinin sıfır olması mükemmel uyumu gösterir. Bütün yolların dâhil edildiği doymuş bir modelde ki-kare değeri 0'dan başlarken, hiçbir yol içermeyen ilişkisiz bir modelde alabileceği maksimum değeri alır (Lomax ve Schumacker, 2004). Ki-kare istatistiğinde dikkat edilmesi gereken bir nokta, ki-kare değerinin örneklem hacminden etkilendiğidir. Bentler'a (1998) göre büyük örneklemelerde, beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki önemsiz farklılık ki-kare'nin anlamlı çıkmasına neden olur. Dolayısıyla büyük örneklemelerde ki-kare test istatistikleri yanlış yorumlanabilir. Bu durumlarda, serbestlik derecesinin ki-kare'ye oranı uyum değerlendirmede kullanılmaktadır. Bunun için 3 ve daha düşük oranlar iyi, 5 e yakın olanlar ise yeterli uyum olarak değerlendirilmektedir (Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014).

- **İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit; GFI) ve Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit ;AGFI)**

GFI indeksi, ki-kare'ye alternatif olarak, model uyumunun örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. Modelin, örneklemdeki kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir, modelin açıkladığı örneklem varyansı olarak da kabul edilir (Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014). GFI 0-1 arasından bir değer alır. 0.90 ve üzeri bir değer, iyi uyumu gösterir (Kline, 2011; Lomax ve Schumacker, 2004).

AGFI, GFI'nın örneklem büyüklüğü dikkate alınarak düzenlenmiş değeridir (Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014; Meydan ve Şeşen, 2015). AGFI 0-1 arasında bir değer alır. 0.90 ve üzeri bir değer iyi uyumu gösterir (Kline, 2011; Lomax ve Schumacker, 2004).

- **Normlaştırılmış Uyum İdenksi (Normed Fit Index; NFI) ve Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index; NNFI)**

NFI değeri test edilen modelin ki-kare değerinin, bağımsız modelin ki-kare değerine bölünmesiyle elde edilir. Çapraz tahminleme ve küçük örneklem büyüklüğünde kararsız bir indekstir. Bu yüzden küçük örneklem büyüklüğünde iyi uyum gösteren bir modelin reddedilmesine neden olabilir. Bu durumda NFI, serbestlik derecesi de hesaba katılarak yeniden hesaplanır ve NNFI değeri elde edilir. NNFI değeri bazı kaynaklarda Tucker-Lewis İndeksi (TLI) olarak da adlandırılabilir. Örneğin AMOS programı NNFI yerine TLI terimini kullanmaktadır (Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014; Meydan ve Şeşen, 2015). Her iki indeks de 0-1 arasında bir değer alır. 0.90 ve üzeri bir değer iyi uyumu gösterir (Lomax ve Schumacker, 2004).

- **Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comperative Fit Index; CFI)**

Bentler Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), araştırmacı modelinin uyumunu, bağımsızlık modeli olarak adlandırdığı modeli temel alarak karşılaştırır. Araştırmacının modelibnin, bağımsızlık modelinden iyi olması gerekmektedir. CFI 0-1 arasında bir değer alır. CFI değeri 1'e ne kadar yakınsa model uyumu o kadar iyidir (Kline, 2011). CFI değeri NFI'dan farklı olarak örneklem büyüklüğünden etkilenir. Ayrıca CFI değerinin Kabul edilebilmesi için 0.90 ve üzerinde bir değer alması gerekmektedir (Ayyıldız ve Cengiz, 2006).

- **Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Standardized Root Mean Square Error Of Approximation, RMSEA)**

Sıfır değerinin en iyi uyumu gösterdiği bir indekstir. Merkezi olmayan ki-kare dağılımını izleyerek, örneklem kovaryanslarını kestirmek amacıyla kullanılır (Kline, 2011). Bu indeks de 0-1 arasında bir değer alır. RMSEA'nın 0,05'e eşit veya küçük bir değer alması mükemmel uyumu, 0,08'e kadar olan değerler ise Kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Meydan ve Şeşen, 2015).

- **Artık Ortalamalarının Karekökü (Root Mean Square Residuals, RMR) ve Standardize Edilmiş Artık Ortalamalarının Karekökü (Standardized Root Mean Square Residuals, SRMR)**

RMR ve SRMR evrene ait kestirimsel kovaryans matrisi ile, örnekleme iat kovaryans matrisleri arasındaki artık kovaryans ortalamalarıdır. RMR ve SRMR 0-1 arasında değer alır. Değerlerin sıfıra eşit olması mükemmel uyumu gösterir (Çokluk, Şekercioğlu, ve Büyüköztürk, 2014).

- **Diğer Geçerlilik Testleri**

Uyum iyiliği indeksleri, tasarlanan modelin gerçek ile ne derece uyduğu test etmekte, dolayısıyla modelin yapısal geçerliliğini (construct validity) ortaya koymaktadır. Geçerlilikten bahsedebilmek için yalnızca yapısal bir uygunluk yeterli değildir. Yapısal geçerlilik testinden sonra mantıksal (nomological), yakınsak (convergent) ve iraksak (discriminant) geçerliliklerin de test edilmesi büyük önem arz eder (Yaşlıoğlu, 2017).

- **Mantıksal Geçerlilik**

Mantıksal geçerlilik iki ya da daha fazla teorik ve/veya ampirik olarak birbirleriyle ilişkili olması gereken kavramlar ölçüldüğünde de ilişkili çıkması gerekliliği anlamına gelmektedir (Yaşlıoğlu, 2017).. Bizim çalışmamızdaki değişkenlerin birbirleriyle ilişkili olup olmadığı model test edildikten sonra değerlendirilmiştir ve teori doğrultusunda birbirleriyle ilişkili yapılar olduğu belirlenmiştir (Bulgular araştırmanın ilerleyen bölümlerinde yer almaktadır).

- **Yakınsak ve Iraksak Geçerlilik**

Yakınsak geçerlilik değişkenlere ilişkin ifadelerin birbirleriyle ve oluşturdukları faktör ile ilişkili olduklarını ifade etmektedir. Iraksak geçerlilik ise değişkenlere ilişkin ifadelerin ait oldukları faktör dışındaki faktörlerle kendi bulundukları faktörden daha az ilişkili olması gerektiğidir. Yakınsak geçerlilik için, ölçeğe ilişkin tüm CR (Composite

Realibility-Birleşik Güvenilirlik) değerlerinin AVE (Ortalama Açıklanan Varyans-Average Variance Extracted) değerlerinden büyük olması ve AVE değerinin de 0,5'ten büyük olması beklenmektedir (Yaşlıoğlu, 2017).

Iraksak geçerlilik için ise, MSV (Maksimum Paylaşılan Varyansın Karesi-Maximum Squared Variance) ve ASV (Paylaşılan Varyansın Karesinin Ortalaması-Average Shared Square Variance) değerinin hesaplanması gerekmektedir. Iraksak geçerlilikten söz edebilmek için $MSV < AVE$; $ASV < MSV$ ve AVE'nin karekökünün faktörler arası korelasyondan büyük olması koşullarının sağlanması gerekir (Yaşlıoğlu, 2017).

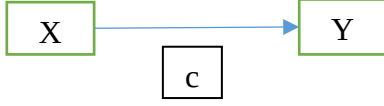
3.5.2. Aracılık Etkisi Analizi

Davranış bilimleri literatürü, belirli bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini gösteren çalışmalarla doludur. Araştırmalarda değişkenler arasındaki ilişkileri kurmak önemlidir, çünkü korelasyon iki değişkenin nedensel olarak ilişkili olduğunu iddia etmek için gerekli (ama yeterli değil) bir koşuldur. Ancak bu etkilerin nasıl ve ne şekilde gerçekleştiğini açıklamak gerekir. Neden-sonuç ilişkileri hakkındaki sorular aracılık etkiyi akla getirmektedir. Aracılık etki, bazı değişkenlerin araya giren veya arabulucu değişkenler aracılığıyla diğer değişkenlere etki ettiği süreçtir. Bu yöntemler artık literatürde daha sıklıkla kullanılmaktadır. Basit aracılık hipotez testinde bağımsız değişken X'in bağımlı değişken Y üzerindeki etkisinde bir veya birden fazla potansiyel araya giren değişkenler (M) olabilir (Preacher ve Hayes, 2008).

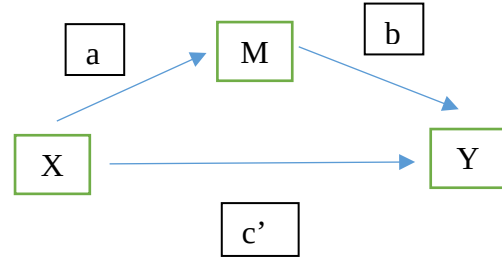
Yalnızca bir değişken içeren aracılık süreçleri “temel aracılık” olarak adlandırılmaktadır ve şekil 3-4'de gösterilmektedir. Ayrıca şekil 3-3'de doğrudan etki modeli de gösterilmektedir.

Baron ve Kenny (1986) bir değişkenin aracı rolünden söz edebilmek için, aşağıdaki koşulların var olması gerektiğini belirtmektedir (Yürür ve Keser, 2010)

- a) Bağımsız değişkendeki değişme, aracı değişkende değişmeye neden olmalı,
- b) Aracı değişkendeki değişme, bağımlı değişkende değişmeye neden olmalı,
- c) Aracı değişken ve bağımsız değişken birlikte analize dâhil edildiğinde, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi azalmalı ya da tamamen ortadan kalkmalıdır. Bu etkinin tamamen ortadan kalkması güçlü ve tek aracı değişken olduğuna, sıfır olmaması ise, başka aracı değişkenlerin de varlığına işaret etmektedir.



Şekil 3-3. Doğrudan Etki Modeli



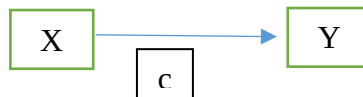
Şekil 3-4. Temel Aracılık Modeli

Kaynak: (Preacher ve Hayes, 2008)

Kaynak: (Preacher ve Hayes, 2008)

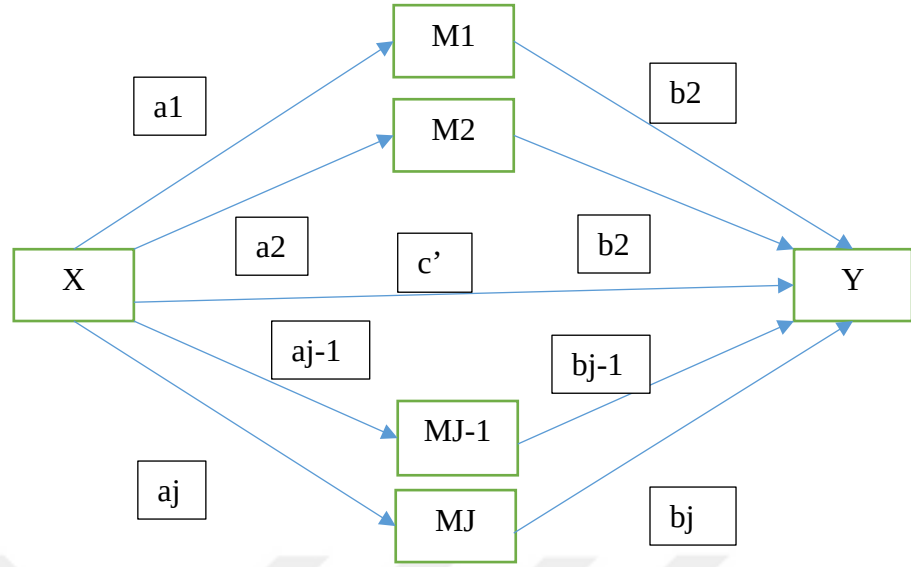
Temel aracılık modelinde, modelde bir tane aracı değişken vardır. Şekil 3-3’de X bağımsız değişkeni ile Y bağımlı değişkeni arasında nedensel bir ilişki süreci gösterilmektedir. X ’in Y üzerindeki toplam etkisi c ile gösterilmiştir. Şekil 3-4’de ise bağımsız değişken X ’in M aracılığı ile bağımlı değişken Y üzerindeki dolaylı etkisi (a, b) ile Y üzerindeki direk etkisi görülmektedir (c'). X ’in M üzerindeki etkisi a ile gösterilirken, M ’nin Y üzerindeki etkisi (X ’in etkisini dışlayarak) b ile gösterilmektedir. X ’in Y üzerindeki toplam etkisi direk ve dolaylı etkilerin toplamıyla ($c = c' + a.b$) elde edilir. Aynı şekilde X ’in Y üzerindeki direk etkisi ise, X ’in Y üzerindeki toplam etkisi ile X ’in Y üzerindeki M aracılığı ile dolaylı etkisi arasındaki fark ($c' = c - a.b$) sonucu elde edilir. Nedensellik analizinde c' ’nün etkisi X ’in Y üzerindeki c ile gösterilen etkisinden farklılaşması ve bu etkinin bir bölümünün aracı değişken tarafından paylaşılması olarak yorumlanmaktadır. Dolaylı etki ise X ’in Y üzerindeki toplam etkisi ile X ’in Y üzerindeki direk etkisi arasındaki fark ($a.b = c - c'$) sonucu elde edilir (Preacher ve Hayes, 2008).

Bağımsız değişken X ’in, bağımlı Değişken Y üzerindeki etkisinde birden fazla değişken ($M_1, M_2, \dots, M_j$) aracılık etkiye sahip olabilir. Böyle bir model çoklu aracılık modeli olarak adlandırılmakta ve şekil 3-6’da gösterilmektedir. Ayrıca şekil 3-5’de doğrudan etki modeli de gösterilmektedir.



Şekil 3-5. Doğrudan Etki Modeli

Kaynak: (Preacher ve Hayes, 2008)



Şekil 3-6. Çoklu Aracılık Modeli

Kaynak: (Preacher ve Hayes, 2008)

Çoklu aracılık modelinde, modelde birden fazla aracı değişken vardır. Şekil 3-5'de X bağımsız değişkeni ile Y bağımlı değişkeni arasında nedensel bir ilişki süreci gösterilmektedir. X 'in Y üzerindeki toplam etkisi c ile gösterilmiştir. Şekil 3-6'da ise bağımsız değişken X 'in j tane değişken aracılığı ile bağımlı değişken Y üzerindeki dolaylı etkisi ile Y üzerindeki direk etkisi görülmektedir (c'). X 'in Y üzerindeki spesifik dolaylı etkisi; aracı değişken $M1$ ise; X 'in $M1$ üzerindeki direk etkisi ile $M1$ 'in Y üzerindeki direk etkisinin çarpımı ($a1.b1$) ile elde edilir. X 'in Y üzerindeki toplam dolaylı etkisi ise; spesifik dolaylı etkilerin toplamı $\sum_i aibi$, (i 1'den j 'ye kadar aracı değişkeni ifade eder). X 'in Y üzerindeki toplam etkisi ise, X 'in Y üzerindeki direk etkisi ile j tane spesifik dolaylı etkinin toplamı $c=c'+\sum_i aibi$ ile elde edilir (Preacher ve Hayes, 2008).

Aracılık etkisinin anlamlılığını test etmek için kullanılan güvenilir yöntemlerden biri bootstrap yöntemidir. Yapısal eşitlik modeli oluşturulurken, katsayıların istatistiksel anlamlılığını ve modelin uyumunu hipotez testi ile test edebilmek için parametrelerin örneklem dağılımına ve standart hatalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla uygulanan Bootstrap yöntemiyle orjinal örneklemde rasgele tekrarlama işlemi ile yeni bir örneklem oluşturulur. Bu yeni örneklem, önceki işlemlerde elde edilen yol katsayılarının istatistiksel anlamlılığını ölçmek için kullanılacak verilerin elde edilmesine olanak sağlar (Hair ve ark.,2010; akt: Firuzan, 2017). Bu çalışmada bootstrap yöntemi ile 5000 örneklem yeniden yaratılmış ve bu örneklem t testi değerlerini elde etmek için kullanılmıştır.

Hair ve arkadaşları (2011), bootstrap yöntemi ile yaratılan örneklem sayısının en az 5000 olması gerektiğini belirtmiştir (Firuzan, 2017).



4. BULGULAR

Bu bölümde; öncelikle çalışma kapsamındaki örneklem türüne (devlet ve üniversite hastanesi ve özel hastane) göre tanımlayıcı verilerden, yapısal eşitlik modeline uygunluk testlerinden bahsedildikten sonra, ölçeklere ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ile geçerlilik ve güvenilirlik analizine ait bulgulara yer verilecektir. Ardından araştırmanın değişkenlerine ait ortalamalar, standart sapma değerleri ve korelasyonlara ilişkin bulgular gösterilecektir. Son olarak ise, araştırma modelini test etmek amacıyla uygulanan yapısal eşitlik analizine ait bulgulara ve hipotez testleri sonuçlarına yer verilecektir.

4.1. Araştırma Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler

Bu bölümde devlet, üniversite ve özel hastaneden hizmet alan hastalara ilişkin tanımlayıcı veriler alt başlıklar halinde sunulmuştur.

4.1.1. Devlet Hastanesine İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Araştırmanın örneklemini devlet hastanesinden hizmet alan 496 kişi oluşturmaktadır. Örnekleme ait bilgiler Tablo 4-1’de verilmiştir. Örneklemin %42,9’u erkek, %56,5’i ise kadındır. Örnekleme oluşturan kişilerin %56,5’i evli ve büyük bir çoğunluğu da (%30,4) lise mezunudur. Yaş aralığı 18-79 arasında değişmekte ve büyük çoğunluğunun (%24,6) gelir düzeyi 2001-2500 TL arasındadır. Ayrıca katılımcıların büyük oranı (%28) ev hanımı ve (%23,4) özel sektör çalışanıdır.

Tablo 4-1. Devlet Hastanesi Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-1

Sosyo-demografik özellikler		N	%	Sosyo-demografik özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	280	56,5	Yaş	18-24	81	16,3
	Erkek	213	42,9		25-32	94	19,0
	Missing	3	0,6		339	108	21,8
	Toplam	496	100,0		40-49	112	22,6
Medeni durum	Bekar	150	30,2		50-59	54	10,9
	Evli	280	56,5		60-69	30	6,0
	Dul/Boşanmış	47	9,5		70-79	2	0,4
	Missing	19	3,8		Missing	15	3,0
	Toplam	496	100,0		Toplam	496	100,0
Eğitim	İlkokul	96	19,4	Gelir düzeyi	500 TL'den az	88	17,7
	Ortaokul	72	14,5		501-1000 TL	15	3,0
	Lise	151	30,4		1001-1500 TL	22	4,4
	Ön Lisans	78	15,7		1501-2000 TL	62	12,5
	Lisans	66	13,3		2001-2500 TL	122	24,6
	Lisansüstü	6	1,2		2501-3000 TL	65	13,1
	Toplam	496	100,0		3001-3500 TL	23	4,6
Meslek	Esnaf	27	5,4		3501-4000 TL	10	2,0
	İşçi	40	8,1		4001 TL ve üzeri	3	0,6
	Ev hanımı	139	28,0		Missing	86	17,3
	Emekli	38	7,7		Toplam	496	100,0
	Öğrenci	46	9,3				
	Kamu sektörü çalışanı	50	10,1				
	Özel sektör çalışanı	116	23,4				
	İşsiz	27	5,4				
	Diğer	4	0,8				
	Toplam	496	100,0				

Tablo 4-2'de katılımcıların hastane kullanım özellikleri ile ilgili bilgiler görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu hastane hizmetlerinden uzun yıllardır yararlanmakta, sadece %6'sı 1 yıldan az süre ile hastane hizmetlerini kullanmaktadır. Büyük çoğunluğu (%38) gerektiğinde ve en çok muayene olmak (%71,4) suretiyle

hastaneye gitmekte ve yine büyük çoğunluğu (%31,5) muayene olmak için 10 ila 20 dakika arasında beklemektedir.

Tablo 4-2. Devlet Hastanesi Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-2

Hastane Kullanım özellikleri		N	%
Hastane hizmetlerinden yararlanma süresi	1 yıldan az	30	6,0
	1-3 yıl	103	20,8
	4-7 yıl	134	27,0
	8-10 yıl	146	29,4
	11 yıl ve üzeri	76	15,3
	Missing	7	1,4
	Toplam	496	100,0
Hastaneye gitme sıklığı	Haftada bir	7	1,4
	Onbeş günde bir	20	4,0
	Ayda bir	52	10,5
	Birkaç ayda bir	51	10,3
	Altı ayda bir	27	5,4
	Çok nadir	143	28,8
	Gerektiğinde	189	38,1
	Hiç gitmem	4	0,8
	Missing	3	0,6
	Toplam	496	100,0
En çok şekilde hastaneye gidildiği	Acil durum	128	25,8
	Muayene	354	71,4
	Diğer	5	1,0
	Missing	9	1,8
	Toplam	496	100,0
Muayene olmak için bekleme süresi	10 dakikadan az	78	15,7
	10-20 dakika	156	31,5
	21-40 dakika	110	22,4
	41-60 dakika	105	21,4
	61 dakika ve üzeri	42	8,6
	Missing	5	1,0
	Toplam	496	100,0

4.1.2. Üniversite Hastanesine İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Araştırmanın örneklemini üniversite hastanesinden hizmet alan 507 kişi oluşturmaktadır. Örnekleme ait bilgiler Tablo 4-3’de verilmiştir. Örneklemin %49,7’si erkek, %49,5’i ise kadındır. Örnekleme oluşturan kişilerin %55’i evli ve büyük bir çoğunluğu da (%31,8) lise mezunudur. Yaş aralığı 18-79 arasında değişmekte ve büyük çoğunluğunun (%48,7) gelir düzeyi 2001-3500 TL arasındadır. Ayrıca katılımcıların büyük oranı sırayla (%26) özel sektör çalışanı (%17,8) ev hanımı ve (%13,4) esnaftır.

Tablo 4-3.Üniversite Hastanesi Örnekleme Ait Tanımlayıcı Veriler-1

Sosyo-demografik özellikler		N	%	Sosyo-demografik özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	251	49,5	Yaş	18-24	55	10,8
	Erkek	252	49,7		25-32	105	20,7
	Missing	4	0,8		33-39	123	24,3
	Toplam	507	100,0		40-49	112	22,1
Medeni durum	Bekar	132	26,0		50-59	71	14,0
	Evli	279	55,0		60-69	26	5,1
	Dul/Boşanmış	56	11,0		70-79	5	1,0
	Missing	40	8,0		Missing	10	2,0
	Toplam	507	100,0		Toplam	507	100,0
Eğitim	İlkokul	90	17,8	Gelir düzeyi	500 TL’den az	78	15,4
	Ortaokul	82	16,2		501-1000 TL	17	3,4
	Lise	161	31,8		1001-1500 TL	25	4,9
	Ön Lisans	76	15,0		1501-2000 TL	80	15,8
	Lisans	67	13,2		2001-2500 TL	90	17,8
	Lisansüstü	17	3,4		2501-3000 TL	97	19,1
	Missing	14	2,8		3001-3500 TL	60	11,8
	Toplam	507	100,0		3501-4000 TL	40	7,9
Meslek	Esnaf	72	13,4		4001 ve üzeri	17	3,4
	İşçi	34	6,7		Missing	3	0,6
	Ev hanımı	90	17,8		Toplam	507	100,0
	Emekli	35	6,9				
	Öğrenci	36	7,1				

Sosyodemografik Özellikler	N	%		
Kamu sektörü çalışanı	59	11,6		
Özel sektör çalışanı	132	26,0		
İşsiz	45	8,9		
Diğer	4	0,8		
Toplam	507	100,0		

Aşağıdaki tablo 4-4’de katılımcıların hastane kullanım özellikleri ile ilgili bilgiler görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu hastane hizmetlerinden uzun yıllardır yararlanmakta, sadece %8,1’si 1 yıldan az süre ile hastane hizmetlerini kullanmaktadır. Büyük çoğunluğu (%36,5) gerektiğinde ve en çok muayene olmak (%84,8) suretiyle hastaneye gitmektedir. Muayene olmak için yalnızca %2’si 10 ila 20 dakika arasında beklerken, %63,2’si 21 ila 60 dakika arasında beklemektedir

Tablo 4-4. Üniversite Hastanesi Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-2

Hastane Kullanım özellikleri		N	%
Hastane hizmetlerinden yararlanma süresi	1 yıldan az	41	8,1
	1-3 yıl	105	20,7
	4-7 yıl	144	28,4
	8-10 yıl	114	22,5
	11 yıl ve üzeri	86	17,0
	Missing	17	3,4
	Toplam	496	100,0
Hastaneye gitme sıklığı	Haftada bir	4	0,8
	Onbeş günde bir	12	2,4
	Ayda bir	45	8,9
	Birkaç ayda bir	49	9,7
	Altı ayda bir	47	9,3
	Çok nadir	134	26,4
	Gerektiğinde	185	36,5
	Hiç gitmem	23	4,5
	Missing	8	1,6
	Toplam	496	100,0
En çok şekilde hastaneye gidildiği	Acil durum	52	10,3
	Muayene	430	84,8
	Diğer	6	1,2

	Missing	19	3,7
	Toplam	496	100,0
Muayene olmak için bekleme süresi	10 dakikadan az	10	2,0
	10-20 dakika	56	11,0
	21-40 dakika	158	31,2
	41-60 dakika	162	32,0
	61 dakika ve üzeri	100	19,7
	Missing	21	4,1
	Toplam	496	100,0

4.1.3. Özel Hastaneye İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Araştırmanın örneklemini özel hastaneden hizmet alan 516 kişi oluşturmaktadır. Örneklem ait bilgiler Tablo 4-5’de verilmiştir. Örneklemin yaklaşık olarak %60’ını erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Örneklemi oluşturan kişilerin %66,5’i evli ve %62,8’i ön lisans ve lisans mezunudur. Yaş aralığı 18-69 arasında değişmekte ve büyük çoğunluğunun (%26,7) gelir düzeyi 4000 TL ve üzerindedir. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğu kamu (%23,8) ve özel sektör (%22,1) çalışanlarından oluşmaktadır.

Tablo 4-5.Özel Hastane Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-1

Sosyo-demografik özellikler		N	%	Sosyo-demografik özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	210	40,7	Yaş	18-24	49	9,5
	Erkek	306	59,3		25-32	143	27,7
					33-39	102	19,8
	Toplam	516	100,0		40-49	136	26,4
Medeni durum	Bekar	128	24,8		50-59	82	15,9
	Evli	343	66,5		60-69	1	0,2
	Dul/Boşanmış	39	7,6		Missing	3	0,6
	Missing	6	1,2		Toplam	516	100,0
	Toplam	516	100,0				
Eğitim	İlköğretim (ilkokul+ortaokul)	24	4,7	Gelir düzeyi	500 TL’den az	21	4,1
	Lise	140	27,1		501-1000 TL	11	2,1
	Ön Lisans	161	31,2		1001-1500 TL	9	1,7
					1501-2000 TL	29	5,6

	Sosyo-demografik özellikler	N	%		Sosyo-demografik özellikler	N	%
	Lisans	163	31,6		2001-2500 TL	59	11,4
	Lisansüstü	16	3,1		2501-3000 TL	77	14,9
	Missing	12	2,3		3001-3500 TL	63	12,2
	Toplam	516	100,0		3501-4000 TL	103	20,0
Meslek	Esnaf	77	14,9		4001 ve üzeri	138	26,7
	İşçi	22	4,3		Missing	6	1,2
	Ev hanımı	66	12,8		Toplam	516	100,0
	Emekli	27	5,2				
	Öğrenci	38	7,4				
	Kamu sektörü çalışanı	123	23,8				
	Özel sektör çalışanı	114	22,1				
	İşsiz	17	3,3				
	Diğer	19	3,7				
	Missing	13	2,5				
	Toplam	516	100,0				

Tablo 4-6'da katılımcıların hastane kullanım özellikleri ile ilgili bilgiler görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%63) hastane hizmetlerinden 1-3 yıl süre ile yararlanmaktadır. Büyük çoğunluğu (%54,7) gerektiğinde ve en çok muayene olmak (%89,3) suretiyle hastaneye gitmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu muayene olmak için 10-20 dakika arasında beklemektedir.

Tablo 4-6.Özel Hastane Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler-2

Hastane Kullanım özellikleri		N	%
Hastane hizmetlerinden yararlanma süresi	1 yıldan az	57	11,0
	1-3 yıl	325	63,0
	4-7 yıl	117	22,7
	8-10 yıl	12	2,3
	11 yıl ve üzeri	0	0
	Missing	5	1,0
	Toplam	516	100,0
Hastaneye gitme sıklığı	Haftada bir	0	0
	Onbeş günde bir	5	1,0
	Ayda bir	20	3,9
	Birkaç ayda bir	59	11,4
	Altı ayda bir	24	4,7
	Çok nadir	118	22,9
	Gerektiğinde	282	54,7
	Hiç gitmem	2	0,4
	Missing	5	1,2
	Toplam	516	100,0
En çok şekilde hastaneye gidildiği	Acil durum	39	7,6
	Muayene	461	89,3
	Diğer	9	1,7
	Missing	7	1,4
	Toplam	516	100,0
Muayene olmak için bekleme süresi	10 dakikadan az	70	13,6
	10-20 dakika	286	55,4
	21-40 dakika	89	17,2
	41-60 dakika	48	9,3
	61 dakika ve üzeri	16	3,1
	Missing	7	1,4
	Toplam	516	100,0

4.2. Yapısal Eşitlik Modeli Varsayımları

Yapısal Eşitlik Modeli 4 varsayıma dayanmaktadır. Bunlardan birincisi, verilerin normal dağılıma uygun olmasıdır. Aksi halde sonuç anlamlı olmadığı halde anlamlı çıkabilir. İkinci varsayımı, değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusal olmasıdır. Üçüncüsü ise örneklem büyüklüğünün yeterli olmasıdır. Son varsayımı ise verilerin sürekli ölçekte ölçülmüş olmasıdır (Yılmaz ve Varol, 2015). Araştırma verilerimizin bu 4 varsayımı sağlayıp-sağlamadığı kontrol edilmiştir:

4.2.1. Araştırma Verilerinin Normal Dağılıma Uygunluğu

Yazıcıoğlu ve Erdoğan'a (2014) göre "bir veriyi analize başlamadan önce normal dağılıma sahip olup olmadığının kontrol edilmesi gerekir". Bu amaçla geliştirilmiş çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan birisi de veriye ait frekans dağılım tablosu ve histogramdır. Histogramlar kabaca bize verilerin normal dağılıma uygunluğu ile ilgili bilgi verir. Histogram grafiklerinin yanı sıra veriye ait çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin hesaplanması da normallikle ilgili bilgi vermektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2014). Yazıcıoğlu ve Erdoğan'a (2014) göre özellikle çarpıklık değeri normallikle ilgili son derece yararlı bir parametredir. Çarpıklık ve basıklık ölçülerinin George ve Mallery (2010)'a göre +2 ile -2 arasında olması verilerin normal dağılıma uygunluğunu göstermektedir (Taştekin ve ark., 2016). Kline (2011)'e göre çarpıklık değerinin 3'ün, basıklık değerinin ise 10'un üzerinde olmaması gerekmektedir (Kline, 2011). Devlet hastanesi örnekleminde araştırmanın değişkenlerine ait genel ortalamalar alınmış ve normal dağılıma uygunluğu kontrol edilmiştir (Tablo 4-7). Araştırma verilerinin çarpıklık ve basıklık değerlerini incelediğimizde; verilerin normal dağılıma uyduğunu görmekteyiz.

Tablo 4-7.Devlet Hastanesi Örnekleminde Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler		N	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Hizmet kalitesi		510	-0,63	1,11
Hasta deneyimi	Huzur	510	-0,23	0,05
	Güncellik	510	-0,80	0,58
	Sonuç	510	-0,46	-0,00
	Hizmet deneyimi	510	-0,99	1,24
Hasta tatmini		510	-0,39	-0,11
Hasta sadakati		510	-0,49	0,09
Tekrar kullanma niyeti		510	-0,47	-0,11

Üniversite hastanesi örnekleminde araştırmanın değişkenlerine ait genel ortalamalar alınmış ve normal dağılıma uygunluğu kontrol edilmiştir (Tablo 4-8). Araştırma verilerinin çarpıklık ve basıklık değerlerini incelediğimizde; yalnızca hasta tatminin çarpıklık (2,25) ve basıklık değerinin (23,3) çok yüksek olduğu görülmüştür. Bu yüzden uç değer analizi yapılmış; 163,283 ve 284. ifadelerin uç değerler olduğu görülmüştür. Bu ifadeler veri dosyasından silinerek tekrar analiz yapılmış ve verilerin normal dağılıma uyduğu görülmüştür.

Tablo 4-8.Üniversite hastanesi örnekleminde Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler		N	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Hizmet kalitesi		507	-0,25	0,54
Hasta deneyimi	Huzur	507	-0,23	0,06
	Güncellik	507	-0,99	1,55
	Sonuç	507	-0,38	-0,4
	Deneyim	507	-0,59	1,17
Hasta tatmini		507	-0,55	0,00
Hasta sadakati		507	-0,66	0,31
Tekrar kullanma niyeti		507	-0,68	0,57

Özel hastane örnekleminde araştırmanın değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu kontrol edilmiştir (Tablo 4-9). Araştırma verilerinin çarpıklık ve basıklık değerlerini incelediğimizde; yalnızca hasta deneyimi boyutundaki benzerlik ifadesi basıklık değeri (11,78) ve bağımsız tavsiye ifadesinin basıklık değerinin (10,66) yüksek olduğu görülmüştür. Onun dışındaki bütün ifadelerin çarpıklık değeri 3'ün, basıklık

değeri ise 10'un altındadır. Dolayısıyla araştırma değişkenleri normal dağılıma uygunluk göstermektedir.



Tablo 4-9.Özel Hastane Örnekleminde Araştırma Değişkenlerinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişken		Ort.	S.S	Çarpıklık (skewness)	Basıklık (kurtosis)
HİZMET KALİTESİ					
HIZKAL1	Bu hastane modern araç, gereç ve teknolojiye sahiptir	4,13	,561	-1,557	9,085
HIZKAL2	Bu hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir	4,14	,566	-1,271	7,207
HIZKAL3	Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir	4,28	,627	-1,201	4,793
HIZKAL4	Bu hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur	4,30	,639	-1,262	4,682
HIZKAL5	Bu hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine getirir	4,29	,670	-1,399	4,786
HIZKAL6	Bu hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer	4,26	,644	-1,358	5,380
HIZKAL7	Bu hastane güvenilirdir	4,26	,649	-1,268	4,817
HIZKAL8	Bu hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar	4,24	,661	-1,331	4,804
HIZKAL9	Bu hastane kayıtlarını doğru tutar	4,26	,659	-1,322	4,794
HIZKAL10	Bu hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler	4,18	,624	-1,261	5,570
HIZKAL11	Bu hastane çalışanlarından anında hizmet alınır	4,11	,657	-1,230	4,714
HIZKAL12	Bu hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya isteklidir	4,20	,661	-,974	2,853
HIZKAL13	Bu hastane çalışanları hasta isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir	4,09	,708	-1,052	3,023
HIZKAL14	Bu hastane çalışanları hastalara güven verir	4,23	,685	-1,390	4,949
HIZKAL15	Bu hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder	4,19	,695	-1,294	4,350
HIZKAL16	Bu hastane çalışanları kibardır	4,22	,678	-1,249	4,295
HIZKAL17	Bu hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir	4,20	,696	-1,131	3,466
HIZKAL18	Bu hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir	4,23	,656	-1,041	3,406
HIZKAL19	Bu hastanede çalışanlar hastalarına bireysel özen gösterir	4,16	,684	-,995	2,774
HIZKAL20	Bu hastane çalışanları hasta ihtiyaçlarını bilir	4,22	,655	-1,139	3,900
HIZKAL21	Bu hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir	4,18	,678	-1,038	3,051
HIZKAL22	Bu hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet sunar	4,18	,643	-1,111	4,103
HASTA DENEYİMİ					

HDuzmn	Bu hastanenin uzmanlığına güveniyorum çünkü bu hastane işini çok iyi yapar	4,12	,646	-1,291	5,246
HDsurkoy	Bu hastane ile ilgili tüm hizmet alma süreçleri (randevu, tahlil sonuçları almak, muayene olmak vb.) kolaydır	4,16	,648	-1,159	4,204
HDiliş	Bu hastane benim sağlığımla sadece şuan için değil, uzun vadede de ilgilenir	4,14	,634	-1,226	5,080
HDklyeletme	Bu hastanenin hastasıyım, benimle oldukça ilgileniyorlar, başka bir hastaneden hizmet almak için bir sebep göremiyorum	4,10	,606	-1,519	7,284
HDbenzrlk	Bu hastaneden daha önce hizmet aldığım için ihtiyaçlarıma ulaşmak çok kolay oldu	4,04	,500	-1,874	11,786
HDbgmsztav	Bu hastane bana gerçekten ihtiyacım olan tarafsız tavsiyelerde bulunur	4,08	,495	-1,556	10,663
HDesneklk	Bu hastaneden hizmet alırken ihtiyaçlarımla gözetilmesi ve tedavi seçenekleri konusunda esnek olunması benim için önemlidir	4,51	,681	-2,104	7,184
HDproaktflk	Bu hastanenin beni yeni gelişen bilgiler ve seçenekler hakkında bilgilendirmesi önemlidir	4,41	,658	-1,547	4,993
HDriskal1	Bu hastane güvenilir bir kurumdur	4,16	,611	-1,546	7,577
HDriskalg2	Bu hastane saygın bir kurumdur	4,20	,641	-1,454	6,237
HDkisibec	Bu hastanede çalışanların kişilerarası ilişkileri (dinlerler, kibardırlar vb.) iyidir	4,28	,690	-1,516	5,292
HDkurtrma	Bu hastane işler yolunda gitmediğinde, bu durumla nasıl baş edeceğini bilir	4,25	,688	-1,495	5,305
HDdurgn	Başka hastanelerde var fakat bana sunduğu kolaylıklar nedeniyle bu hastaneyi tercih ederim	4,03	,872	-1,242	1,862
HDsncodk	Bu hastane bana ihtiyacım olanı hızlı bir şekilde verir	4,15	,658	-1,125	4,092
HDgecmsd	Başka hastanelere çok güvenmediğim için bu hastaneden hizmet alıyorum	3,83	,898	-,973	,997
HDortkd	Bu hastanenin deneyimli personele sahip olması benim için önemlidir	4,08	,629	-,774	2,466
HDsecöz	Bu hastanede en iyi tedaviyi almak için farklı tedavi seçenekleri arasından tercih yapabilmek isterim	4,37	,694	-1,589	5,038
HDkarzor	Bu hastane dışında farklı hastanelerden tedavim konusunda bilgi almak benim için önemlidir	4,03	,585	-1,116	4,803
HDçirek	Bu hastanede sunulan farklı tedavi seçeneklerini karşılaştırmazsam, hangisinin benim için en iyi olduğunu bilemem	4,40	,671	-1,691	5,986
HDhespy	Bu hastanede tedavi sürecimin tamamında benimle hep aynı sağlık personelinin(doktor-hemşire vb.) ilgilenmesini isterim	4,18	,672	-1,158	3,890
HASTA TATMİNİ					
HASTAT1	Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor	4,11	,642	-1,080	4,260
HASTAT2	Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyidir	4,08	,631	-1,050	4,058
HASTAT3	Bu hastaneyi seçmekle doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum	4,14	,675	-1,166	3,877
HASTAT4	Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin ediyor	4,13	,691	-1,238	4,223
HASTA SADAKATİ					
HSAD1	Bu hastane hakkında başkalarına olumlu şeyler söylerim	4,16	,680	-1,339	4,890
HSAD2	Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim	4,14	,681	-1,407	5,308

HSAD3	Arkadaşlarım ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için desteklerim	4,17	,670	-1,390	5,347
HSAD4	Hizmet almak için bu hastaneyi ilk seçenek olarak düşünürüm	4,14	,701	-1,020	2,826
HSAD5	Önümüzdeki birkaç yıl içinde bu hastaneden daha fazla sağlık hizmeti alırım	4,16	,684	-1,464	5,503
SAĞLIK HİZMETİNİ TEKRAR KULLANMA NİYETİ					
NYT1	Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda bir kez daha bu hastaneden hizmet almayı isterim	4,12	,651	-1,310	5,191
NYT2	Bir sonraki sefere de bu hastaneden hizmet almak isterim	4,11	,646	-1,458	6,159
NYT3	Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda sürekli bu hastaneden hizmet almak isterim	4,09	,623	-1,473	6,541

not: ort=ortalama; ss=standart sapma

4.2.3. Örneklem Büyüklüğünün Yeterli Olması

Yapısal Eşitlik Analizi; büyük örneklemelere ihtiyaç duyan bir analiz türüdür. Kline (2011)'e göre; "ideal bir örneklem büyüklüğü ve parametre oranı 20:1; daha az ideal olanı ise 10:1'dir" (Yılmaz ve Varol, 2015). Hair ve arkadaşlarına (2010) göre ise "minimum oran 5:1'dir"(Yıldız, 2015). Bu araştırma kapsamında 68 parametre bulunmaktadır. Dolayısıyla minimum örneklem büyüklüğünün $68 \times 5 = 340$ olması gerekmektedir. Devlet hastanesi için 496; üniversite hastanesi için 510 ve özel hastane için 516 toplamda 1522 olan örneklem büyüklüğü YEM için gerekli olan minimum örneklem sayısı şartını sağlamaktadır.

4.2.4. Verilerin Sürekli Ölçekte Ölçülmüş Olması

Araştırma değişkenlerinin tamamı 5 noktalı likert tipi ölçek kullanılarak ölçülmüştür.

4.3. Ölçeklere İlişkin Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları

Bu araştırma kapsamında kuramsal olarak tanımlanan ve daha önce geçerliliği kanıtlanmış olan "hizmet kalitesi" ile "hasta deneyimi" "hasta tatmini", "hasta sadakati", "sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti" ölçeklerinin öncelikle güvenilirlik katsayılarına bakılmıştır. Daha sonra Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile yapı geçerliliğine bakılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeklerin orijinal faktör yapıları ile verilerin uyum sağlamaması durumunda ise Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmıştır. Araştırma değişkenlerine ait ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları alt başlıklar altında verilmiştir.

4.3.1. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Bu bölümde devlet, üniversite ve özel hastane örnekleminde hizmet kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları alt başlıklar halinde verilmiştir.

a) Devlet Hastanesi Örnekleminde Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Öncelikle devlet hastanesi örnekleminde yapılan güvenilirlik analizi sonucunda hizmet kalitesi ölçeğinin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Cronbach'a Alpha değeri= 0,920). Sonrasında Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-13'de hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin DFA model uyum sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4-13.Hizmet kalitesi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Uyum Sonuçları

Değişken	CMİN/DF	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Hizmet kalitesi	18,365	0,000	0,525	0,115	0,187	0,492	0,452	0,505

- Hizmet kalitesi ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonuçları**

DFA sonuçlarına göre modelin iyi bir uyum göstermediği tablo 4-14’de görülmektedir. SERVPERF ölçeğinin orjinalinde tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu göz önünde bulundurularak kötü uyum neticesinde verilerin nasıl bir faktör yapısına sahip olduğunu belirlemek amacıyla Temel Bileşenler Yöntemi (Principal Component Analysis) ve Varimax Döndürme Yöntemi (Varimax with Kaiser Normalization Rotation Method) kullanılarak Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. AFA sonucunda; Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,885 ve Barlett Küresellik testi sonucu 0,000 çıkmıştır. Bu değerler açıklayıcı faktör analizine verilerin uygunluğunu göstermektedir. İlk çalışmadan sonra değişkenler AFA beş boyut altında toplanmıştır. Boyutların toplam varyans açıklayıcılığı %72,74 olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca tüm değişkenlerin varyans açıklayıcılığı 0.5 değerinin üzerindedir (Tablo 4-14).

Tablo 4-14.AFA Çalıştırma Sonrası KMO ve BTS Değerleri

KMO ve Bartlett Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin Değeri		,885
Bartlett Küresellik Testi	Ki-Kare Değeri	7431,071
	sd	231
	Anlamlılık (p)	,000

Yeni boyutların içerdiği değişkenler ve faktör yükleri tablo 4-15’de gösterilmiştir.

Tablo 4-15.Hizmet Kalitesi Ölçeği AFA Sonuçları

Değişkenler	Boyutlar				
	1	2	3	4	5
HIZKAL1: Hastane modern araç, gereç ve teknolojiye sahiptir				,671	
HIZKAL2: Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir				,808	
HIZKAL3: Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir				,815	
HIZKAL4: Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur				,762	
HIZKAL5: Hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine getirir	,584				
HIZKAL6: Hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer	,715				
HIZKAL7: Hastane güvenilirdir	,770				
HIZKAL8: Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar	,737				
HIZKAL9: Hastane kayıtlarını doğru tutar	,741				
HIZKAL10: Hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler	,635				
HIZKAL11: Hastane çalışanlarından anında hizmet alınır					,812
HIZKAL12: Hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya isteklidir					,677
HIZKAL13: Hastane çalışanları hasta isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir					,781
HIZKAL14: Hastane çalışanları hastalara güven verir			,711		
HIZKAL15: Hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder			,771		
HIZKAL16: Hastane çalışanları kibardır			,718		
HIZKAL17: Hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir			,688		
HIZKAL18: Hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir		,675			
HIZKAL19: Hastane çalışanları hastalarına bireysel özen gösterir		,767			
HIZKAL20: Hastane çalışanları hasta ihtiyaçlarını bilir		,777			
HIZKAL21: Hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir		,819			
HIZKAL22: Hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet sunar		,715			

AFA sonrası, SERVPERF hizmet kalitesi ölçeği alt boyutları faktör yükleri, literatürdeki SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına benzer şekilde dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Parasuraman ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL modeli orijinal alt boyutları fiziksel özellikler (1-4), güvenilirlik (5-9), yanıtverilebilirlik (10-13), güvence (14-17), empati (18-22) şeklinde gerçekleşmiştir. SERVPERF ölçeği madde ifadeleri, SERVQUAL ölçeği ile aynı olmakla birlikte, SERVPERF modelinde tek bir ölçüm (performans) yapılmaktayken; SERVQUAL modelinde beklenen ve algılanan kalite arasındaki fark ölçülmektedir. Bu yüzden ölçek alt boyutları SERVQUAL modeline uygun olarak isimlendirilmiştir. Yeni

boyutların isimleri, güvenilirlik testleri ve varyans açıklayıcılık değerleri tablo 4-16'da gösterilmiştir.

Tablo 4-16.AFA Yapıldıktan Sonraki Güvenilirlik ve Varyans Değerleri

FAKTÖR 1= Fiziksel Özellikler	
Açıklanan Varyans %: 16,3	Cronbach's alpha (α)
1 Hastane modern araç, gereç ve teknolojiye sahiptir	0,834
2 Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir	
3 Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir	
4 Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur	
FAKTÖR 2= Güvenilirlik	
Açıklanan Varyans %: 15,5	Cronbach's alpha (α)
5 Hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine getirir	0,885
6 Hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer	
7 Hastane güvenilirdir	
8 Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar	
9 Hastane kayıtlarını doğru tutar	
10 Hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler	
FAKTÖR 3= Yanıtverilebilirlik	
Açıklanan Varyans %: 13,9	Cronbach's alpha (α)
11 Hastane çalışanlarından anında hizmet alınır	0,834
12 Hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya isteklidir	
13 Hastane çalışanları hasta isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir	
FAKTÖR 4= Güvence	
Açıklanan Varyans %: 13,6	Cronbach's alpha (α)
14 Hastane çalışanları hastalara güven verir	0,884
15 Hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder	
16 Hastane çalışanları kibardır	
17 Hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir	
FAKTÖR 4= Empati	
Açıklanan Varyans %: 12,9	Cronbach's alpha (α)
18 Hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir	0,858
19 Hastane çalışanları hastalarına bireysel özen gösterir	
20 Hastane çalışanları hasta ihtiyaçlarını bilir	
21 Hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir	
22 Hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet sunar	
Toplam Açıklanan Varyans: %72,4	

- **Hizmet kalitesi ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları**

AFA sonucunda oluşan yapının geçerliliği DFA ile de test edilmiştir. DFA sonucunda model veriler ile uyumlu çıkmadığı için, modelde modifikasyonlar yapılmıştır. Buna göre fiziksel özellikler boyutundan 1 ve 4. maddeler, güvenilirlik boyutundan 5, 8 ve 10. maddeler, yanıtverilebilirlik boyutundan 11. madde, güvence boyutundan 16 ve 17. maddeler ve empati boyutundan 18 ve 19. madde ifadeleri çıkarılmış ve model tekrar çalıştırılmıştır. Yeni modelin uyum değerleri tablo 4-17’de gösterilmiştir.

Tablo 4-17. Devlet hastanesi için Hizmet Kalitesi Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (CMIN/DF)	2,782 (mükemmel)
GFI	0,959 (mükemmel)
CFI	0,974 (mükemmel)
TLI	0,961 (mükemmel)
RMR	0,031 (mükemmel)
NFI	0,960 (mükemmel)
RMSEA	0,060 (kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Tablo 4-18’de görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-18. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
FİZİKSEL ÖZELLİKLER			
HIZKAL2	,718(a)	---	---
HIZKAL3	,850	,109	9,998***
GÜVENİLİRLİK	,733		7,837***
HIZKAL6	,825(a)	---	---
HIZKAL7	,902	,051	21,973***
HIZKAL9	,758	,051	18,527***
YANITVERİLEBİLİRLİK	,647	,177	7,905***
HIZKAL12	1,000 (a)	---	---
HIZKAL13	,539	,075	8,186***
GÜVENCE	,877	,202	8,263***
HIZKAL14	,906(a)	---	---
HIZKAL15	,862	,043	21,740***
EMPATİ	,536	,129	6,896***
HIZKAL20	,806(a)	---	---
HIZKAL21	,891	,056	19,896***
HIZKAL22	,768	,050	17,983**

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1'e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

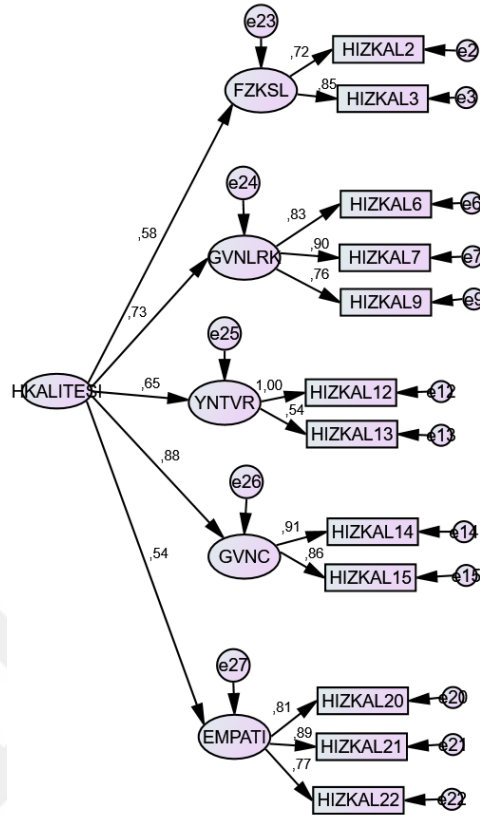
***= $p < 0,001$

Hizmet kalitesi ölçeğinin yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla birinci düzey DFA analizine göre AVE ve CR değerlerine bakılmıştır. AVE değerlerinin 0,50'den büyük olduğu ve CR değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçeğin yakınsama geçerliliği vardır. Tablo 4-19'da AVE ve CR değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4-19.AVE ve CR Değerleri

Yapı	CR	AVE
FZKSL	0,770	0,629
GVNLRK	0,869	0,689
YNTVR	0,749	0,613
GVNC	0,878	0,783
EMPATİ	0,863	0,678

Birinci düzeyde model fit ölçüleri iyi uyum gösterdiği için, ikinci düzeyde model tekrar çalıştırılmış ve boyutlar ve madde ifadeleri aynı şekliyle hizmet kalitesi ölçeğine katılmıştır. Sonuç olarak hizmet kalitesi boyutları şekil 4-1'de gösterildiği haliyle YEM'e girecektir.



Şekil 4-1.Devlet hastanesi için Hizmet Kalitesi DFA Modeli

b) Üniversite Hastanesi Örnekleminde Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Öncelikle üniversite hastanesi örnekleminde yapılan güvenilirlik analizi sonucunda hizmet kalitesi ölçeğinin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Cronbach'a Alpha değeri= 0,929). Sonrasında DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-20'de hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin DFA model uyum sonuçları yer almaktadır. DFA sonuçlarına göre modelin iyi bir uyum göstermediği tablo 41'de görülmektedir. Bu nedenle verilerin nasıl bir faktör yapısına sahip olduğunu belirlemek amacıyla AFA yapılmıştır. AFA sonrasında ortaya çıkan yapı tekrar DFA ile test edilmiştir. Sonuçlar alt başlıklar halinde verilmiştir.

Tablo 4-20. Hizmet kalitesi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Uyum Sonuçları

Değişken	CMİN/DF	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Hizmet kalitesi	12,284	0,000	0,646	0,090	0,149	0,691	0,678	0,708

- **Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda; tablo 4-21’de gösterildiği gibi Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,936 ve Barlett Küresellik testi sonucu 0,000 çıkmıştır. Bu değerler açıklayıcı faktör analizine verilerin uygunluğunu göstermektedir. İlk çalışmadan sonra değişkenler AFA 4 boyut altında toplanmıştır. Boyutların toplam varyans açıklayıcılığı %61 olarak gerçekleşmiştir. 1, 11, 13,16 ve 20. değişkenlerin faktör yükleri 0,5 değerinin altında olduğu için (ilgili faktöre yeterince yüklenemediğinden) analizden çıkarılmıştır. Diğer tüm değişkenlerin varyans açıklayıcılığı ise 0.5 değerinin üzerindedir.

Tablo 4-21.AFA Çalıştırma Sonrası KMO ve BTS Değerleri

KMO ve Bartlett Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin Değeri		,936
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare Değeri	8187,459
	df	231
	Anlamlılık (p)	,000

Yeni boyutların içerdiği değişkenler ve faktör yükleri tablo 4-22’de gösterilmiştir.

Tablo 4-22.AFA Sonuçları

Değişkenler	Boyutlar			
	1	2	3	4
HIZKAL10: Hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler	,785			
HIZKAL5: Hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine getirir	,766			
HIZKAL8: Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar	,738			
HIZKAL6: Hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer	,717			
HIZKAL9: Hastane kayıtlarını doğru tutar	,686			
HIZKAL21: Hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir	,615			
HIZKAL7: Hastane güvenilirdir	,594			
HIZKAL22: Hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet sunar	,571			
HIZKAL12: Hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya isteklidir	,501			
HIZKAL18: Hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir		-,913		
HIZKAL19: Hastane çalışanları hastalarına bireysel özen gösterir		-,759		
HIZKAL2: Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir			,848	

HIZKAL4: Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur			,618	
HIZKAL3 Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir			,605	
HIZKAL15: Hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder				-,872
HIZKAL14: Hastane çalışanları hastalara güven verir				-,827
HIZKAL17: Hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir				-,536

AFA sonrası ifadeler 4 boyutta toplanmıştır. Tablo 4-23’de yeni boyutlar ve isimleri, güvenilirlik testleri ve boyutların varyans açıklayıcılık değerleri görülmektedir.

Tablo 4-23.AFA Yapıldıktan Sonraki Güvenilirlik ve Varyans Değerleri

FAKTÖR 1= Güvenilirlik ve isteklilik	
Açıklanan Varyans %: 45	Cronbach's alpha (α)
10: Hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler	0,923
5: Hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine getirir	
8: Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar	
6: Hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer	
9: Hastane kayıtlarını doğru tutar	
21: Hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir	
7: Hastane güvenilirdir	
22: Hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet sunar	
12: Hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya isteklidir	
FAKTÖR 2= Empati	
Açıklanan Varyans %: 9	Cronbach's alpha (α)
18: Hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir	0,914
19: Hastane çalışanları hastalarına bireysel özen gösterir	
FAKTÖR 3= Fiziksel özellikler	
Açıklanan Varyans %: 4	Cronbach's alpha (α)
2: Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir	0,833
4: Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur	
3 Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir	
FAKTÖR 4= Güvence	
Açıklanan Varyans %: 3	Cronbach's alpha (α)
15: Hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder	0,885
14: Hastane çalışanları hastalara güven verir	
17: Hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir	
Toplam Açıklanan Varyans: %61	

• **Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

AFA sonucunda oluşan yapının geçerliliği DFA ile test edilmiştir. DFA sonucunda model veriler ile uyumlu çıkmadığı için, modelde modifikasyonlar yapılmıştır. Buna göre güvenilirlik ve isteklilik boyutundan 6,7,9,10, ve 21. maddeler ile fiziksel özellikler boyutundan 2. madde ifadesi çıkarılmış ve model tekrar çalıştırılmıştır. Yeni modelin uyum değerleri tablo 4-24’de gösterilmiştir.

Tablo 4-24. Üniversite Hastanesi için Hizmet Kalitesi Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (cmin/df)	3,054 (kabul edilebilir)
GFI	0,963 (mükemmel)
CFI	0,978 (mükemmel)
TLI	0,968 (mükemmel)
RMR	0,024 (mükemmel)
NFI	0,968 (mükemmel)
RMSEA	0,064 (kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Aşağıdaki tablo 4-25’de görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-25. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
Güvenilirlik ve isteklilik			
HIZKAL5	,841(a)	---	---
HIZKAL8	,803	,042	20,433***
HIZKAL12	,733	,042	18,089***
HIZKAL22	,595	,041	13,897***
Empati			
HIZKAL18	,894(a)	---	----
HIZKAL19	,942	,047	21,722
Güvence			
HIZKAL14	,895(a)	---	----
HIZKAL15	,917	,034	31,197***
HIZKAL17	,717	,043	19,725***
Fiziksel özellikler			
HIZKAL3	,793(a)	---	---

HIZKAL4	,847	,064	16,402***
---------	------	------	-----------

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1'e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

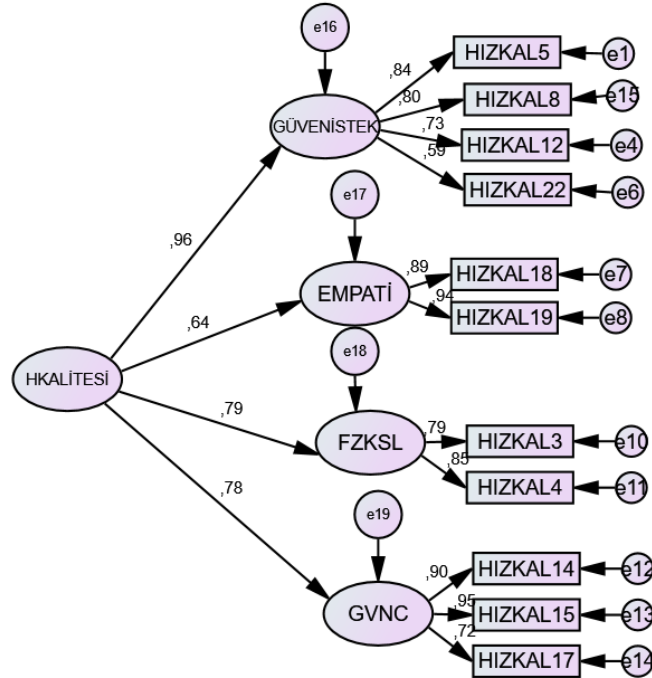
***= $p < 0,001$

Hizmet kalitesi ölçeğinin yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla birinci düzey DFA analizine göre AVE ve CR değerlerine bakılmıştır. AVE değerlerinin 0,50'den büyük olduğu ve CR değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçeğin yakınsama geçerliliği vardır. Tablo 4-26'da AVE ve CR değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4-26.AVE ve CR Değerleri

Yapı	CR	AVE
FZKSL	0,805	0,673
GÜVENİSTEK	0,834	0,561
EMPATİ	0,915	0,843
GVNC	0,894	0,740

Birinci düzeyde model fit ölçüleri iyi uyum gösterdiği için, ikinci düzeyde model tekrar çalıştırılmış ve boyutlar ve madde ifadeleri aynı şekliyle hizmet kalitesi ölçeğine katılmıştır. Sonuç olarak hizmet kalitesi boyutları şekil 4-2'de gösterildiği haliyle YEM'e girecektir.



Şekil 4-2. Üniversite Hastanesi İçin Hizmet Kalitesi DFA Modeli

c) Özel Hastane Örnekleminde Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Öncelikle özel hastane örnekleminde yapılan güvenirlik analizi sonucunda hizmet kalitesi ölçeğinin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Cronbach'a Alpha değeri=0,945). SERVPERF hizmet kalitesi ölçeği literatürde tek boyutta değerlendirildiği için DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-27'de hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin ilk DFA model uyum sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4-27. Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Uyum Sonuçları

Değişken	CMİN/DF	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Hizmet kalitesi	4,167	0,000	0,862	0,018	0,078	0,857	0,875	0,887

Sonuçları iyileştirmek için hata terimlerinden e1-e2'ye, e5-e6'ya ve e18-e19'a kovaryanslar eklenmiş ve model tekrar çalıştırılmıştır. Yeni modelin uyum değerleri tablo 4-28'de gösterilmiştir.

Tablo 4-28.Özel Hastane için Hizmet Kalitesi Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-Square/Df (CMİN/DF)	2,652 (mükemmel)
GFI	0,912 (kabul edilebilir)
CFI	0,942 (kabul edilebilir)
TLI	0,935 (kabul edilebilir)
RMR	0,016 (mükemmel)
NFI	0,910 (kabul edilebilir)
RMSEA	0,057 (kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin iyi uyum gösterdiği tablo 50'de görülmektedir. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Aşağıdaki tablo 4-29'da görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

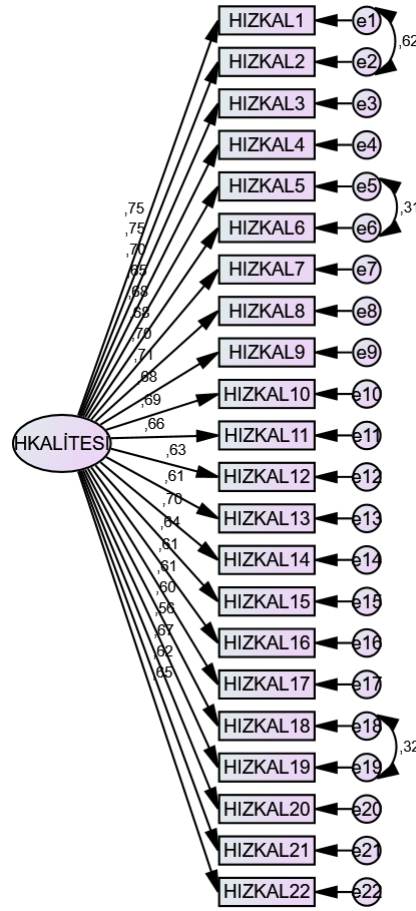
Tablo 4-29.Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
HIZKAL1	,748(a)	---	---
HIZKAL2	,746	,036	28,102***
HIZKAL3	,700	,065	16,204***
HIZKAL4	,652	,066	14,984***
HIZKAL5	,679	,069	15,656***
HIZKAL6	,680	,067	15,682***
HIZKAL7	,704	,067	16,296***
HIZKAL8	,708	,068	16,419***
HIZKAL9	,684	,068	15,788***
HIZKAL10	,693	,064	16,016***
HIZKAL11	,660	,068	15,188***
HIZKAL12	,629	,069	14,425***
HIZKAL13	,611	,074	13,979***
HIZKAL14	,700	,071	16,198***
HIZKAL15	,639	,072	14,670***
HIZKAL16	,614	,071	14,043***
HIZKAL17	,608	,073	13,910***
HIZKAL18	,599	,068	13,678***
HIZKAL19	,564	,072	12,814***
HIZKAL20	,670	,068	15,443***
HIZKAL21	,620	,071	14,183***
HIZKAL22	,653	,067	15,013***

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1'e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

***= $p < 0,001$

Sonuç olarak hizmet kalitesi boyutları şekilde gösterildiği haliyle YEM'e girecektir.



Şekil 4-3.Özel Hastane için Hizmet Kalitesi DFA Modeli

4.3.2. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Bu bölümde devlet, üniversite ve özel hastane örnekleminde hasta deneyimi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları alt başlıklar halinde verilmiştir.

a) Devlet hastanesi örnekleminde hasta deneyimi ölçeğine ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları

Öncelikle devlet hastanesi örnekleminde yapılan güvenilirlik analizi sonucunda hasta deneyimi ölçeğinin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Cronbach'a Alpha değeri= 0,916). Deneyim ölçeğinin orijinal boyutları 1. boyut huzur (1.uzmanlık, 2.süreç kolaylığı, 3. İlişki ve işlem, 4.kolaylıkla elde etme, 5. benzerlik, 6. bağımsız tavsiye); 2. boyut güncellik (7. esneklik, 8. proaktiflik, 9. risk algısı 1, 10. risk algısı 2, 11. kişilerarası beceriler, 12.kurtarma), 3. boyut sonuç odaklılık (13.durağanlık, 14. sonuç odaklılık, 15. geçmiş deneyim, 16. ortak geçmiş) ve 4. boyut hizmet deneyimi (17.seçim özgürlüğü, 18.iç rekabet, 19.karşılaştırma zorunluluğu, 20.hesap yönetimi) şeklindedir. Hasta deneyimine ilişkin yapılan DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir.

Tablo 4-30'da hasta deneyimine ilişkin birinci düzey DFA model uyum sonuçları yer almaktadır. Ancak DFA sonuçlarına göre veriler ile özgün yapıya ilişkin model iyi bir uyum göstermediğinden model modifiye edilmiştir.

Tablo 4-30. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Değerleri

Değişken	cmin/df	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Hasta Deneyimi	13,008	0,000	0,660	0,096	0,156	0,652	0,670	0,715

Sonuçları iyileştirmek için huzur boyutundan 1, 2, 3 ve 4. ifadeler; güncellik boyutundan 9, 10, 11, ve 12. ifadeler; sonuç boyutundan 16. ifade çıkarılmıştır. Sonrasında model tekrar çalıştırılmış ve yeni sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre yeni model değerleri tablo 4-31'de gösterilmiştir.

Tablo 4-31. Devlet Hastanesi için Hasta Deneyimi Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (cmin/df)	4,316 (kabul edilebilir)
GFI	0,947 (kabul edilebilir)
CFI	0,964 (mükemmel)
TLI	0,949 (kabul edilebilir)
RMR	0,191 (kabul edilebilir)
NFI	0,954 (mükemmel)
RMSEA	0,082 (kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Tablo 4-32'de görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-32. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
Huzur			
HDbenzrlk	,824(a)	---	----
HDbgmsztav	,953	,042	23,731***
Güncellik			
HDproaktflk	,817	,036	23,398***
HDesneklk	,947(a)	---	---
Sonuç Odaklılık			
HDsncodk	,762	,060	16,547***
HDgecmsd	,803	,060	17,067***
HDdurgn	,822(a)	----	----
Hizmet Deneyimi			
HDsecöz	,810(a)	---	---
HDkarzor	,957	,045	26,016***
HDiçrek	,888	,046	24,019***
HDhespy	,639	,063	15,342***

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1'e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

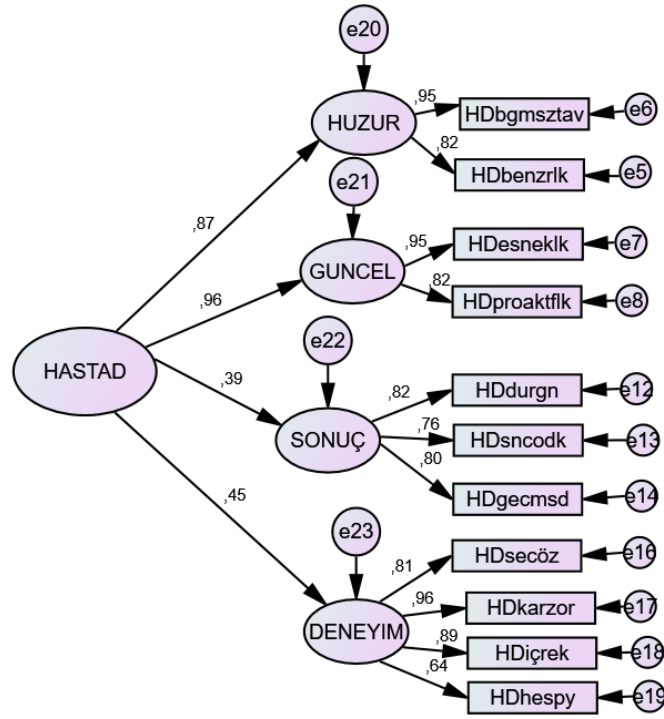
***= $p < 0,001$

Ölçeklerin yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla Birinci düzey DFA analizine göre AVE ve CR değerlerine bakılmıştır. AVE değerlerinin 0,50'den büyük olduğu ve CR değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçeklerin yakınsama geçerliliği vardır. Tablo 4-33'de AVE ve CR değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4-33. AVE ve CR Değerleri

Yapı	CR	AVE
SONUÇ	0,838	0,633
HUZUR	0,884	0,793
GÜNCELLİK	0,877	0,782
DENEYİM	0,898	0,692

Birinci düzeyde model fit ölçüleri iyi uyum gösterdiği için, ikinci düzeyde model tekrar çalıştırılmış ve boyutlar ve madde ifadeleri aynı şekliyle hasta deneyimi ölçeğine katılmıştır. Sonuç olarak hasta deneyimi boyutları bu haliyle YEM'e girecektir (şekil 4-4).



Şekil 4-4. Devlet Hastanesi Hasta Deneyimi DFA Modeli

b) Üniversite Hastanesi Örnekleminde Hasta Deneyiminin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Öncelikle üniversite hastanesi örnekleminde hasta deneyimi için yapılan güvenirlik analizi sonucunda ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Cronbach'a Alpha değeri= 0,947). Daha sonra DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-34'de hasta deneyimine ilişkin ilk DFA model uyum sonuçları yer almaktadır. Ancak doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre veriler ile özgün yapıya ilişkin model iyi bir uyum göstermediğinden modelde modifikasyonlar yapılmıştır.

Tablo 4-34. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Değerleri

Değişken	CMİN/DF	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Hasta Deneyimi	10,617	0,000	0,728	0,060	0,138	0,652	0,786	0,816

Sonuçları iyileştirmek için huzur boyutundan 1, 2, 5 ve 6. ifadeler; güncellik boyutundan 11, ve 12. ifadeler; sonuç boyutundan 16. ifade çıkarılmıştır. Sonrasında model tekrar çalıştırılmış ve yeni sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre yeni model değerleri tablo 4-35'de gösterilmiştir.

Tablo 4-35. Üniversite Hastanesi için Hasta Deneyimi Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (cmin/df)	3,325 (kabul edilebilir)
GFI	0,947 (kabul edilebilir)
CFI	0,974 (mükemmel)
TLI	0,964 (mükemmel)
RMR	0,026 (mükemmel)
NFI	0,963 (mükemmel)
RMSEA	0,068 (kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Tablo 4-36’da görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-36. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
Huzur			
HDiliş	,934(a)	---	---
HDklyeletme	,901	,036	28,588***
Güncellik			
HDesneklk	,778(a)	---	---
HDproaktflk	,878	,046	24,751***
HDriskal1	,839	,068	16,214***
HDriskalg2	,783	,070	15,239***
Sonuç Odaklılık			
HDsncodk	,876(a)	---	---
HDgecmsd	,747	,054	19,495***
HDgecmsd	,827	,047	22,664***
Hizmet Deneyimi			
HDsecöz	,880(a)	---	---
HDkarzor	,879	,037	26,153***
HDiçrek	,850	,040	24,843***
HDhespy	,416	,082	9,500***

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1’e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

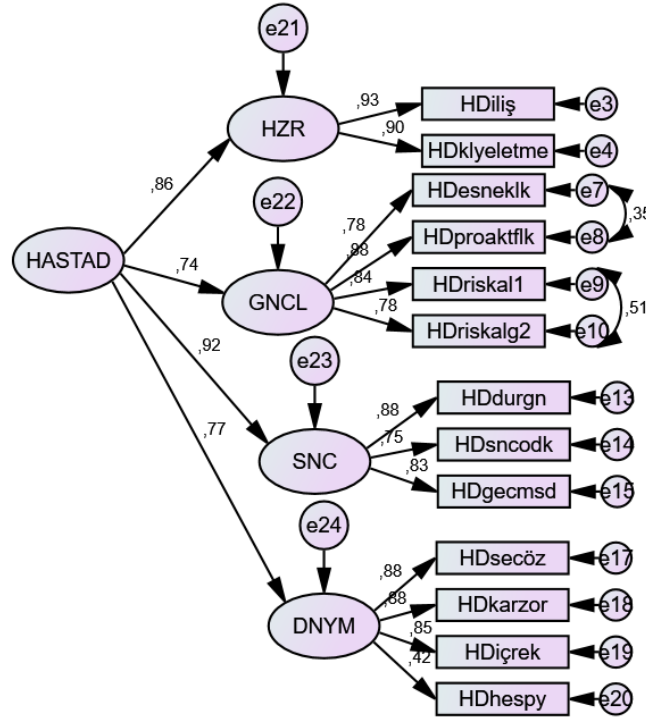
***=p<0,001

Ölçeklerin yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla Birinci düzey DFA analizine göre AVE ve CR değerlerine bakılmıştır. AVE değerlerinin 0,50’den büyük olduğu ve CR değerlerinin 0,70’in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçeklerin yakınsama geçerliliği vardır. Tablo 4-37’de AVE ve CR değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4-37. AVE ve CR Değerleri

YAPI	CR	AVE
SONUÇ	0,858	0,670
HUZUR	0,914	0,841
GÜNCELLİK	0,894	0,680
DENEYİM	0,854	0,610

Birinci düzeyde model fit ölçüleri iyi uyum gösterdiği için, ikinci düzeyde model tekrar çalıştırılmış ve boyutlar ve madde ifadeleri aynı şekliyle hasta deneyimi ölçeğine katılmıştır. Sonuç olarak hasta deneyimi boyutları bu haliyle YEM'e girecekti (şekil 4-5).

**Şekil 4-5. Üniversite Hastanesi Hasta Deneyimi DFA Modeli**

c) Özel Hastane Örnekleminde Hasta Deneyimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Özel hastane örnekleminde hasta deneyimi için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Cronbach'a Alpha değeri= 0,940). Daha sonra DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-38'de hasta deneyimine ilişkin ilk DFA model uyum sonuçları yer almaktadır.

Ancak DFA sonuçlarına göre veriler ile özgün yapıya ilişkin model iyi bir uyum göstermediğinden modelde modifikasyonlar yapılmıştır.

Tablo 4-38. Hasta Deneyimi Ölçeğine İlişkin İlk DFA Model Değerleri

Değişken	CMİN/DF	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Hasta Deneyimi	5,753	0,000	0,832	0,030	0,096	0,852	0,854	0,874

Sonuçları iyileştirmek için güncellik boyutundan 7. madde ifadesi (esneklik), sonuç boyutundan 13. madde ifadesi (durağanlık) ve deneyim boyutundan 18. madde ifadesi (karşılaştırma zorunluluğu) çıkarılmış ve hata terimlerine (e5-e6 ve e9-e10) kovaryanslar eklenmiştir. Sonrasında model tekrar çalıştırılmış ve yeni sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre yeni model değerleri tablo 4-39’da gösterilmiştir.

Tablo 4-39. Özel Hastane için Hasta Deneyimi Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (CMİN/DF)	3,804 (kabul edilebilir)
GFI	0,912 (kabul edilebilir)
CFI	0,940 (kabul edilebilir)
TLI	0,926 (kabul edilebilir)
RMR	0,023 (mükemmel)
NFI	0,920 (kabul edilebilir)
RMSEA	0,074(kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Tablo 4-40’da görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-40. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
Huzur			
HDuzmn	,713(a)	---	---
HDsurkoy	,706	,065	15,292***
HDiliş	,723	,064	15,655***
HDklyeletme	,826	,061	17,838***
HDbenzrlk	,789	,050	17,026***
HDbgmsztav	,799	,050	17,238***
Güncellik			
HDproaktflk	,632(a)	---	---
HDriskal1	,777	,079	14,522***
HDriskalg2	,734	,081	13,894***
HDkisibec	,749	,088	14,155***
HDkurtrma	,745	,087	14,105***
Sonuç Odaklılık			
HDsncodk	,723(a)	---	---
HDgecmsd	,543	,092	11,092***
HDgecmsd	,727	,066	14,544***
Hizmet Deneyimi			
HDsecöz	,840(a)	---	---
HDiçrek	,838	,046	20,858***
HDhespy	,517	,051	11,730***

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1'e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

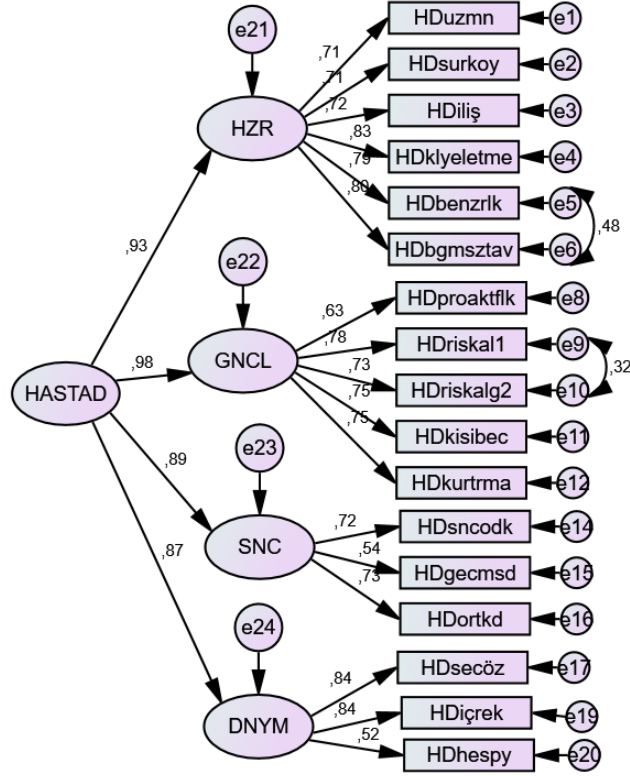
***= $p < 0,001$

Ölçeklerin yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla birinci düzey DFA analizine göre AVE ve CR değerlerine bakılmıştır. AVE değerlerinin 0,50'den büyük olduğu ve CR değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçeklerin yakınsama geçerliliği vardır. Tablo 4-41'de AVE ve CR değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4-41. AVE ve CR Değerleri

Yapı	CR	AVE
SONUÇ	0,706	0,500
HUZUR	0,891	0,578
GUNCEL	0,849	0,531
DENEYİM	0,784	0,558

Birinci düzeyde model fit ölçüleri iyi uyum gösterdiği için, ikinci düzeyde model tekrar çalıştırılmış ve boyutlar ve madde ifadeleri aynı şekliyle hasta deneyimi ölçeğine katılmıştır. Sonuç olarak hasta deneyimi boyutları şekilde görüldüğü haliyle YEM'e girecektir (şekil 4-6).



Şekil 4-6.Özel Hastane Hasta Deneyimi DFA Modeli

4.3.2.1. Davranışsal Sonuçlara Ait Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Bu bölümde devlet, üniversite ve özel hastane örnekleminde davranışsal sonuçlar ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları alt başlıklar halinde verilmiştir. Araştırmada davranışsal sonuçları ölçmeye yönelik hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ölçekleri kullanılmıştır.

a) Devlet Hastanesi Örnekleminde Hasta Deneyimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Devlet hastanesi örnekleminde davranışsal sonuçlara ilişkin yapılan güvenilirlik analizi sonucunda her üç ölçeğinde iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (hasta tatmini Cronbach'a Alpha değeri= 0,909; hasta sadakati Cronbach'a Alpha değeri= 0,916; sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti Cronbach'a Alpha değeri= 0,937).

Sonrasında yapılan DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-42’de davranışsal niyetlere ilişkin DFA model uyum sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4-42. Davranışsal Sonuçlar Ölçeklerine İlişkin İlk DFA Model Değerleri

Değişken	CMIN/DF	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Davranışsal Sonuçlar	21,246	0,000	0,735	0,059	0,202	0,831	0,789	0,837

Ancak DFA sonuçlarına göre veriler ile özgün yapıya ilişkin model iyi bir uyum göstermediğinden modelde modifikasyonlar yapılmıştır. Sonuçları iyileştirmek için Tatmin boyutundan 3. ve 4. madde ifadeleri, 1. ve 5. madde ifadeleri çıkarılmıştır. Sadakat boyutundan 2. ve 4. madde ifadesine, niyet boyutundan ise 1. ve 3. madde ifadesine kovaryans eklenmiştir. Bu haliyle model tekrar çalıştırılmıştır. Yeni model değerleri tablo 4-43’de gösterilmiştir.

Tablo 4-43. Devlet Hastanesi Davranışsal Sonuçlar Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (cmin/df)	3,670 (kabul edilebilir)
GFI	0,972 (mükemmel)
CFI	0,964 (mükemmel)
TLI	0,979 (mükemmel)
RMR	0,015 (kabul edilebilir)
NFI	0,985 (mükemmel)
RMSEA	0,073 (kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Tablo 4-44’de görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-44. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
Tatmin			
HASTAT2	,926	,057	20,423***
HASTAT1	,850(a)	---	---
Sadakat			
HSAD2	,892	,047	21,372***
HSAD3	,868	,038	25,059***
HSAD4	,913(a)	---	---
Niyet			
NYT1	,899(a)	---	---
NYT2	,945	,034	32,463***
NYT3	,950	,040	27,574***

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1'e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

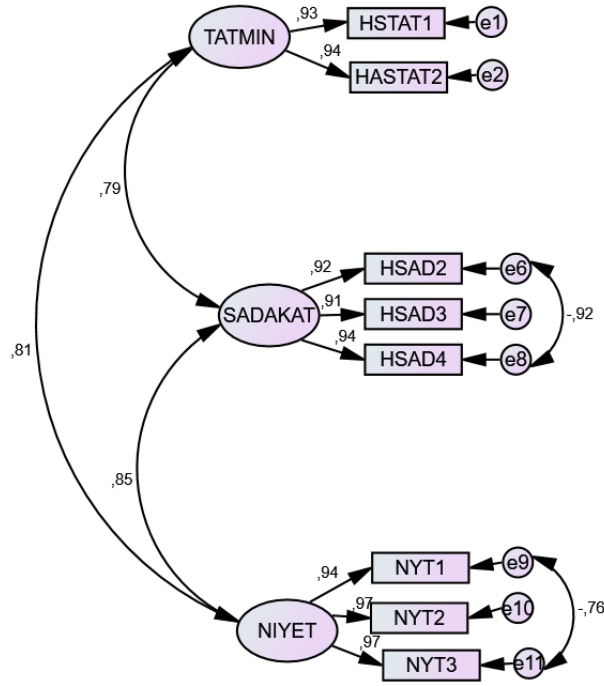
***=p<0,001

Yine yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla bileşik güvenilirlik (CR) ve AVE değerlerine bakılmıştır. CR değerleri 0,7'nin; AVE değerleri 0,5'in üzerinde olduğu görülmüş ve kabul edilmiştir. Tablo 4-45'de AVE ve CR değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4-45.AVE ve CR Değerleri

Yapı	CR	AVE
SADAKAT	0,920	0,794
TATMIN	0,882	0,790
NIYET	0,952	0,868

Sonuç olarak davranışsal sonuçlar boyutlarının şekil 4-6'da görüleceği üzere YEM'e katılması gerektiğine karar verilmiştir.



Şekil 4-6. Devlet Hastanesi Davranışsal Sonuçlar DFA Modeli

b) Üniversite Hastanesi Örnekleminde Davranışsal Sonuçlar Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Üniversite hastanesi örnekleminde davranışsal sonuçlara ilişkin yapılan güvenirlik analizi sonucunda her üç ölçeğinde iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (hasta tatmini Cronbach'a Alpha değeri= 0,906; hasta sadakati Cronbach'a Alpha değeri= 0,934; sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti Cronbach'a Alpha değeri= 0,956). Sonrasında yapılan DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-46'da davranışsal niyetlere ilişkin DFA model uyum sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4-46. Davranışsal sonuçlar ölçeklerine ilişkin İlk DFA Model Değerleri

Değişken	CMİN/DF	P	GFI	RMR	RMSEA	NFI	TLI	CFI
Davranışsal Sonuçlar	11,431	0,000	0,820	0,029	0,144	0,924	0,909	0,930

Ancak doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre veriler ile özgün yapıya ilişkin model iyi bir uyum göstermediğinden modeled modifikasyonlar yapılmıştır. Sonuçları iyileştirmek için tatmin boyutundan 2. ve 3. madde ifadeleri, 4. ve 5. madde ifadeleri çıkarılmıştır. Sadakat boyutundan 1. ve 3. madde ifadesine kovaryans eklenmiştir. Bu haliyle model tekrar çalıştırılmıştır. Yeni model değerleri tablo 4-47'de gösterilmiştir.

Tablo 4-47. Üniversite Hastanesi Davranışsal Sonuçlar Ölçeği Yeni Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (cmin/df)	3,840 (kabul edilebilir)
GFI	0,970 (mükemmel)
CFI	0,990 (mükemmel)
TLI	0,983 (mükemmel)
RMR	0,014 (kabul edilebilir)
NFI	0,987 (mükemmel)
RMSEA	0,075(kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Tablo 4-48’de görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-48. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
Tatmin			
HASTAT4	,934(a)	---	---
HASTAT1	,887	,030	30,733***
Sadakat			
HSAD3	,917	,063	22,981***
HSAD2	,914	,052	26,002***
HSAD1	,832(a)	---	---
Niyet			
NYT3	,887(a)	---	---
NYT2	,973	,026	38,310***
NYT1	,959	,027	36,820***

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1’e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

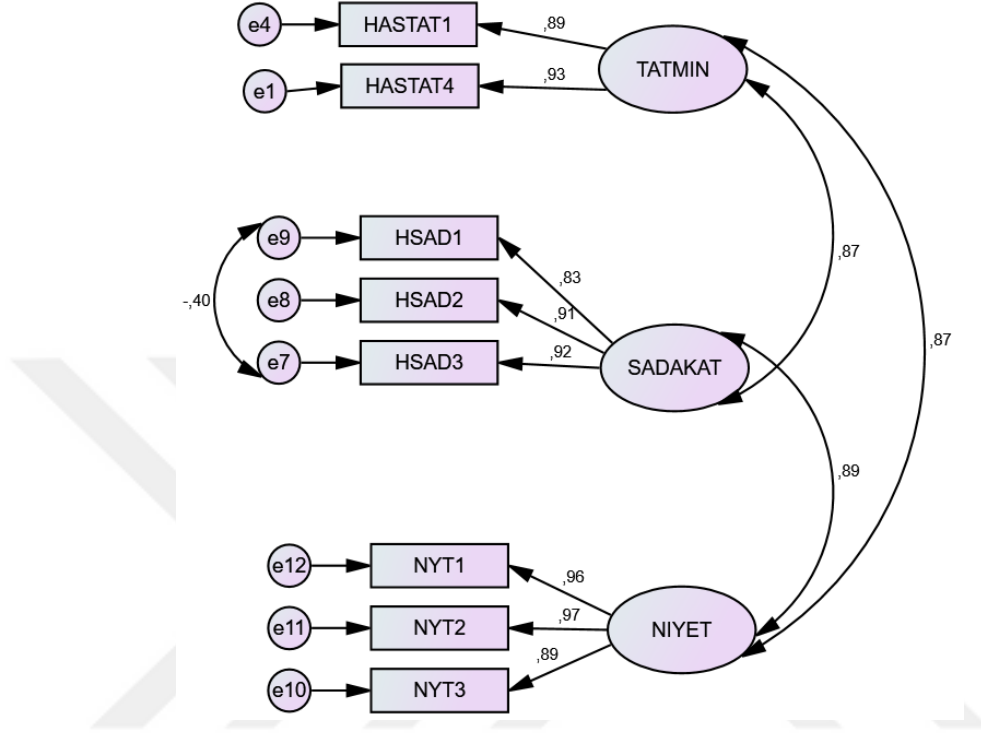
***= $p < 0,001$

Yine yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla AVE ve CR değerlerine bakılmıştır. CR değerleri 0,7’nin; AVE değerleri 0,5’in üzerinde olduğu görülmüş ve kabul edilmiştir (tablo 4-49).

Tablo 4-49. AVE ve CR Değerleri

Yapı	CR	AVE
SADAKAT	0,918	0,790
TATMIN	0,907	0,830
NIYET	0,958	0,884

Sonuç olarak davranışsal sonuçlar boyutlarının şekil 4-7’de görüleceği üzere YEM’e katılması gerektiğine karar verilmiştir.



Şekil 4-7. Üniversite Hastanesi Davranışsal Sonuçlar DFA Modeli

c) Özel Hastane Örnekleminde Davranışsal Sonuçlar Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Öncelikle özel hastane örnekleminde davranışsal sonuçlara ilişkin yapılan güvenilirlik analizi sonucunda her üç ölçeğinde iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (hasta tatmini Cronbach’a Alpha değeri= 0,800; hasta sadakati Cronbach’a Alpha değeri= 0,830; sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti Cronbach’a Alpha değeri= 0,867). Sonrasında yapılan DFA ile orijinal ölçek yapısının geçerliliği test edilmiştir. Tablo 4-50’de davranışsal niyetlere ilişkin DFA model uyum sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4-50. Davranışsal Sonuçlar Ölçeklerine İlişkin İlk DFA Model Değerleri

Ölçüm (measure)	Değer (value)
Chi-square/df (CMİN/DF)	3,007 (kabul edilebilir)
GFI	0,952 (mükemmel)
CFI	0,970 (mükemmel)
TLI	0,961 (mükemmel)
RMR	0,015 (mükemmel)
NFI	0,955 (mükemmel)
RMSEA	0,062(kabul edilebilir)

Model fit ölçülerinin düzeldiği görülmüştür. Bunun üzerine yapı geçerliği değerlerine bakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda standardize edilmiş regresyon ağırlıklarına ve t değerlerine bakılmıştır. Tablo 4-51’de görüldüğü üzere model yapı geçerliği açısından uygundur.

Tablo 4-51. Değişkenlerin Boyut Katkılarının Test Sonuçları

Madde ifadesi	Standardize Edilmiş Regresyon katsayısı	Standart hata	t-değeri
Tatmin			
HASTAT1	,687(a)	---	---
HASTAT2	,732	,070	14,940***
HASTAT3	,714	,075	14,607***
HASTAT4	,700	,076	14,354***
Sadakat			
HSAD1	,684(a)	---	---
HSAD2	,722	,070	15,085***
HSAD2	,709	,069	14,831***
HSAD3	,660	,072	13,883***
HSAD4	,740	,071	15,434***
Niyet			
NYT1	,753(a)	---	---
NYT2	,862	,057	20,070***
NYT3	,886	,055	20,624***

Not: (a) her bir ifadenin yolu 1'e eşitlendiği için standart hata ve p değeri hesaplanmamaktadır.

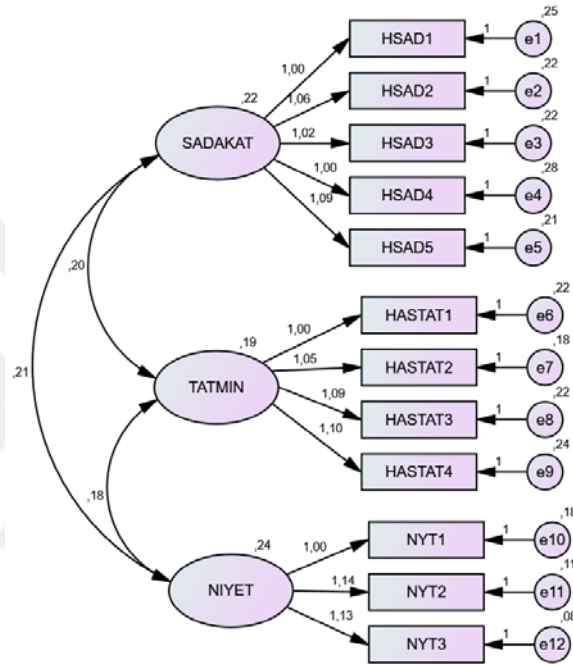
***= $p < 0,001$

Yine yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla CR ve AVE değerlerine bakılmıştır. CR değerleri 0,7'nin; AVE değerleri 0,5'in üzerinde olduğu görülmüş ve kabul edilmiştir (tablo 4-52).

Tablo 4-52. AVE ve CR Değerleri

Yapı	CR	AVE
TATMIN	0,801	0,502
SADAKAT	0,830	0,500
NIYET	0,874	0,698

Sonuç olarak davranışsal sonuçlar boyutlarının şekil 4-8’de görüleceği üzere YEM’e katılması gerektiğine karar verilmiştir.



Şekil 4-8.Özel Hastane Davranışsal Sonuçlar DFA Modeli

4.4. Ölçeklerin Ayırtedicilik Geçerliliği (Discriminant Validity)

Bu bölümde devlet, üniversite ve özel hastane örnekleminde ölçeklerin ayırt edici özelliklerini (distinctiveness) belirlemek için alternatif modeller oluşturulmuş ve bu modeller test edilmiştir. Örneklem türüne göre ayırtedici özellikler alt başlıklar halinde verilmiştir.

4.4.1. Devlet Hastanesi Örnekleminde Ölçeklerin Ayırtedicilik Geçerliliği

Birinci modelde (M1) on iki faktörlü bir yapı belirlenmiş (huzur, hizmet deneyimi, sonuç, güncellik, fiziksel özellikler, güvenilirlik, güvence, yanıtverilebilirlik, empati, tatmin, sadakat, ve Niyet) ve her ölçek maddesi ilgili değişkene yüklenmiştir. İkinci modelde de (M2) tek faktörlü bir yapı oluşturulmuş ve on iki değişken de tek faktör altında toplanmıştır. Analiz sonucunda en iyi uyum indeksine sahip olan modelin M1

olduğu belirlenmiştir. Ki-kare fark testleri de, on iki faktörlü modelin (M1) verilere diğer alternatif modellerden daha iyi uyum sağladığını göstermiştir (Tablo 4-53). Bu bulgular da, hizmet kalitesi, hasta deneyimi, tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyetinin bu çalışma kapsamında farklı yapılar olduğunu göstermektedir.

Tablo 4-53. Devlet Hastanesine İlişkin Alternatif Modellere İlişkin Uyum Göstergeleri ve Ki-Kare Fark Testi Sonuçları

Alternatif Modeller	Cmin	df	RMSEA	CFI	TLI	RMR	Karşılaştırma	ΔX^2	Δdf
M1: On iki faktörlü model	961,725	366	0,057	0,646	0,932	0,038	-		
M2: Tek faktörlü model	6751,697	434	0,171	0,432	0,391	0,105	M1-M2	5789,972**	68

** $p < 0,01$

4.4.2. Üniversite Hastanesi Örneklemine Ölçeklerin Ayırteçlilik Geçerliliği

Birinci modelde (M1) on bir faktörlü bir yapı belirlenmiş (huzur, hizmet deneyimi, sonuç, güncellik, fiziksel özellikler, güvenilirlik ve isteklilik, güvence, empati, tatmin, sadakat, ve niyet) ve her ölçek maddesi ilgili değişkene yüklenmiştir. İkinci modelde de (M2) tek faktörlü bir yapı oluşturulmuş ve on bir değişken de tek faktör altında toplanmıştır. Analiz sonucunda en iyi uyum indeksine sahip olan modelin M1 olduğu belirlenmiştir. Ki-kare fark testleri de, on iki faktörlü modelin (M1) verilere diğer alternatif modellerden daha iyi uyum sağladığını göstermiştir (Tablo 4-54). Bu bulgular da, hizmet kalitesi, hasta deneyimi, tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyetinin bu çalışma kapsamında farklı yapılar olduğunu göstermektedir.

Tablo 4-54. Üniversite Hastanesine İlişkin Alternatif Modellere İlişkin Uyum Göstergeleri ve Ki-Kare Fark Testi Sonuçları

Alternatif Modeller	Cmin	df	RMSEA	CFI	TLI	RMR	Karşılaştırma	ΔX^2	Δdf
M1: On bir faktörlü model	1221,517	406	0,063	0,947	0,935	0,037	-		
M2: Tek faktörlü model	4906,790	461	0,138	0,710	0,688	0,67	M2-M1	3685,273**	55

** $p < 0,01$

4.4.2.1. Özel Hastane Örnekleminde Ölçeklerin Ayırtedicilik Geçerliliği

Birinci modelde (M1) sekiz faktörlü bir yapı belirlenmiş (huzur, hizmet deneyimi, sonuç, güncellik, hizmet kalitesi, tatmin, sadakat, ve niyet) ve her ölçek maddesi ilgili değişkene yüklenmiştir. İkinci modelde de (M2) tek faktörlü bir yapı oluşturulmuş ve sekiz değişken de tek faktör altında toplanmıştır. Analiz sonucunda en iyi uyum indeksine sahip olan modelin M1 olduğu belirlenmiştir. Ki-kare fark testleri de, on iki faktörlü modelin (M1) verilere diğer alternatif modellerden daha iyi uyum sağladığını göstermiştir (Tablo 4-55). Bu bulgular da, hizmet kalitesi, hasta deneyimi, tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyetinin bu çalışma kapsamında farklı yapılar olduğunu göstermektedir.

Tablo 4-55. Özel Hastaneye İlişkin Alternatif Modellere İlişkin Uyum Göstergeleri ve Ki-Kare Fark Testi Sonuçları

Alternatif Modeller	Cmin	df	RMSEA	CFI	TLI	RMR	Karşılaştırma	ΔX^2	Δdf
M1: sekiz faktörlü model	2328,051	1191	0,043	0,931	0,926	0,020	-		
M2: Tek faktörlü model	2930,294	1219	0,052	0,896	0,892	0,017	M2-M1	602,243**	28

** $p < 0,01$

4.5. Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları

Bu bölümde devlet, üniversite ve özel hastaneye ilişkin, araştırma kapsamında yer alan değişkenlerin standart sapma, ortalama güvenilirlik ve korelasyon katsayıları verilmiştir. Örneklem türüne göre tanımlayıcı veriler, güvenilirlik ve korelasyon katsayıları tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 4-56. Devlet Hastanesine İlişkin Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	N	Ortalama	SS	1	2	3	4	5
1 Hasta Deneyimi	496	3,72	0,59	(0,867)				
2 Hizmet Kalitesi	496	3,58	0,58	0,56**	(0,864)			
3 Hasta Tatmini	496	3,44	0,91	0,49**	0,42**	(0,880)		
4 Hasta Sadakati	496	3,52	0,83	0,51**	0,44**	0,59**	(0,892)	
5 Tekrar Kullanma Niyeti	496	3,51	0,84	0,43**	0,46**	0,59**	0,73**	(0,937)

****** $p<0,01$ ve Cronbach's Alpha katsayıları parantez içinde gösterilmiştir. SS=Standart Sapma.N=örneklem sayısı

Tablo 4-56'yı incelediğimizde, hastaların hasta deneyimi ($3,72\pm0,59$) ve hizmet kalitesi algılarının ($3,58\pm0,58$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde davranışsal sonuçlar değişkenlerinden hasta tatmini ($3,44\pm0,91$), hasta sadakati ($3,52\pm0,83$) ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ($3,51\pm0,84$) düzeylerinin de orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelediğimizde ise bütün değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 4-57. Üniversite Hastanesine İlişkin Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	N	Ortalama	SS	1	2	3	4	5
1 Hasta Deneyimi	507	3,69	0,60	(0,918)				
2 Hizmet Kalitesi	507	3,63	0,63	0,84**	(0,905)			
3 Hasta Tatmini	507	3,35	0,96	0,70**	0,66**	(0,906)		
4 Hasta Sadakati	507	3,58	0,84	0,74**	0,68**	0,79**	(0,901)	
5 Tekrar Kullanma Niyeti	507	3,54	0,86	0,70**	0,68**	0,81**	0,83**	(0,956)

****** $p<0,01$ ve Cronbach's Alpha katsayıları parantez içinde gösterilmiştir. SS=Standart Sapma.N=örneklem sayısı

Tablo 4-57'yi incelediğimizde, hastaların hasta deneyimi ($3,69\pm0,60$) ve hizmet kalitesi algılarının ($3,63\pm0,63$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde davranışsal sonuçlar değişkenlerinden hasta tatmini ($3,35\pm0,96$), hasta sadakati ($3,58\pm0,84$) ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ($3,54\pm0,86$) düzeylerinin de yine orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelediğimizde ise bütün değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 4-58. Özel Hastaneye İlişkin Değişkenlere Ait Tanımlayıcı Veriler, Cronbach's Alpha ve Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	N	Ortalama	SS	1	2	3	4	5
1 Hasta Deneyimi	516	4,17	0,45	(0,936)				
2 Hizmet Kalitesi	516	4,21	0,44	0,90**	(0,945)			
3 Hasta Tatmini	516	4,11	0,52	0,78**	0,80**	(0,800)		
4 Hasta Sadakati	516	4,15	0,52	0,82**	0,82**	0,78**	(0,830)	
5 Tekrar Kullanma Niyeti	516	4,11	0,56	0,76**	0,74**	0,71**	0,79**	(0,867)

****** $p<0,01$ ve Cronbach's Alpha katsayıları parantez içinde gösterilmiştir. SS=Standart Sapma.N=Örneklem sayısı

Tablo 4-58'i incelediğimizde, hasta deneyimi ($4,17 \pm 0,45$) ve hizmet kalitesi algılarının ($4,21 \pm 0,44$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde davranışsal sonuçlar değişkenlerinden hasta tatmini ($4,11 \pm 0,52$), hasta sadakati ($4,15 \pm 0,52$) ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ($4,11 \pm 0,56$) düzeylerinin de yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelediğimizde ise bütün değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

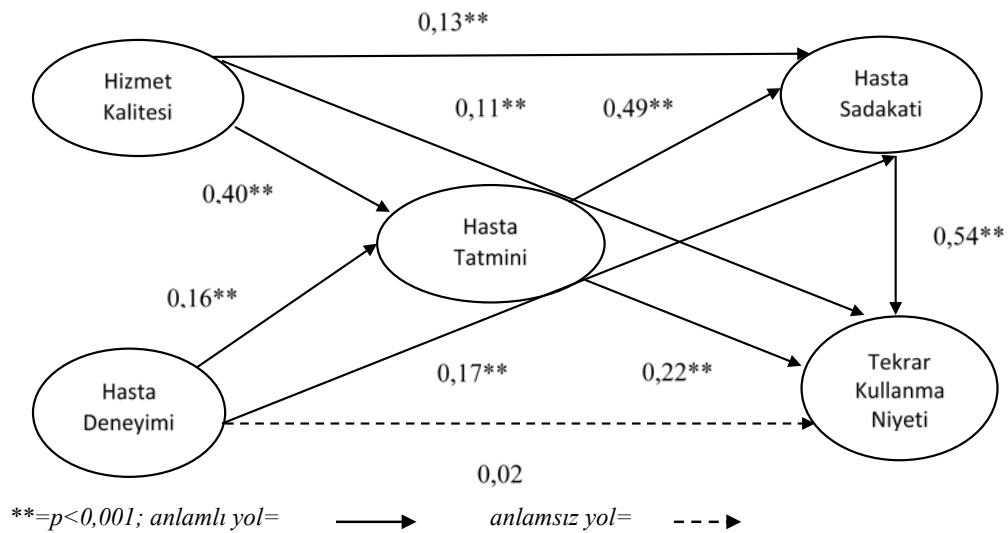
4.6. Yapısal Eşitlik Modeli

Bu bölümde her bir örneklem türü için öne sürülen teorik modeller yapısal eşitlik analizi ile test edilmiş ve devlet, üniversite ve özel hastane için test edilen modeller, model uyum değerleri ve yol analizi sonuçlarını gösteren tablolar ve değişkenlerin aracı role sahip olup olmadığını saptamaya yönelik olarak yapılan aracılık analizi sonuçları alt başlıklar halinde verilmiştir.

4.6.1. Örneklem Türüne Göre Test Edilen Modeller

Devlet, üniversite hastanesi ve özel hastane örnekleminde kurulan teorik modeller yapısal eşitlik modeli ile test edilmiştir. Analiz sonucunda ortaya çıkan modeller alt başlıklar halinde verilmiştir.

a) Devlet Hastanesine İlişkin Test Edilen Model

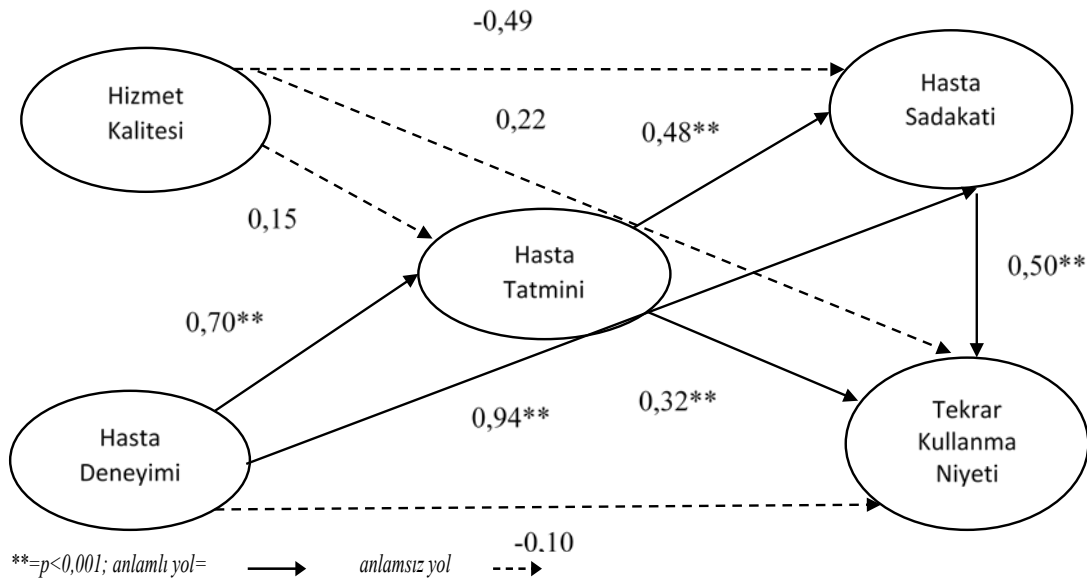


Şekil 4-9.Devlet Hastanesine İlişkin Sadeleştirilmiş Standart Regresyon Ağırlıklı Model

Şekil 4-9'da devlet hastanesi örnekleminde standardize edilmiş regresyon ağırlıklı model görülmektedir. Modelde bütün yolların anlamlı olduğu sadece hasta deneyiminin

sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinin anlamsız olduğu görülmektedir. Bu açıdan hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde tam aracı değişkenler olabileceği için p değeri anlamsız bulunmuştur. Aracılık rolünün test edilmesine yönelik analiz bulguları araştırmanın ilerleyen bölümlerinde verilecektir. Model incelendiğinde hizmet kalitesinin hasta tatmini üzerindeki etkisi ($R^2=0,40$; $p<0,001$), hasta deneyiminin hasta tatmini üzerindeki etkisinden ($R^2=0,16$; $p<0,001$) daha büyüktür. Yine hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerindeki etkisi ($R^2=0,13$; $p<0,001$) ile hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki etkisi ($R^2=0,17$; $p<0,001$) birbirine çok yakın olmakla beraber hasta deneyiminin etkisi daha büyüktür. Hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi ise $R^2=0,11$; $p<0,001$ 'dir. Hasta tatmininin hasta sadakati üzerindeki etkisi ($R^2=0,49$; $p<0,001$), sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinden ($R^2=0,22$; $p<0,001$) daha büyüktür. Ayrıca hasta sadakatının sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi ($R^2=0,54$; $p<0,001$), hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinden ($R^2=0,22$; $p<0,001$) daha büyüktür.

b) Üniversite Hastanesine İlişkin Test Edilen Model

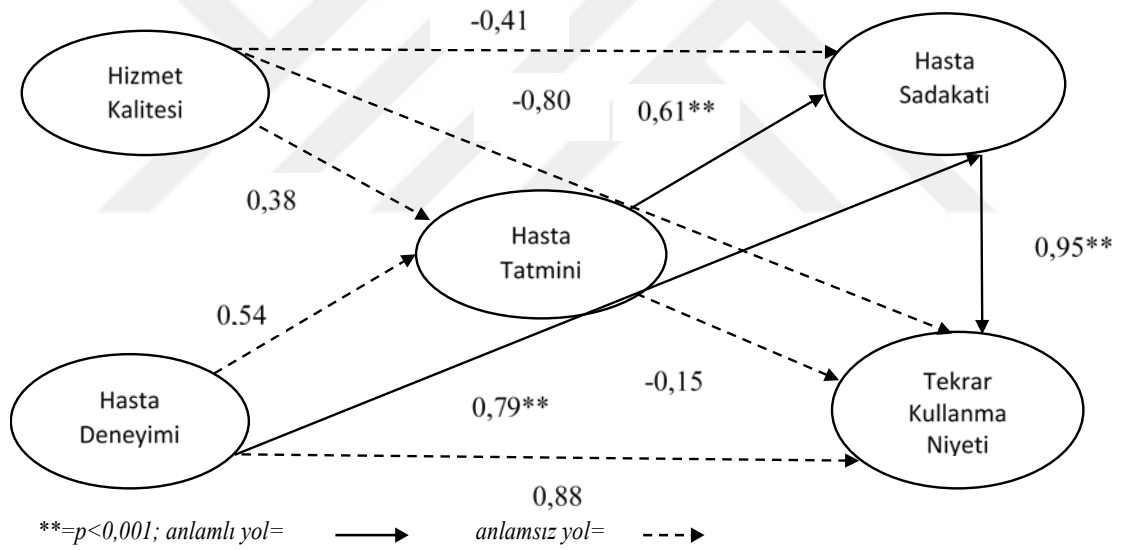


Şekil 4-10.Üniversite Hastanesine İlişkin Sadeleştirilmiş Standart Regresyon Ağırlıklı Model

Şekil 4-10'da üniversite hastanesi örnekleminde standardize edilmiş regresyon ağırlıklı model görülmektedir. Modelde hizmet kalitesi-hasta tatmini, hizmet kalitesi-

hasta sadakati ve hizmet kalitesi-sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki yollar ile hasta deneyimi-sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki yollar anlamsız bulunmuştur. Hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde tam aracı değişkenler olabileceği için p değeri anlamsız bulunmuştur. Aracılık rolünün test edilmesine yönelik analiz bulguları araştırmanın ilerleyen bölümlerinde verilecektir. Model incelendiğinde hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki etkisinin ($R^2=0,94$; $p<0,001$) hasta tatmini üzerindeki etkisinden ($R^2=0,70$; $p<0,001$) daha büyük olduğu görülmektedir. Hasta tatmininin hasta sadakati üzerindeki etkisi ($R^2=0,48$; $p<0,001$), sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinden ($R^2=0,32$; $p<0,001$) daha büyüktür. Ayrıca hasta sadakatının sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi ($R^2=0,50$; $p<0,001$), hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinden ($R^2=0,32$; $p<0,001$) daha büyüktür.

c) Özel Hastaneye İlişkin Test Edilen Model



Şekil 4-11.Özel Hastaneye İlişkin Sadeleştirilmiş Standart Regresyon Ağırlıklı Model

Şekil 4-11’de özel hastane örnekleminde standardize edilmiş regresyon ağırlıklı model görülmektedir. Modelde hizmet kalitesi-hasta tatmini, hizmet kalitesi-hasta sadakati ve hizmet kalitesi-sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki yollar ile hasta deneyimi-hasta tatmini, hasta deneyimi-sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki yol ve hasta tatmini-sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki yollar anlamsız bulunmuştur. Hasta deneyiminin ve hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde tam aracı değişken olabileceği için p değeri anlamsız

bulunmuştur. Aracılık rolünün test edilmesine yönelik analiz bulguları araştırmanın ilerleyen bölümlerinde verilecektir. Model incelendiğinde hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki etkisi ($R^2=0,79$; $p<0,001$) hasta tatmininin hasta sadakati üzerindeki etkisinden ($R^2=0,61$; $p<0,001$) daha büyük olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta sadakatının sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi $R^2=0,95$; $p<0,001$ 'dir.

4.6.2. Test Edilen Modellere İlişkin Uyum Değerleri

Test edilen modellere ilişkin uyum değerleri tablo 4-59'da gösterilmiştir.

Tablo 4-59. Örneklem Türüne Göre Model Değerleri

Devlet hastanesi	Ölçüm (measure)	Değer (value)
	Chi-square/df (cmin/df)	3,048 (kabul edilebilir)
	GFI	0,860 (kabul edilebilir)
	CFI	0,924 (kabul edilebilir)
	TLI	0,914 (kabul edilebilir)
	RMR	0,077 (kabul edilebilir)
	NFI	0,892 (kötü)
	RMSEA	0,064 (kabul edilebilir)
Üniversite hastanesi	Ölçüm (measure)	Değer (value)
	Chi-square/df (cmin/df)	3,122 (kabul edilebilir)
	GFI	0,850 (kabul edilebilir)
	CFI	0,941 (kabul edilebilir)
	TLI	0,933 (kabul edilebilir)
	RMR	0,046 (mükemmel)
	NFI	0,916 (kabul edilebilir)
	RMSEA	0,065 (kabul edilebilir)
Özel hastane	Ölçüm (measure)	Değer (value)
	Chi-square/df (cmin/df)	2,001 (mükemmel)
	GFI	0,837 (kötü)
	CFI	0,927 (kabul edilebilir)
	TLI	0,923 (kabul edilebilir)
	RMR	0,019 (mükemmel)
	NFI	0,864 (kötü)
	RMSEA	0,044 (mükemmel)

Tablo 4-59'da örneklem türüne göre model değerleri görülmektedir. Devlet hastanesi örnekleminde model değerlerinden yalnızca NFI değerinin kötü olduğu diğer tüm değerlerin kabul edilebilir sınırlar arasında olduğu görülmüştür. Üniversite hastanesi örnekleminde bütün model değerlerinin mükemmel ve kabul edilebilir sınırlar arasında

olduğu ve özel hastane örnekleminde ise NFI ve GFI değerlerinin kötü diğer değerlerin ise mükemmel ve kabul edilebilir sınırlarda olduğu görüldüğünden, her üç modelde kabul edilmiştir.

4.6.3. Test Edilen Modellere İlişkin Yol Analizi Sonuçları

Yukarıda şekiller üzerinde açıklanan modeldeki yollara ilişkin değerler; standardize edilmiş regresyon, standardize edilmemiş regresyon, standart hata ve p (anlamlılık) değerlerini içerecek biçimde Tablo 4-60'da gösterilmiştir.

Tablo 4-60.Örneklem Türüne Göre Modeldeki Yollara İlişkin Regresyon Ağırlıkları

Devlet Hastanesine İlişkin Regresyon Ağırlıkları				
Değişkenler	Standardize Regresyon Katsayısı	Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı	Standart Hata	P
Hasta Deneyimi → Hasta Tatmini	0,16	0,18	0,15	0,012
Hizmet Kalitesi → Hasta Tatmini	0,40	0,77	0,07	<0,001
Hizmet Kalitesi → Hasta Sadakati	0,13	0,26	0,11	0,021
Hasta Deneyimi → Hasta Sadakati	0,17	0,20	0,06	<0,001
Hasta Tatmini → Hasta Sadakati	0,49	0,51	0,04	<0,001
Hizmet Kalitesi → Tekrar Kullanma Niyeti	0,11	0,21	0,09	<0,001
Hasta Deneyimi → Tekrar Kullanma Niyeti	0,02	0,02	0,04	0,602
Hasta Tatmini → Tekrar Kullanma Niyeti	0,22	0,21	0,04	<0,001
Hasta Sadakati → Tekrar Kullanma Niyeti	0,54	0,51	0,04	<0,001
Üniversite Hastanesine İlişkin Regresyon Ağırlıkları				
Değişkenler	Standardize Regresyon Katsayısı	Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı	Standart Hata	P
Hasta Deneyimi → Hasta Tatmini	0,70	1,01	0,40	0,012
Hizmet Kalitesi → Hasta Tatmini	0,15	0,18	0,34	0,590
Hizmet Kalitesi → Hasta Sadakati	-0,49	-0,42	0,25	0,100
Hasta Deneyimi → Hasta Sadakati	0,94	0,93	0,32	0,004
Hasta Tatmini → Hasta Sadakati	0,48	0,33	0,50	<0,001
Hizmet Kalitesi → Tekrar Kullanma Niyeti	0,22	0,24	0,23	0,296

Üniversite Hastanesine İlişkin Regresyon Ağırlıkları				
Değişkenler	Standardize Regresyon Katsayısı	Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı	Standart Hata	P
Hasta Deneyimi → Tekrar Kullanma Niyeti	-0,10	0,12	0,32	0,688
Hasta Tatmini → Tekrar Kullanma Niyeti	0,32	0,28	0,05	<0,001
Hasta Sadakati → Tekrar Kullanma Niyeti	0,50	0,64	0,10	<0,001
Özel Hastaneye İlişkin Regresyon Ağırlıkları				
Değişkenler	Standardize Regresyon Katsayısı	Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı	Standart Hata	P
Hasta Deneyimi → Hasta Tatmini	0,54	0,53	0,34	0,121
Hizmet Kalitesi → Hasta Tatmini	0,38	0,40	0,37	0,272
Hizmet Kalitesi → Hasta Sadakati	-0,41	-0,46	0,39	0,238
Hasta Deneyimi → Hasta Sadakati	0,79	0,82	0,36	0,026
Hasta Tatmini → Hasta Sadakati	0,61	0,64	0,14	<0,001
Hizmet Kalitesi → Tekrar Kullanma Niyeti	-0,80	-0,93	0,49	0,056
Hasta Deneyimi → Tekrar Kullanma Niyeti	0,88	0,96	0,49	0,053
Hasta Tatmini → Tekrar Kullanma Niyeti	-0,15	-0,17	0,16	0,283
Hasta Sadakati → Tekrar Kullanma Niyeti	0,95	1,00		<0,001

4.6.4. Aracılık Analizi

Bu bölümde örneklem türüne göre oluşturulan modellerde yer alan değişkenlerin aracılık rolü test edilmiştir. Sonuçlar alt başlıklar halinde verilmiştir.

4.6.4.1. Devlet Hastanesi Modeline İlişkin Aracılık Analizi

Modelde yer alan değişkenlerin tam ya da kısmi aracı rolü olup-olmadığı Bootstrap yöntemi ile 5000 örneklem büyüklüğünde test edilmiştir. Bağımsız değişken olan hasta deneyiminin bağımlı değişken olan sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerinde aracı değişken olan hasta tatmini ve hasta sadakati aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,42; p=0,000). Dolayısıyla, hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve hasta sadakati tam aracı role sahiptir ve hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki

açıklayıcılığının %42'si hasta tatmini ve sadakati aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H2 ve H3 desteklenmektedir. Yine bağımsız değişken olan hasta deneyiminin bağımlı değişken olan hasta sadakati üzerinde aracı değişken olan hasta tatmini aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,22; $p=0,000$). Dolayısıyla hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki etkisinde hasta tatmini kısmi aracı role sahiptir. Hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki toplam etkisi 0,46'dır ve bunun %22'si hasta tatmini aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H1 desteklenmektedir.

Bağımsız değişken olan hizmet kalitesinin bağımlı değişken olan hasta sadakati üzerinde aracı değişken olan hasta tatmini aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,27; $p=0,000$). Dolayısıyla hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerindeki etkisinde hasta tatmini kısmi aracı role sahiptir. Hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerindeki toplam etkisi %51'dir ve bunun %27'si hasta tatmini aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H4 desteklenmektedir. Yine bağımsız değişken olan hizmet kalitesinin bağımlı değişken olan sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki aracı değişken olan hasta tatmini ve hasta sadakati aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,46; $p=0,000$). Dolayısıyla, hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve hasta sadakati kısmi aracı role sahiptir ve hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki açıklayıcılığının %46'sı hasta tatmini ve hasta sadakati aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H5 ve H6 desteklenmektedir.

Bağımsız değişken olan hasta tatmininin bağımlı değişken olan sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerinde aracı değişken olan hasta sadakati aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,37; $p=0,000$). Dolayısıyla hasta tatminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde üzerindeki etkisinde hasta sadakati kısmi aracı role sahiptir. Hizmet tatminin sağlık hizmeti tekrar kullanma niyeti üzerindeki toplam etkisi %63'tür ve bunun %37'si hasta sadakati aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H7 desteklenmektedir.

Tablo 4-61'de modelde yer alan bağımsız değişkenlerin aracı değişkenler yolu ile bağımlı değişkenler üzerindeki direk, dolaylı ve toplam etkileri ile aracılık rolleri gösterilmiştir.

Tablo 4-61. Direk, Dolaylı ve Toplam Etkiler

Yol	Direk etki (x→y)	Dolaylı etki	Toplam etki	Sonuç
Hasta deneyimi→(Hasta tatmini)→Hasta sadakati	0,24***	0,22***	0,46	Kısmi aracı
Hasta deneyimi→(Hasta tatmini)→Tekrar kullanma niyeti ↘(Hasta sadakati)↗	0,09 (ad)	0,42***	0,51	Tam aracı
Hizmet kalitesi→Hasta tatmini→Hasta sadakati	0,24***	0,27***	0,51	Kısmi aracı
Hizmet kalitesi→(Hasta sadakati)→Tekrar kullanma niyeti ↘(Hasta tatmini)↗	0,13***	0,46***	0,59	Kısmi aracı
Hasta tatmini→(Hasta sadakati)→Tekrar kullanma niyeti	0,26***	0,37***	0,63	Kısmi aracı

***= $p<0.001$ **= $p<0.05$; ad="anlamlı değil" (Anlamlılık bootstrap yöntemi %95 güven aralığında test edilmiştir); x=bağımsız değişken; y=bağımlı değişken.

4.6.5. Üniversite Hastanesi Modelinde Aracılık Analizi

Modelde yer alan değişkenlerin tam ya da kısmi aracı rolü olup-olmadığı Bootstrap yöntemi ile 5000 örneklem büyüklüğünde test edilmiştir. Bağımsız değişken olan hasta deneyiminin bağımlı değişken olan sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki aracı değişken olan hasta tatmini ve hasta sadakati aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,77; $p<0,05$). Dolayısıyla, hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve hasta sadakati tam aracı role sahiptir ve hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki açıklayıcılığının %77'si hasta tatmini ve hasta sadakati aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H2 ve H3 desteklenmektedir. Yine bağımsız değişken olan hasta deneyiminin aracı değişken olan hasta sadakati üzerinde bağımlı değişken olan hasta tatmini aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,38; $p=0,000$). Dolayısıyla hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki etkisinde hasta tatmini kısmi aracı role sahiptir. Hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki toplam etkisi %86'dır ve bunun %38'i hasta tatmini aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H1 desteklenmektedir.

aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H3 ve H4 desteklenmektedir.

Bağımsız değişken olan hasta tatmininin bağımlı değişken olan sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerinde aracı değişken olan hasta sadakati aracılığı ile dolaylı etkisi test sonucunda anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki=0,93; $p<0,05$). Dolayısıyla hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde üzerindeki etkisinde hasta sadakati tam aracı role sahiptir. Hasta tatmininin sağlık hizmeti tekrar kullanma niyeti üzerindeki hasta sadakati aracılığı etkisi %93'dür. Dolayısıyla araştırma hipotezlerinden H7 desteklenmektedir.

Tablo 4-63'de modelde yer alan bağımsız değişkenlerin aracı değişkenler yolu ile bağımlı değişkenler üzerindeki direk, dolaylı ve toplam etkileri ile aracılık rolleri gösterilmiştir.

Tablo 4-63. Direk, Dolaylı ve Toplam Etkiler

Yol	Direk etki ($x \rightarrow y$)	Dolaylı etki	Toplam etki	Sonuç
Hasta deneyimi $\rightarrow$ (Hasta sadakati) $\rightarrow$ Tekrar kullanma niyeti (hasta tatmini)	-0,05(ad)	0,90***	0,85	Tam aracı
Hasta tatmini $\rightarrow$ (Hasta sadakati) $\rightarrow$ Tekrar kullanma niyeti	-0,08(ad)	0,93***	0,85	Tam aracı

***= $p<0.001$ **= $p<0.05$; ad="anlamlı değil" (Anlamlılık bootstrap yöntemi %95 güven aralığında test edilmiştir);

x =bağımsız değişken; y =bağımlı değişken.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma bulguları özetlenerek literatüre dayalı olarak tartışılmıştır. Bu araştırma ile hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin, hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla geliştirilen araştırma modeli devlet, üniversite ve özel hastane örnekleminde test edilmiştir. Bölümde öncelikle araştırma değişkenlerinin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliği ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan beş ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik analizine ait sonuçlar şöyledir:

5.1. Araştırma Örneklemine Ait Tanımlayıcı İstatistikî Sonuçların Tartışılması

Araştırmanın örneklemini devlet hastanesinden hizmet alan 496; üniversite hastanesinden hizmet alan 507 ve özel hastaneden hizmet alan 516 kişi oluşturmaktadır. Devlet hastanesi örnekleminin %42,9'u erkek, %56,5'i ise kadındır. Örneklemini oluşturan kişilerin %56,5'i evli ve büyük bir çoğunluğu da (%30,4) lise mezunudur. Yaş aralığı 18-79 arasında değişmekte ve büyük çoğunluğunun (%24,6) gelir düzeyi 2001-2500 TL arasında değişmektedir. Ayrıca katılımcıların büyük oranı (%28) ev hanımı ve (%23,4) özel sektör çalışanıdır. Üniversite hastanesi örnekleminin %49,7'si erkek, %49,5'i ise kadındır. Örneklemini oluşturan kişilerin %55'i evli ve büyük bir çoğunluğu da (%31,8) lise mezunudur. Yaş aralığı 18-79 arasında değişmekte ve büyük çoğunluğunun (%48,7) gelir düzeyi 2001-3500 TL arasında değişmektedir. Ayrıca katılımcıların büyük oranı sırayla (%26) özel sektör çalışanı, (%17,8) ev hanımı ve (%13,4) esnaftır. Özel hastane örnekleminin yaklaşık olarak %60'ını erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Örneklemini oluşturan kişilerin %66,5'i evli ve %62,8'i ön lisans ve lisans mezunudur. Yaş aralığı 18-69 arasında değişmekte ve büyük çoğunluğunun (%26,7) gelir düzeyi 4000 TL ve üzerinde şeklinde gerçekleşmektedir. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğu kamu (%23,8) ve özel sektör (%22,1) çalışanlarından oluşmaktadır. Örneklem türüne göre tanımlayıcı veriler kıyaslandığında özel hastaneden hizmet alan hastaların eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yine özel hastaneden hizmet alan hastaların gelir seviyesi de daha yüksektir. Devlet ve üniversite hastanesinden hizmet alan kişilerin çoğunluğu ev hanımı iken; özel hastaneden hizmet alan kişiler çoğunlukla kamu ve özel sektör çalışanıdır.

Araştırmada ayrıca katılımcıların hastane kullanım özellikleri ile ilgili bilgiler de elde edilmiştir. Devlet hastanesinden hizmet alan katılımcıların büyük çoğunluğu hastane

hizmetlerinden uzun yıllardır yararlanmakta, sadece %6'sı 1 yıldan az süre ile hastane hizmetlerini kullanmaktadır. Büyük çoğunluğu (%38) gerektiğinde ve en çok muayene olmak (%71,4) suretiyle hastaneye gitmekte ve yine büyük çoğunluğu (%31,5) muayene olmak için 10 ila 20 dakika arasında beklemektedir. Üniversite hastanesinden hizmet alan katılımcıların büyük çoğunluğu hastane hizmetlerinden uzun yıllardır yararlanmakta, sadece %8,1'si 1 yıldan az süre ile hastane hizmetlerini kullanmaktadır. Büyük çoğunluğu (%36,5) gerektiğinde ve en çok muayene olmak (%84,8) suretiyle hastaneye gitmektedir. Muayene olmak için yalnızca %2'si 10 ila 20 dakika arasında beklerken, (%63,2'si 21 ila 60 dakika arasında beklemektedir. Özel hastaneden hizmet alan katılımcıların büyük çoğunluğu (%63) hastane hizmetlerinden 1-3 yıl süre ile yararlanmaktadır. Büyük çoğunluğu (%54,7) gerektiğinde ve en çok muayene olmak (%89,3) suretiyle hastaneye gitmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu muayene olmak için 10-20 dakika arasında beklemektedir. Her üç veri setinde de hastalar gerektiğinde ve muayene olmak suretiyle hastane hizmetlerini kullanmaktadır. Devlet ve üniversite hastanesinden hizmet alan hastaların çoğu, hastane hizmetlerinden uzun yıllar yararlanırken; özel hastaneden hizmet alan hastaların çoğunluğu hastane hizmetlerinden 1-3 yıl arasında yararlanmaktadır. Muayene olmak için devlet ve özel hastaneden hizmet alan hastaların çoğu 10-20 dakika arasında beklerken, üniversite hastanesinden hizmet alan hastaların çoğu 20-60 dakika arasında beklemektedir. Tezcan ve arkadaşları (2014) üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyetini araştırdığı çalışmasında, hastaların çoğunun 15 dakika içinde muayene olamadıklarını tespit etmiştir (Tezcan, ve ark., 2014). Bu araştırmada ise devlet ve özel hastaneden hizmet alan hastaların çoğu 10-20 dakika arasında beklerken, üniversite hastanesinden hizmet alan hastaların çoğu 20-60 dakika arasında beklediği tespit edilmiştir. Kırılmaz (2013) hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri performans yönetimi çerçevesinde incelediği araştırmasını devlet hastanesi poliklinik hastaları ile gerçekleştirmiştir. Araştırmada hasta kabul hizmetlerinden (muayene için bekleme süresi, muayene sırası almada zorluk çekme ve istediği doktoru seçme) memnuniyetin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kırılmaz, 2013). Atmaca, Avcı ve Edirne (2009) birinci basamak sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyetini araştırdığı çalışmasında, hastaların büyük çoğunluğunun muayene olmak için 15 dakikadan fazla beklediği tespit etmiştir. (Atmaca, Avcı, ve Edirne, 2009) Türkiye'de hastaların, hastane kullanım özellikleri (bekleme süresi, hangi şekilde hastane hizmetlerinden yararlandığı, sağlık hizmetinden yararlanma süresi vb.) ile ilgili çalışmaların sayısı az olmakla beraber, bu faktörlerin hasta

tatmini üzerindeki etkisinin bilindiği raporlanmıştır (Atmaca ve ark., 2009; Kırılmaz, 2013; Tezcan ve ark., 2014).

5.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirliği

1. Deneyim Ölçeği Maklan ve Klaus (2011) tarafından geliştirilen 19 maddelik ölçektir. Deneyim ölçeği konunun uzmanları tarafından sağlık hizmetlerine uyarlama sonucu 20 madde (6 huzur, 6 güncellik, 4 sonuç odaklılık, 4 hizmet deneyimi) halini almıştır. Ölçeğe yapılan DFA analizi sonucunda, özgün ölçekle en iyi uyumu gösteren veri seti özel hastane olmuştur. Devlet ve üniversite hastanesi örnekleminde ise ölçek yapısı birbirine çok benzer bulunmuştur. Devlet hastanesi örnekleminde hasta deneyimi ölçeği 2 huzur, 2 güncellik, 3 sonuç odaklılık, 4 hizmet deneyimi olmak üzere toplam 11 maddeden oluşmuştur. Üniversite hastanesi örnekleminde ise 3 huzur, 4 güncellik, 3 sonuç odaklılık ve 4 hizmet deneyimi olmak üzere toplam 14 maddeden oluşmuştur. Her iki veri setinde de sonuç odaklılık ve hizmet deneyimi boyutları aynı maddeler ile ölçümlenirken; devlet hastanesi örnekleminde huzur boyutu bağımsız tavsiye ve benzerlik değişkenleri ile; üniversite hastanesi örnekleminde ise ilişki ve işlem ile kolaylıkla elde etme değişkenleri ile ölçümlenmiştir. Yine güncellik boyutu devlet hastanesi örnekleminde yalnızca esneklik ve proaktiflik değişkenleri ile ölçümlenirken; üniversite hastanesi örnekleminde bu iki değişkene ek olarak risk algısı 1 ve risk algısı 2 değişkenleri ile ölçümlenmiştir. Özel hastane örnekleminde ise nerdeyse ölçek yapısının tamamı korunmuştur. Ölçek 6 huzur, 5 güncellik, 3 sonuç odaklılık 3 hizmet deneyim olmak üzere toplam 17 maddeden oluşmuştur. Güncellik boyutundan esneklik değişkeni, sonuç boyutundan durağanlık değişkeni ve hizmet deneyimi boyutundan karşılaştırma zorunluluğu değişkeni çıkarılmıştır. Durağanlık değişkeni (Başka hastanelerde var fakat bana sunduğu kolaylıklar nedeniyle bu hastaneyi tercih ederim) hiç bir veri setinde kullanılmamıştır. Esneklik (Bu hastaneden hizmet alırken ihtiyaçlarımın gözetilmesi ve tedavi seçenekleri konusunda esnek olunması benim için önemlidir) ve karşılaştırma zorunluluğu (Bu hastanede sunulan farklı tedavi seçeneklerini karşılaştırmazsam, hangisinin benim için en iyi olduğunu bilemem) değişkenleri ise yalnızca özel hastane veri setinde kullanılmamıştır. Huzur boyutu müşterinin hizmeti kullanmadan önce, sırasında veya sonrasında hizmet sunucusuyla olan tüm etkileşimleri ifade etmektedir (Klaus ve Maklan, 2012). Devlet ve üniversite hastanesi veri setinde bu boyut iki değişken ile ölçümlenirken, özel hastane veri setinde altı değişkenin tamamıyla ölçümlenmiştir.

Özellikle Türkiye’de kamu hastanelerinde hizmet sunucuyla ve özellikle hekimler ile etkileşim yalnızca hizmeti kullanma sırasında mümkün olabiliyorken, özel hastanelerde hizmet sunucuyla-hasta etkileşiminin daha yoğun olduğu söylenebilir. Güncellik boyutu hizmeti kullanma sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar durumunda esneklik ve hizmeti geri kazanmanın önemini vurgularken, beklenmedik olaylar karşısında hizmet sunucuların davranışlarının müşterilerin şimdiki ve gelecekteki kararları üzerindeki etkisini açıklamaktadır (Klaus ve Maklan, 2012). Devlet hastanesi veri setinde güncellik boyutu esneklik ve proaktiflik ile, üniversite hastanesi veri setinde esneklik proaktiflik risk algısı1 ve risk algısı-2 değişkenleri ile, özel hastanesi veri setinde ise proaktiflik risk algısı1 risk algısı 2 kişilerarası beceriler ve kurtarma değişkenleri ile ölçümlenmiştir. Sonuç odaklılık boyutu hedefe yönelik deneyimlerin önemini ifade etmektedir (Klaus ve Maklan, 2012). Her üç veri setinde de sonuç odaklılık, ortak zemine sahip olma ve geçmiş deneyim değişkenleri ile ölçümlenmiştir. Hizmet deneyimi boyutu ise müşterilerin seçimlere sahip olma algısı ve seçenekleri karşılaştırma yeteneğinin önemini ifade etmektedir (Klaus ve Maklan, 2012). Bu boyutta sadece özel hastane veri setinde karşılaştırma zorunluluğu değişkeni hariç diğer tüm değişkenler hizmet deneyimi boyutunu her üç veri setinde de ölçümlenmişlerdir. Özel hastaneye başvuran hastalar genellikle araştırıp, değerlendirip o hastaneyi isteyerek tercih eden hastalar olduğu için, hizmet kullanım sırasında bu hastane dışında farklı hastanelerden tedavi seçenekleri karşılaştırma zorunluluğu hissetmeyebilirler. Bu yüzden bu değişken özel hastane veri setinde çalışmamış olabilir. Sonuç olarak üç veri setinde hasta deneyimi ölçeğinin DFA ve güvenilirlik analizi sonucunda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Farklı araştırmalarda deneyim ölçeğinin faktör yapısına ilişkin bilgiler ise şöyledir:

- Verhoef ve ark., (2009); müşteri deneyimi oluşturmaya bütüncül bir bakış açısıyla ele aldığı araştırmasında, literatürde kullanılan müşteri deneyimi boyutlarını incelemiştir. Buna göre; sosyal çevre, hizmet arabirimi, ortam, çeşitlilik, ücret, alternatif kanallarda müşteri deneyimi ve marka boyutlarına ulaşmıştır.
- Gentile ve ark., (2007); iyi bilinen onbir markanın müşterisiyle yürüttüğü çalışmada, müşteri deneyimi boyutları olarak duyuşal, duygusal, bilişsel, faydacı, yaşam tarzı, ilişkisellik olmak üzere altı faktörlü bir yapı tespit etmiştir.
- Duran, (2017); teknoloji temelli self servis satış kanallarının algılanan özelliklerinin müşteri deneyimine etkisi başlıklı araştırmasında müşteri deneyimi

boyutlarını tutarlılık, güncellik, ürün deneyimi, ilişkide güven, çıktı odaklılık ve alternatifler olmak üzere 6 faktörlü olarak açıklamıştır.

- Ho, Li ve Su, (2006) yaptığı çalışmasında sağlık kuruluşları için deneyimsel pazarlama stratejileri oluşturmalarına yardımcı olabilecek bir müşteri deneyimi çerçevesi oluşturmayı amaçlamıştır. Bu kapsamda rekreatif cerrahisi geçiren 32 hasta ile derinlemesine görüşmeler yapmış ve bu kapsamda duygusal, duygusal, düşünsel, davranışsal ve ilişkisel olmak üzere beş hasta deneyimi boyutu belirlemiştir.
- Buccoliero ve Bellio, (2010), İtalya’da devlet ve özel hastaneden hizmet alan hastalar ile yürüttüğü araştırmasında, hasta deneyimini atmosfer, çevrenin rahatlığı, hasta güçlendirme ve teknoloji olarak 4 faktörlü bir yapı olarak tespit etmiştir.
- Chen ve Hsieh, (2010) sağlık turistlerinin deneyimi, deneyimsel değeri ve tatmini arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik olarak yürüttüğü çalışmasında, deneyimi duygusal, düşünsel ve duygusal olarak üç faktörlü bir yapı olarak ele almıştır.

Genel olarak literatür incelendiğinde deneyim ölçeğine ilişkin farklı örneklem türlerinde farklı faktör yapılarının olduğu görülmektedir. Bu durumun “deneyimsel pazarlama” kavramının literatürde yeni ve sağlık hizmetlerine özgü çalışmaların yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

2. SERVPERF hizmet kalitesi ölçeği (Cronin ve Taylor, 1992) tarafından geliştirilmiş, tek boyutlu 22 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğe öncelikle DFA yapılmış devlet ve üniversite hastanesi veri setinde özgün yapı ile uyumlu çıkmadığı ve orijinalinde tek faktörlü bir yapıya sahip olduğundan, bahsedilen veri setlerinde nasıl bir faktör yapısına sahip olduğunu belirlemek amacıyla AFA yapılmıştır. AFA sonucunda devlet hastanesi örnekleminde SERVQUAL ölçeği boyutlarına çok benzer faktör yapısı ortaya çıktığı için faktör isimlendirmesi de buna göre yapılmıştır. (1-4) fiziksel özellikler, (5-10) güvenilirlik, (11-13) yanıtverilebilirlik, (14-17) güvence ve (18-22) empati olmak üzere toplam varyansın %72’sini açıklayan beş faktörlü bir yapı tespit edilmiştir. Sonrasında yapı tekrar DFA ile test edilmiş ancak model değerleri düşük çıktığı için modifikasyonlar yapılmıştır. Bunun sonucunda faktör yapıları aynen korunmuş ancak fiziksel özellikler boyutundan 1-4, güvenilirlik boyutundan 5-8-10, yanıtverilebilirlik boyutundan 11., güvence boyutundan 16-17. ve empati boyutundan 18-19. maddeler

çıkarılarak 12 değişkenli ölçek elde edilmiştir. Üniversite hastanesi veri setinde yapılan AFA sonucunda ölçeğin; 9 madde güvenilirlik ve isteklilik, 2 madde empati, 3 madde fiziksel özellikler, 3 madde güvence olmak üzere toplam varyansın %61'ini açıklayan dört faktörlü bir yapıdan oluştuğu tespit edilmiştir. Sonrasında yapı tekrar DFA ile test edilmiş ancak model değerleri düşük çıktığı için modifikasyonlar yapılmıştır. Bunun sonucunda faktör yapıları aynen korunmuş ancak güvenilirlik ve isteklilik boyutundan 6,7,9,10, ve 21.maddeler ile fiziksel özellikler boyutundan 2. madde çıkarılarak onbir değişkenli ölçek elde edilmiştir. Özel hastane veri setinde ölçeğe ilişkin yapılan DFA sonucunda model iyi uyum göstermiş ve bütün maddeler tek boyut yapısında korunmuştur. Sonuç olarak üç veri setinde hizmet kalitesi ölçeğinin DFA ve güvenilirlik analizi sonucunda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Farklı araştırmalarda hizmet kalitesi ölçeğinin faktör yapısına ilişkin bilgiler ise şöyledir:

- Yağcı ve Duman, (2006) hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ilişkisini, devlet, özel ve üniversite hastanesi türüne göre karşılaştırdığı araştırmasında, hizmet kalitesini dört boyutta ölçmüştür. Bu boyutlar muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması-tetkik hizmetleri ve genel görünümünden oluşmakta ve toplam varyansın %74'ünü açıklamaktadır.
- Bülbül ve Demirer, (2008); SERVQUAL ve SERVPERF ölçüm modellerini bankacılık örnekleminde karşılaştırdığı araştırmasında, hem SERVQUAL hem de SERVPERF modellerinin geçerli ve güvenilir olduğunu, SERVPERF modelinin hizmet kalitesinin boyutlarını açıklamada SERVQUAL modeline göre daha güçlü olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca SERVPERF modelinin tek boyutlu olmadığı, SERVQUAL modeli gibi beş boyutlu bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir.
- Demirer ve Bülbül, (2014); kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tercihi arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, hizmet kalitesi ölçeği olarak SERVQUAL modelini kullanmıştır. Ölçek geçerli ve güvenilir olmasına karşın, boyutlar özgün yapıya uygun çıkmamıştır. Kamu hastanelerinin hizmet kalitesi (1)güvenilirlik-somutluk ve (2)yanıt verebilirlik-güvence-empati olmak üzere iki boyuttan; özel hastanelerin kalitesi ise (1) güvenilirlik-güvence, (2) somutluk ve (3) empati olmak üzere üç boyuttan oluşmuştur.

- Varinli ve Çakır, (2004); hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasını özel hastaneden hizmet alan hastalar ile yürütmüştür. Hizmet kalitesi doktorlar ile ilgili faktörler, hemşireler ile ilgili faktörler, süreç ile ilgili faktörler ve personel ilgili faktörler olmak üzere dört boyuttan oluşmuş ve boyutlar toplam varyansın %63'ünü açıklamıştır.
- Babakus ve Mangold, (1992) SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğini hastane hizmetlerine adapte ettiği çalışmada ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu ancak faktör yapısının özgün yapıya uyumlu bir şekilde korumadığını bildirmiştir. Özgün ölçek beş boyutlu 22 maddelik iken; Babakus ve Mongold (1992)'nin hastane hizmetlerine adapte ettiği ölçek ise tek boyutlu ve 15 maddeden oluşmuştur.
- Fogarty, Catts, ve Forlin, (2000); özgün ölçekten farklı olarak 15 maddelik SERVPERF-M ölçeği üzerinde yürüttüğü çalışmada ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu savunmuştur. Dört farklı veri setinde sürdürdüğü araştırmasının üç veri setinde yanıtverilebilirlik, güvence ve empati faktörlerinin aynı boyutta ve güvenilirlik ve fiziksel özellikler faktörlerinin de yine aynı boyutta olma yönünde bir eğilimi olduğu bu yüzden faktör yapılarının kararsız olduğunu ileri sürmüştür.
- Dagger, Sweeney, ve Johnson, (2007) sağlık hizmet kalitesinin hiyerarşik modeli adlı araştırmasında, hizmet kalitesi ölçeğini geliştirmiş ve ölçeğin tatmin ve davranışsal niyetler gibi önemli hizmet çıktılarını öngörme kabiliyetini incelemiştir. Buna göre ölçek; kişilerarası kalite, teknik kalite, çevre kalitesi ve yönetim kalitesi olmak üzere dört ana boyut ve etkileşim, ilişki, sonuç, uzmanlık, atmosfer, somutluk, zamanlama, operasyon ve destek olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşmuştur.

Genel olarak literatürde yapılmış çalışmalar incelendiğinde ölçeğin örnekleme türüne göre farklı faktör yapısına sahip olabileceği görülmüştür. Bu çalışmada ise SERVPERF hizmet kalitesi ölçeğinin özgün yapı ile en iyi uyumu özel hastane örnekleminde ortaya çıkmıştır. Devlet ve üniversite hastanesi örnekleminde farklı bir ölçek yapısı ortaya çıkmıştır.

3. Sütütemiz (2005) tarafından daha önce kullanılan ve sağlık hizmetlerine uyarlanan hasta tatmini ölçeği; Oliver (1980), Westbrook ve Oliver (1981), Oliver ve Swan (1989)'ın yaptığı çalışmalar derlenerek oluşturulmuştur. Özgün yapısı tek faktör ve 4 maddeden oluşmaktadır. Tek faktörlü ve madde sayısının az oluşundan dolayı ölçeğe ilişkin üç veri setinde de DFA analizi yapılmıştır. Özgün yapı ile en iyi uyumu özel hastane örnekleme göstermiş olup tüm madde ifadeleri DFA'da aynen doğrulanmıştır. Devlet hastanesi örnekleminde 1 ve 2. maddeler (bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor, bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyidir) hasta tatminini ölçümlerken; üniversite hastanesi örnekleminde 1 ve 4. maddeler (bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor; Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin ediyor) hasta tatminini ölçümlenmektedir. Devlet hastanesinden hizmet alan hastalar, genellikle uzun süreler ile hastane hizmetinden yararlanmakta ve hastane değiştirmeyi düşünmemektedirler. Bu yüzden beklentilerin karşılanması ve hizmet aldığı hastaneyi en iyi olarak görmelerinin tatmin için yeterli olabileceği düşünülmektedir. Üniversite hastanesini tercih eden hastalar ise genellikle daha kapsamlı muayene ve bakım isteyen kişilerdir. Bu yüzden hastaların her yönüyle tatmin olması, hastane hizmetlerinden memnuniyetin bir göstergesidir. Sonuç olarak üç veri setinde de hasta tatmini ölçeğinin DFA ve güvenirlik analizi sonucunda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

4. Sadakat (Zeithaml ve ark., 1996) tarafından hizmet kalitesinin davranışsal sonuçları adlı çalışmada, davranışsal niyetler bataryası olarak tanımladığı beş bölümden biridir. Bu araştırma için müşteri sadakati ölçeği, konunun uzmanları tarafından sağlık hizmetlerine uyarlanmıştır. Sadakat ölçeğinin özgün yapısı tek faktörlü ve 5 maddeden oluşmaktadır. Her üç veri setinde de özgün yapı ile en iyi uyum özel hastane örnekleminde sağlanmış olup, bütün maddeler DFA'da doğrulanmıştır. Hasta sadakati ölçeği devlet hastanesi örnekleminde 2,3 ve 4. maddeler (bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim, arkadaşlarım ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için desteklerim, hizmet almak için bu hastaneyi ilk seçenek olarak düşünürüm) ile ölçümlenirken; üniversite hastanesi örnekleminde 1,2 ve 3. maddeler (bu hastane hakkında başkalarına olumlu şeyler söylerim, bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim, arkadaşlarım ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için desteklerim) ile ölçümlenmiştir. Sonuç olarak üç veri setinde de hasta sadakati ölçeğinin DFA ve güvenirlik analizi sonucunda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

5. Sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ölçmek için Shin ve arkadaşlarının (2013) araştırmasındaki tekrar satın alma niyeti ölçeğine ilişkin maddeler kullanılmıştır. Tekrar satın alma niyetine ilişkin madde ifadeleri, konunun uzmanları tarafından sağlık hizmetlerine uyarlanmıştır. Niyet ölçeğinin özgün yapısı tek faktörlü ve 3 maddeden oluşmaktadır. Her üç veri setinde de özgün yapının korunduğu DFA ile doğrulanmıştır. Her üç veri setinde de sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ölçeğinin DFA ve güvenirlik analizi sonucunda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

5.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikî Sonuçların Tartışılması

Bu bölümde hastaların deneyim, hizmet kalitesi, hasta tatmini ve sadakati ile sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti değişkenlerine ilişkin değerlendirmeleri literatüre göre tartışılmıştır.

Katılımcıların hasta deneyimi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması devlet hastanesi örnekleminde ($3,72 \pm 0,59$); üniversite hastanesi örnekleminde ($3,69 \pm 0,60$); özel hastane örnekleminde ise ($4,17 \pm 0,45$) olarak gerçekleşmiştir. Pozitif hasta deneyiminin özel hastane örnekleminde daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. (Buccoliero ve ark., 2017); hasta deneyimini ölçümlemeye yönelik olarak yaptığı çalışmasında, genel hasta deneyimi skorunun ($3,92$) yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Katılımcıların hizmet kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması devlet hastanesi örnekleminde ($3,58 \pm 0,58$); üniversite hastanesi örnekleminde ($3,63 \pm 0,63$) özel hastane örnekleminde ise ($4,21 \pm 0,44$) olarak gerçekleşmiştir. Hizmet kalitesi özelliklerinin özel hastane örnekleminde daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Rahman ve ark., (2007) ve Devedakan ve Aksaraylı, (2003) hastane hizmet kalitesini değerlendirdiği araştırmalarında hizmet kalitesi skorlarının beklentileri karşılamadığını, (Korkmaz ve Çuhadar, 2017) ise bir eğitim araştırma hastanesinde yürüttüğü araştırmasında hastaların hizmet kalitesi skorunun ($4,02 \pm 0,52$) iyi sayılacak bir memnuniyet düzeyinde olduğunu tespit etmiştir.

Katılımcıların hasta tatmini ölçeğinden aldıkları puan ortalaması devlet hastanesi örnekleminde ($3,44 \pm 0,91$); üniversite hastanesi örnekleminde ($3,35 \pm 0,96$) özel hastane örnekleminde ise ($4,11 \pm 0,52$) olarak gerçekleşmiştir. Hasta tatmininin devlet ve üniversite hastanesinde orta; özel hastanede ise çok iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bakan, Büyükbese, ve Ersahan, (2014) devlet ve özel hastanelerden

hizmet alan hastaların hastane hizmet kalitesinden hastaların tatmin olduğu sonucuna ulaşmış, yine Demirel ve Derin, (2013) sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetine yönelik olarak yaptığı araştırmasını özel bir tıp merkezinden hizmet alan hastalar üzerinde yürütmüştür. Hasta tatmini skorunun ($3,51\pm1,44$) olarak orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Katılımcıların hasta sadakati ölçeğinden aldıkları puan ortalaması devlet hastanesi örnekleminde ($3,52\pm0,83$) üniversite hastanesi örnekleminde ($3,58\pm0,84$) özel hastane örnekleminde ise ($4,15\pm0,52$) olarak gerçekleşmiştir. Hasta sadakatının özel hastane örnekleminde daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Arab ve ark., (2012) hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmasını İran’da sekiz özel hastaneden seçilmiş 943 hasta ile yürütmüştür. Hasta sadakati skorunun ($4,16\pm0,56$) çok iyi düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Kessler ve Mylod, (2011) hasta tatmininin hasta sadakati üzerindeki etkisini incelediği çalışmasını ABD’deki 678 hastaneden sağladığı tatmin, kalite ölçümleri ve tekrar kullanma niyeti verilerini üç farklı kaynak kullanarak eşleştirmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastanelerin hasta sadakati skorunun çok iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Demirel ve Derin, (2011) hasta görüşlerine göre kurum ünü ve hasta tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, hasta sadakati skorunun ($3,16\pm1,00$) orta derecede olduğunu tespit etmiştir.

Katılımcıların sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti ölçeğinden aldıkları puan ortalaması devlet hastanesi örnekleminde ($3,51\pm0,84$); üniversite hastanesi örnekleminde ($3,54\pm0,86$) ve özel hastane örnekleminde ise ($4,11\pm0,56$) olarak gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti skorunun özel hastane örnekleminde daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Dursun ve Çerçi, (2004); bir devlet hastanesinden hizmet alan hastalar ile yürüttüğü çalışmasında algılanan hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmada davranışsal niyetler tercih ve tavsiye etme değişkenleri ile ölçülmüş olup, hastaların sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti skorunun ($3,90\pm0,69$) iyi derecede olduğunu belirlenmiştir. Kitapci, Akdogan, ve Dortyol, (2014) kamu sağlığı hizmetlerinde hizmet kalitesi boyutlarının hasta memnuniyeti, tekrar satın alma ve ağızdan ağıza iletişim üzerindeki etkisini incelediği çalışmasını 369 hasta üzerinden gerçekleştirmiştir. Hastaların tekrar satın alma niyeti skorlarının ($3,51\pm1,01$) yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

5.4. Araştırma Modelinin Test Edilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma modeli her üç veri seti için yapısal eşitlik modeli yol (path) analizi ile test edilmiştir. Bu bölümde her üç veri seti için kabul edilen modellere ait bulgular literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

Devlet hastanesi örnekleminde hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinin incelendiğinde modelde; hasta deneyiminin hasta tatmini ve sadakati üzerindeki etkisi anlamlı iken, sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinin anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Bu modelde p değerinin anlamsız oluşu tam aracı değişken olabileceği sorusunu akla getirmiş ve aracılık analizi yapılmıştır. Sonuçta hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatinin tam aracı role sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Modeldeki diğer bağımsız değişken olan hizmet kalitesinin ise hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuş ve hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatinin kısmi aracı role sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca hasta tatmininin, hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuş ($p<0,05$) ve hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin kısmi aracı role sahip olduğu saptanmıştır.

Üniversite hastanesi örnekleminde; hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinin incelendiğinde modelde; hasta deneyimi hasta tatmini ve sadakati üzerindeki etkisi anlamlı iken, sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinin anlamsız olduğu bulunmuştur. Bu modelde p değerinin anlamsız oluşu tam aracı değişken olabileceği sorusunu akla getirmiş ve aracılık analizi yapılmıştır. Sonuçta hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatinin tam aracı role sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Modeldeki diğer bağımsız değişken olan hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi ise anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Ayrıca hasta tatmininin, hasta sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuş ($p<0,05$) ve hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin kısmi aracı role sahip olduğu saptanmıştır.

Özel hastane örnekleminde ise; hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinin incelendiğinde modelde; hasta deneyiminin hasta tatmini üzerindeki etkisi anlamsız iken ($p>0,05$), hasta sadakati üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi ise yine anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Bu modelde p değerinin anlamsız oluşu tam aracı değişken olabileceği sorusunu akla getirmiş ve aracılık analizi yapılmıştır. Sonuçta hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının tam aracı role sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Modeldeki diğer bağımsız değişken olan hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi ise anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Ayrıca hasta tatmininin, hasta sadakati üzerindeki etkisi anlamlı iken ($p<0,05$), sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Yapılan aracılık analizi sonucunda hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının tam aracı role sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırma modeline ait bulgular ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar ise şöyledir:

Kitapçı, Akdoğan, ve Dörtüol, (2014) bir üniversite hastanesinden hizmet alan hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmada, hizmet kalitesi boyutlarının hasta tatmini, tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisinde, empati ve güvence boyutlarının hasta tatmini ve tekrar satın alma niyeti üzerinde direkt ve pozitif bir etkisi olduğunu, ancak diğer hizmet kalitesi boyutlarının hasta tatmini ve tekrar satın alma niyeti üzerinde bir etkisi olmadığını saptamıştır. Yine Meesala ve Paul, (2018) Hindistan'da özel bir hastanede yürüttüğü çalışmada, hizmet kalitesinin yalnızca güvenilirlik ve yanıtverilebilirlik boyutlarının hasta tatmini ve sadakati üzerinde etkisi olduğunu diğer boyutların hasta tatmini ve sadakatini etkilemediğini ileri sürmüştür. Kondasani ve Panda, (2015) yedi boyutlu belirlediği hizmet kalitesi boyutlarından, güvenilirlik, mahremiyet-güvenlik boyutlarının hasta sadakatine anlamlı ölçüde katkıda bulunmadığı belirlemiştir. Arsanam ve Yousapronpaiboon, (2014) kamu hastanesinin eczane bölümünden memnuniyeti araştırdığı çalışmada, hizmet kalitesi ile memnuniyet arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Hizmet kalitesi ölçüm aracı olarak SERVQUAL metodunu kullanan araştırmacılar, empati ve güvenilirlik boyutlarının memnuniyeti pozitif yönde ve anlamlı etkilediğini, yanıtverilebilirlik ve fiziksel özellikler boyutlarının ise memnuniyet üzerinde negatif bir

etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmada hasta deneyimi ve hizmet kalitesi olmak üzere iki bağımsız değişken modele dahil edilmiş, ancak hizmet kalitesi değişkeninin üniversite hastanesi ve özel hastane örnekleminde hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamsız bulunmuştur. Yukarıda da bahsedilen araştırmalarda hizmet kalitesi boyutlarının tamamının tatmin ve davranışsal niyetler üzerinde etkili olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu araştırmalar hizmet kalitesinin tüm yönlerinin hasta tatmini üzerinde etkili olmadığını göstermektedir.

Literatürde müşteri tatminini etkileyebilecek fiyat, durum, satıcının kişisel özellikleri (Padma ve ark., 2009), müşteri deneyimi (Klaus ve Maklan, 2012; Klaus ve Maklan, 2013; Maklan ve Klaus, 2011) gibi farklı faktörlerin olabileceği ileri sürülmektedir. Bu araştırmada da üniversite hastanesi ve özel hastane örnekleminde kurulan modellerde hizmet kalitesi değişkeninin hasta tatmini ve davranışsal niyetler üzerindeki etkisinin anlamsız oluşunun, hasta deneyimi değişkeninin varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Deneyimsel pazarlama perspektifinden hasta deneyimi kavramı oldukça yeni bir kavramdır ve konu ile ilgili yapılan araştırmalar çok azdır (Buccoliero ve ark., 2017; Chen ve Hsieh, 2010; Ho ve ark., 2006). Sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmalar hasta deneyimi ve boyutlarının, hasta tatminini pozitif yönde ve anlamlı etkilediğini göstermektedir (Buccoliero ve ark., 2017; Chen ve Hsieh, 2010). Sağlık hizmetlerinde deneyimsel pazarlama perspektifinden yapılan çalışmaların yetersizliği karşılaştırma zorluğu yaratsa da, bu araştırmada hasta deneyiminin devlet ve üniversite hastanesi örnekleminde hasta tatmini ve hasta sadakati üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi olurken, özel hastane örnekleminde sadece hasta sadakati üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi olmuştur. Ayrıca hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde devlet ve üniversite hastanesi örnekleminde hasta tatmini ve sadakati tam aracı role sahipken, özel hastane örnekleminde yalnızca hasta sadakati tam aracı role sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca literatürde müşteri deneyiminin, müşteri tatmini ve davranışsal niyetler üzerindeki etkisi ile ilgili farklı sektörlerde yapılmış pekçok çalışmanın olduğu görülmüştür (Klaus ve Maklan, 2012; Brakus ve ark., 2009; Duran, 2017; Kara ve Çiçek, 2015; Karadeniz ve ark., 2013; Klaus ve Maklan, 2013; Yuan ve Wu, 2008).

Taylor ve Baker, (1994); hizmet kalitesinin satın alma niyeti üzerindeki etkisinde müşteri tatmininin moderatör etkisinin, sağlık hizmetleri dışındaki iletişim, seyahat ve rekreasyon gibi çeşitli hizmetlerde önemli olduğunu göstermiştir. Hizmet kalitesinin

tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisinde müşteri tatmininin moderatör etkisi sağlık hizmetlerinde anlamsız bulunmuştur. (Baker ve Taylor, 1998); dört yıl sonra tekrar satın alma niyetinin oluşumunda hasta tatmini ve hizmet kalitesinin rolünü kar amacı güden ve kar amacı gütmeyen hastanelerde araştırmıştır. Sonuçta araştırmacılar önceki çalışmalarıyla tutarlı olarak hizmet kalitesi→satın alma niyeti ilişkisinde hasta tatminin moderatör bir rol oynamadığı bulgusuna ulaşmışlardır. Sosyal bilimler literatüründe moderatör değişkenin bağımsız değişken ile ilişkili olmadığı varsayılmaktadır. İlişkili değişkenler modele dahil edildiğinde modelin gücü düşmekte, doğru anlamlı ilişkileri saptamakta güçlük çekilebilmektedir (Aiken ve West 1991 akt.; Baker ve Taylor, 1998). Pazarlama literatüründe hizmet kalitesi, müşteri tatmini, değer gibi kavramların birbirinden farklı yapılar olduğu çok önceki çalışmalar ile ispatlanmıştır (Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1993; Taylor ve Baker, 1994; Taylor ve Cronin , 1994). Ancak sağlık sektöründe durumun kafa karıştırıcı olduğu görülmektedir. Neyse ki sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ve hasta tatmini kavramlarının, sağlık hizmetleri pazarlama stratejilerinin tasarımı ve uygulanmasında köşe taşları olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinde kavramsal ve operasyonel olarak ayırt edilmesinin güç olduğunu biliyoruz (Taylor ve Cronin, 1994). Sağlık hizmetlerinde, hizmet kalitesi→hasta tatmini→satın alma niyeti arasındaki ilişkide hasta tatmininin aracı rol oynadığı (Bitner, 1990; Taylor ve Cronin, 1994; Woodside, Frey, ve Daly, 1989) bu şekliyle birbirleriyle ilişkili yapılar olduğu önceki çalışmalar ile de ispatlanmıştır. Bu araştırmada devlet hastanesi örneğinde hizmet kalitesinin tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatinin aracı role sahip olduğu sonucuna ulaşılmış ve bu yönüyle literatürdeki bir kısım araştırmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Thawesaengskulthai, Wongrukmit, ve Dahlgaard, (2015); Asya, Avrupa, Amerika ve Avustralya dahil olmak üzere toplam 2189 hasta ile yürüttüğü çalışmada, dört farklı hizmet kalitesi ölçüm modeli ve farklı kalite boyutları saptamıştır. Çalışma, hizmet kalitesi ölçüm modellerinin geliştirilmesinin yalnızca boyut ve konum gibi içeriğe özgü öğeleri değil, aynı zamanda hastanın uyruğunu ve demografik özelliklerini de içermesi gerektiğini ortaya koyarken; hizmet kalitesinin hasta tatmini ve hastaneyi tekrar tercih etme niyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu da ortaya koymuştur.

5.5. Sonuç ve Öneriler

Bu tez araştırmasının temel amacı hasta deneyimi ve hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisini belirlemek idi. Ayrıca bu etkide aracılık eden değişkenleri ortaya çıkarmak idi Bu amaçla devlet ve üniversite hastanesi ile özel hastane örnekleminde öne sürülen teorik model test edilmiştir. Buna göre;

- Devlet hastanesi örnekleminde hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakati kısmi aracı role sahipken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatinin tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin kısmi aracı role sahip olduğu bulunmuştur.
- Üniversite hastanesi örnekleminde hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamsız bulunurken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmini ve sadakatinin tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin kısmi aracı role sahip olduğu bulunmuştur.
- Özel hastane örnekleminde ise yine hizmet kalitesinin hasta tatmini, sadakati ve tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisi anlamsız bulunurken; hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin tam aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatinin tam aracı role sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 5-1’de her üç veri setine ilişkin hipotez testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 5-1.Hipotez Testi Sonuçları

Hipotezler	Devlet Hastanesi Örnekleminde Sonuç		Üniversite Hastanesi Örnekleminde Sonuç		Özel Hastane Örnekleminde Sonuç	
H1. Hasta deneyiminin hasta sadakati üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü etkisi vardır.	Kısmi aracı	Desteklenmiştir	Kısmi aracı	Desteklenmiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir
H2. Hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü etkisi vardır.	Tam aracı	Desteklenmiştir	Tam aracı	Desteklenmiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir
H3. Hasta deneyiminin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının aracı rolü etkisi vardır.	Tam aracı	Desteklenmiştir	Tam aracı	Desteklenmiştir	Tam aracı	Desteklenmiştir
H4. Hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü etkisi vardır.	Kısmi aracı	Desteklenmiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir
H5. Hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta tatmininin aracı rolü etkisi vardır.	Kısmi aracı	Desteklenmiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir
H6. Hizmet kalitesinin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının aracı rolü etkisi vardır.	Kısmi aracı	Desteklenmiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir	Aracı değil	Desteklenmemiştir
H7. Hasta tatmininin sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti üzerindeki etkisinde hasta sadakatının aracı rolü etkisi vardır	Kısmi aracı	Desteklenmiştir	Kısmi aracı	Desteklenmiştir	Tam aracı	Desteklenmiştir

Araştırma bulguları ışığında yukarıda belirtilen sonuçlardan hareketle bazı öneriler geliştirilmiş ve aşağıda sunulmuştur.

Araştırmacılar için öneriler:

- Deneyimsel pazarlama perspektifinden hasta deneyimi kavramı ilk kez bu çalışmada kullanılmıştır. Yapılacak olan farklı çalışmalar ile sağlık hizmetlerinde hasta deneyimi kavramı boyutlarının farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi önerilmektedir.
- Hizmet kalitesi ve hasta deneyimi kavramları bu çalışma için iki farklı değişken olarak kullanılmıştır. Gelecek araştırmalar için sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ve hasta deneyimi kavramlarının karşılaştırılmasının yapılması önerilmektedir.
- Bu çalışmada davranışsal niyetler bataryasının bölümleri olan sadakat ve satın alma niyeti kavramları iki farklı değişken olarak ele alınmıştır. Gelecek araştırmalar için hasta deneyiminin hasta tatmini ve davranışsal niyetlere etkisinin bütün olarak incelenmesi önerilebilir.
- Bu araştırma daha önce yatarak hizmet alan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Gelecek araştırmalar için, ayakta hizmet alan hastalar üzerinde gerçekleştirilmesi önerilebilir.
- Bu çalışmada hizmet kalitesi ölçüm aracı olarak SERVPERF modeli kullanılmıştır. Üç veri setinde de farklı faktör yapıları ortaya çıkmıştır. Bu durum ölçeğin yapı geçerliliği ile ilgili bir akılda soru işareti uyandırmaktadır. Ölçek (Cronin ve Taylor, 1992) tarafından geliştirildiği için, geliştirildiği günden bu yana hasta ihtiyaçları, sektör yapısı gibi pekçok durum değiştiğinden, sağlık hizmet kalitesinin belirleyicileri üzerinde tekrar bir araştırma yapılabilir.

Yöneticiler için öneriler:

- Pozitif müşteri deneyimi yaratmak, hem müşteri tatmini ve sadakatının sağlanmasında, hem de kurumun tekrar tercih edilmesinde işletmeler için oldukça önemlidir. Çünkü günümüz müşterileri, “unutulmaz akılda kalıcı deneyimler” arzulamaktadır. Sağlık işletmelerinin de sektörde ayakta kalabilmek ve sadık müşteriler yaratmak için gelişmelere ayak uydurması gerekmektedir. Bu yüzden yöneticiler, sağlık hizmetlerinin tasarımı ve sunumunda, deneyimsel pazarlama

uygulamalarını dikkate almalı ve pozitif hasta deneyimi yaratmaya odaklanmalıdırlar.

- Sağlık hizmetleri sunum sürecinde, hizmet sağlayıcılarının talepleri yanında, hastaların ihtiyaç ve talepleri de oldukça önemlidir. Ayrıca günümüz hastalarının tedavi ve bakım kararlarına daha çok dahil edildiği düşünüldüğünde, yöneticilerin hasta merkezli bir yaklaşım içinde olması gerekmektedir.
- Günümüz tüketicileri gibi hastaları da daha bilinçlenmekte sağlık hizmet kalitesinin bazı teknik özelliklerini değerlendirebilmektedir. Bu yüzden, hastanelerde hizmet kalitesi ile ilgili çalışmalar yapılırken, güncel gelişmeler dikkate alınmalıdır.

5.6. Araştırmanın Katkısı ve Sınırlılıkları

Bu bölümde araştırmanın literatür ve uygulayıcılar açısından katkısı ve kısıtlarına yer verilmiştir.

Bu araştırmanın literatüre en büyük katkısı deneyimsel pazarlama perspektifinden hasta deneyimi kavramını ortaya çıkarmak ve ayrıca hizmet kalitesi modeline hasta deneyimi değişkeni ekleyerek, modelin üç farklı veri setinde nasıl çalıştığının test edilmesi olmuştur. Böyle bir yapı sağlık hizmetlerinde daha önce test edilmemiştir. Uygulayıcılar açısından en büyük katkı ise, sağlık hizmetleri tasarımı ve sunumunda hizmet kalitesinin yanı sıra hasta deneyimi faktörünün de sadık müşteri yaratmada ne kadar önemli olduğunun farkedilmesi olmuştur.

Araştırmanın sınırlılıklarından şu şekilde bahsedilmiştir; araştırmada test edilen model; belirlenen ölçüm araçları ile belirlenen örneklem ve zaman diliminde incelenerek sınırlandırılmıştır. Modelde yer alan değişkenleri etkileyen çok sayıda farklı değişken olduğu bilinmektedir. Ancak bu araştırma kapsamında bütün bu değişkenlerin araştırma modeline dâhil edilmesi mümkün olmadığından, bu değişkenlerin etkileri göz ardı edilerek, araştırma sınırlandırılmıştır. Örneğin, hasta tatmininde etkili olan; fiyat, marka, kurumsal imaj, algılanan değer gibi faktörler modele dahil edilmemiştir. Ayrıca araştırmada yer alan değişkenlerin ölçülmesinde sadece hastanın kendisinden alınan verilere başvurulmuştur. Bağımlı ve bağımsız değişkenlere ait verilerin aynı anda, aynı kişiden, aynı yöntemle elde edilmesi ortak metod varyansı olasılığının varlığını akla getirmektedir. Dolayısıyla ortak metod varyansını azaltmanın yollarından birinin bağımlı ve bağımsız değişkenlerin farklı kaynaklardan veya farklı zaman dilimlerinde

toplanmasına gerek olduğu bilinmektedir (Özyılmaz ve Süner, 2015). Bu açıdan tüm değişkenlere ait verilerin aynı zaman diliminde, aynı kişiden toplanması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



KAYNAKLAR

- Akdoğan, C. (2011). Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: Servqual Ve Servperf Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.*
- Andaleeb, S. S. (2001). Service Quality Perceptions And Patient Satisfaction: A Study Of Hospitals In A Developing Country. *Social Science Ve Medicine*, 52(9), 1359-1370.
- Anderson, E. W., Ve Sullivan, M. W. (1993). The Antecedents And Consequences Of Customer Satisfaction For Firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143.
- Arab, M., Tabatabaei, S. G., Rashidian, A., Forushani, A. R., Ve Zarei, E. (2012). The Effect Of Service Quality On Patient Loyalty: A Study Of Private Hospitals In Tehran, Iran. *Iranian Journal Of Public Health*, 41(9), 71.
- Arsanam, P., Ve Yousapronpaiboon, K. (2014). The Relationship Between Service Quality And Customer Satisfaction Of Pharmacy Departments In Public Hospitals. *International Journal Of Innovation, Management And Technology*, 5(4), 261.
- Atmaca, B., Avcı, D. K., Ve Edirne, T. (2009). Van İlinde Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti: Ankete Dayalı Kesitsel Çalışma. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(3), 137-147.
- Aydın, K., Ve Yıldırım, S. (2012). Hizmet Sektöründe SERVPERF Ölçeği İle Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi (Sağlık Hizmetleri Sektöründe Bir Uygulama). *Ekonomi Ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 33-52.
- Ayyıldız, H., ve Cengiz, A. G. E. (2006). Pazarlama Modellerinin Testinde Kullanılabilecek Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(2).
- Babakus, E., Ve Mangold, W. G. (1992). Adapting The SERVQUAL Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767.
- Bakan, I., Büyükbese, T., Ve Ersahan, B. (2014). The Impact Of Total Quality Service (TQS) On Healthcare And Patient Satisfaction: An Empirical Study Of Turkish Private And Public Hospitals. *The International Journal Of Health Planning And Management*, 29(3), 292-315.

- Baker, T. L., Ve Taylor, S. A. (1998). Patient Satisfaction And Service Quality In The Formation Of Customers' Future Purchase Intentions In Competitive Health Service Settings. *Health Marketing Quarterly*, 15(1), 1-15.
- Başar, B., Ve Hassan, A. T. (2015). Kültür Ve Sanat Faaliyetlerinde Deneyimsel Pazarlamanın Müşteri Sadakatine Etkisinin İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 77-98.
- Berry, L. L., Carbone, L. P., Ve Haeckel, S. H. (2002). Managing The Total Customer Experience. *MIT Sloan Management Review*, 43(3), 85-89.
- Berry, L. L., Wall, E. A., Ve Carbone, L. P. (2006). Service Clues And Customer Assessment Of The Service Experience: Lessons From Marketing. *Academy Of Management Perspectives*, 20(2), 43-57.
- Bitner, M. J. (1990). Evaluating Service Encounters: The Effects Of Physical Surroundings And Employee Responses. *The Journal Of Marketing*, 69-82.
- Bleich, S. N., Özaltın, E., Ve Murray, C. J. (2009). How Does Satisfaction With The Health-Care System Relate To Patient Experience? *Bulletin Of The World Health Organization*, 87, 271-278.
- Bolton, R. N. (1998). A Dynamic Model Of The Duration Of The Customer's Relationship With A Continuous Service Provider: The Role Of Satisfaction. *Marketing Science*, 17(1), 45-65.
- Bowen, J. T., ve Chen, S.-L. (2001). The Relationship Between Customer Loyalty And Customer Satisfaction. *International Journal Of Contemporary Hospitality Management*, 13(5), 213-217.
- Brakus, J. J., Schmitt, B. H., ve Zarantonello, L. (2009). Brand Experience: What Is It? How Is It Measured? Does It Affect Loyalty? *Journal Of Marketing*, 73(3), 52-68.
- Brown, S. W., ve Swartz, T. A. (1989). A Gap Analysis Of Professional Service Quality. *The Journal Of Marketing*, 92-98.
- Buccoliero, L., Bellio, E., ve Solinas, E. (2017). Hospital Experimental Marketing. *Micro Ve Macro Marketing*, 26(1), 111-134.
- Bülbül, H., Ve Demirer, Ö. (2008). Hizmet Kalitesi ölçüm Modelleri Servqual Ve Serperf'in Karşılaştırmalı Analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(20), 181-198.

- Carbone, L. P., Ve Haeckel, S. H. (1994). Engineering Customer Experience. *Marketing Management*, 8-19.
- Cardozo, R. N. (1965). An Experimental Study Of Customer Effort, Expectation, And Satisfaction. *Journal Of Marketing Research*, 244-249.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions Of Service Quality: An Assessment Of T. *Journal Of Retailing*, 66(1), 33.
- Carman, J. M. (2000). Patient Perceptions Of Service Quality: Combining The Dimensions. *Journal Of Services Marketing*, 14(4), 337-352.
- Chatterjee, P., Joynt, K. E., Orav, E. J., Ve Jha, A. K. (2012). Patient Experience In Safety-Net Hospitals: Implications For Improving Care And Value-Based Purchasing. *Archives Of Internal Medicine*, 172(16), 1204-1210.
- Chen, Y.-K., ve Hsieh, T. (2010). A Study Of The Relationship Among Experiential Marketing, Experiential Value And Customer Satisfaction. *Journal Of Statistics And Management Systems*, 13(6), 1283-1303.
- Chinomona, R., ve Dubihlela, D. (2014). Does Customer Satisfaction Lead To Customer Trust, Loyalty And Repurchase Intention Of Local Store Brands? The Case Of Gauteng Province Of South Africa. *Mediterranean Journal Of Social Sciences*, 5(9), 23.
- Churchill Jr, G. A., ve Surprenant, C. (1982). An Investigation Into The Determinants Of Customer Satisfaction. *Journal Of Marketing Research*, 491-504.
- Cleary, P. D., ve Mcneil, B. J. (1988). Patient Satisfaction As An Indicator Of Quality Care. *Inquiry*, 25-36.
- Cronin Jr, ve Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination And Extension. *The Journal Of Marketing*, 55-68.
- Çağlıyan, V. (2017). Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(37), 254-264.
- Çiçek. (2015). Deneyimsel Pazarlama ve Satın Alma Karar Sürecine Etkisi: Termal Turizm Sektöründe Bir Uygulama. *Bozok Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*. YOZGAT.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Ve Büyüköztürk, Ş. (2014). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları: Pegem Akademi.

- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., Ve Johnson, L. W. (2007). A Hierarchical Model Of Health Service Quality: Scale Development And Investigation Of An Integrated Model. *Journal Of Service Research*, 10(2), 123-142.
- Dirsehan T. (2011) “Romantic Movement” In Marketing: The Effects Of Customer Experiences On Post Experience Dimensions From The Museum Perspective. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İSTANBUL.*
- Deligöz, K., ve Ünal, S. (2017). Deneyimsel Pazarlama Uygulamalarının Marka Tercihi Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma (Kahve Dünyası Ve Starbucks Örneği). *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 31(1).
- Demirel, E. T., ve Derin, N. (2011). Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Ünu İle Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. cilt, 21, sayı. 2, ss:208-235.*
- Demirel, E. T., ve Derin, N. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies. Volume 6 Issue 2, p. 1111-1130,*
- Demirel, Y., Yoldaş, M., ve Divanoğlu, S. (2009). Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı Ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Akademik Bakış Dergisi*, 16(10), 1-14.
- Demirer, Ö., ve Bülbül, H. (2014). Kamu Ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini Ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(2), 95-119.
- Devebakan, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt. 8, Sayı.1.*
- Devebakan, N., ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt. 5, Sayı.1.*
- Donabedian, A. (1980).The Definition Of Quality And Approaches Toits Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

- Doyle, C., Lennox, L., ve Bell, D. (2013). A Systematic Review Of Evidence On The Links Between Patient Experience And Clinical Safety And Effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), E001570.
- Duran, C. (2017). Teknoloji Temelli Self Servis Satış Kanallarının Algılanan Özelliklerinin Müşteri Deneyimine Etkisi. *İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İSTANBUL*.
- Dursun, Y., Ve ÇERÇİ, U. M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*(23).
- Elliott, M. N. (2009). Components Of Care Vary In Importance For Overall Patient-Reported Experience By Type Of Hospitalization. *Medical Care*, 842-849.
- Erdoğan, H. H. (2013). Marketing In Postmodernity: Experiential Marketing And Imagineering. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*.
- Firuzan, A. R. (2017). The Effects Of Hospital Quality Of Care On Patient Belonging: Structural Equality Model And Mediation. *Business Ve Management Studies: An International Journal*, 5(2).
- Fogarty, G. J., Catts, R., Ve Forlin, C. (2000). Identifying Shortcomings In The Measurement Of Service Quality. *Journal Of Outcome Measurement*, 4(1), 431-452.
- Garman, A. N., Garcia, J., Ve Hargreaves, M. (2004). Patient Satisfaction As A Predictor Of Return-To-Provider Behavior: Analysis And Assessment Of Financial Implications. *Quality Management In Healthcare*, 13(1), 75-80.
- Genç, B. (2009). Deneyimsel Pazarlamanın Tüketici Satın Alma Kararlarına Etkisi. *Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. .
- Gentile, C., Spiller, N., Ve Noci, G. (2007). How To Sustain The Customer Experience:: An Overview Of Experience Components That Co-Create Value With The Customer. *European Management Journal*, 25(5), 395-410.
- Gill, L., Ve White, L. (2009). A Critical Review Of Patient Satisfaction. *Leadership In Health Services*, 22(1), 8-19.
- Glynn Mangold, W., Ve Babakus, E. (1991). Service Quality: The Front-Stage Vs. The Back-Stage Perspective. *Journal Of Services Marketing*, 5(4), 59-70.

- Greaves, F., Pape, U. J., King, D., Darzi, A., Majeed, A., Wachter, R. M., Ve Millett, C. (2012). Associations Between Internet-Based Patient Ratings And Conventional Surveys Of Patient Experience In The English NHS: An Observational Study. *BMJ Quality Ve Safety*, 21(7), 600-605.
- Grewal, D., Levy, M., Ve Kumar, V. (2009). Customer Experience Management In Retailing: An Organizing Framework. *Journal Of Retailing*, 85(1), 1-14.
- Gronholdt, L., Martensen, A., Ve Kristensen, K. (2000). The Relationship Between Customer Satisfaction And Loyalty: Cross-Industry Differences. *Total Quality Management*, 11(4-6), 509-514.
- Grönroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory. *European Journal Of Marketing*, 16(7), 30-41.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model And Its Marketing Implications. *European Journal Of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Güzel, F. Ö., ve Papatya, N. (2012). Duygusal Arayışların Pazarlamayla Dansı: Deneyim Pazarlaması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 109-125.
- Halil, Z., ve Tarım, M. (2010) Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*(59), 1-24.
- Hallowell, R. (1996). The Relationships Of Customer Satisfaction, Customer Loyalty, And Profitability: An Empirical Study. *International Journal Of Service Industry Management*, 7(4), 27-42.
- Helkkula, A. (2011). Characterising The Concept Of Service Experience. *Journal Of Service Management*, 22(3), 367-389.
- Hellier, P. K., Geursen, G. M., Carr, R. A., ve Rickard, J. A. (2003). Customer Repurchase Intention: A General Structural Equation Model. *European Journal Of Marketing*, 37(11/12), 1762-1800.
- Hirschman, E. C., Ve Holbrook, M. B. (1982). Hedonic Consumption: Emerging Concepts, Methods And Propositions. *Journal Of Marketing*, 92-101.
- Ho, Y.-C., Li, Y.-C., ve Su, T.-H. (2006). A Discussion Of Refractive Medical Behavior From An Experiential Marketing Viewpoint. *Journal Of Hospital Marketing and Public Relations*, 16(1-2), 45-68.
- Holbrook, M. B., ve Hirschman, E. C. (1982, September). The Experiential Aspects Of Consumption: Consumer Fantasies, Feeling , And Fun. *Journal Of Consumer Research*, 132-140.

- Holbrook, M. B., ve Hirschman, E. C. (1982). The Experiential Aspects Of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings, And Fun. *Journal Of Consumer Research*, 9(2), 132-140.
- Hulten, B. (2011). Sensory Marketing:The Multi-Sensory Brand-Experience Concept. *European Business Review*, 256-273.
- Hwang, J., ve Seo, S. (2016). A Critical Review Of Research On Customer Experience Management: Theoretical, Methodological And Cultural Perspectives. *International Journal Of Contemporary Hospitality Management*, 28(10), 2218-2246.
- Jain, S. K., ve Gupta, G. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL Vs. SERVPERF Scales. *Vikalpa*, 29(2), 25-38.
- Jenkinson, C., Coulter, A., ve Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: Development And Validation Using Data From In-Patient Surveys In Five Countries. *International Journal For Quality In Health Care*, 14(5), 353-358.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., ve Chandola, T. (2002). Patients' Experiences And Satisfaction With Health Care: Results Of A Questionnaire Study Of Specific Aspects Of Care. *Qual Saf Health Care*, 11(4), 335-339.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Reeves, R., Bruster, S., ve Richards, N. (2003). Properties Of The Picker Patient Experience Questionnaire In A Randomized Controlled Trial Of Long Versus Short Form Survey Instruments. *Journal Of Public Health*, 25(3), 197-201.
- Kabadayı, E. T., Ve Alan, A. K. (2014). Deneyimsel Pazarlama: Pazarlamadaki Artan Önemi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 203-217.
- Kane, R. L., Maciejewski, M., ve Finch, M. (1997). The Relationship Of Patient Satisfaction With Care And Clinical Outcomes. *Medical Care*, 714-730.
- Kara, G. (2015). *Marka Deneyimi Ve Tekrar Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkide Müşteri Tatmininin Rolü*. ESOGÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kara, M., ve Çiçek, B. (2015). Deneyimsel Pazarlama Ve Satın Alma Karar Sürecine Etkisi: Termal Turizm Sektöründe Bir Uygulama. *Gümüşhane University Electronic Journal Of The Institute Of Social Science/Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 6(13).

- Karadeniz, M., Pektaş, G. Ö. E., Ve Topal, Y. A. K. (2013). The Effects Of Experiential Marketing And Service Quality On Customer Satisfaction And Costomer Loyalty At Shopping Centers. *Deniz Bilimleri Ve Mühendisliği Dergisi*, 9(1).
- Karatepe, O. M., Yavas, U., Ve Babakus, E. (2005). Measuring Service Quality Of Banks: Scale Development And Validation. *Journal Of Retailing And Consumer Services*, 12(5), 373-383.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2015). *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi: Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş*, 4. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kessler, D. P., Ve Mylod, D. (2011). Does Patient Satisfaction Affect Patient Loyalty? *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 266-273.
- Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması.
- Kitapci, O., Akdoğan, C., ve Dortyol, I. T. (2014). The Impact Of Service Quality Dimensions On Patient Satisfaction, Repurchase Intentions And Word-Of-Mouth Communication In The Public Healthcare Industry. *Procedia-Social And Behavioral Sciences*, 148, 161-169.
- Kitapçı, H., Yıldırım, A., ve Çömlek, O. (2011). Grönross Modeline Göre Bankacılıkta Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti, Sadakati Ve Davranişsal Niyete Etkisi. *Balikesir University Journal Of Social Sciences Institute*, 14(26).
- Klaus, P., Ve Maklan, S. (2013). Towards A Better Measure Of Customer Experience. *International Journal Of Market Research*, 55(2), 227-246.
- Klaus, P., Ve Maklan, S. (2012). EXQ: A Multiple-Item Scale For Assessing Service Experience. *Journal Of Service Management*, 23(1), 5-33.
- Kline, R. B. (2011). *Convergence Of Structural Equation Modeling And Multilevel Modeling*: Na.
- Koçoğlu, C. M., Ve Aksoy, R. (2012). Hizmet Kalitesinin Servperf Yöntemi İle Ölçülmesi: Otobüs İşletmeleri Üzerinde Bir Uygulama. *Akademik Bakış Dergisi*, 29, 1-25.
- Kondasani, R. K. R., Ve Panda, R. K. (2015). Customer Perceived Service Quality, Satisfaction And Loyalty In Indian Private Healthcare. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 28(5), 452-467.

- Korkmaz, S., Ve Çuhadar, U. (2017) Sağlık Hizmet Kalitesi Ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 72-87.
- Küçüksaraç, B., Ve Sayımer, İ. (2016). Deneyimsel Pazarlama Aracı Olarak Artırılmış Gerçeklik: Türkiye'deki Marka DeneyimleriNiN Etkileri ÜzeriNe BiR Araştırma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| Istanbul University Faculty Of Communication Journal*(51), 73-95.
- Lam, S. S. (1997). SERVQUAL: A Tool For Measuring Patients' Opinions Of Hospital Service Quality In Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152.
- Lee, J., Lee, J., Ve Feick, L. (2001). The Impact Of Switching Costs On The Customer Satisfaction-Loyalty Link: Mobile Phone Service In France. *Journal Of Services Marketing*, 15(1), 35-48.
- Lee, M.-S., Hsiao, H.-D., Ve Yang, M.-F. (2010). The Study Of The Relationships Among Experiential Marketing, Service Quality, Customer Satisfaction And Customer Loyalty. *International Journal Of Organizational Innovation*, 3(2).
- Lehtinen, U., Ve Lehtinen, J. R. (1991). Two Approaches To Service Quality Dimensions. *Service Industries Journal*, 11(3), 287-303.
- Lemke, F., Clark, M., Ve Wilson, H. (2011). Customer Experience Quality: An Exploration In Business And Consumer Contexts Using Repertory Grid Technique. *Journal Of The Academy Of Marketing Science*, 39(6), 846-869.
- Lomax, R. G., Ve Schumacker, R. E. (2004). *A Beginner's Guide To Structural Equation Modeling*: Psychology Press.
- Lonial, S., Menezes, D., Tarim, M., Tatoglu, E., Ve Zaim, S. (2010). An Evaluation Of SERVQUAL And Patient Loyalty In An Emerging Country Context. *Total Quality Management*, 21(8), 813-827.
- Magatef, S. G., Ve Tomalieh, E. F. (2015). The Impact Of Customer Loyalty Programs On Customer Retention. *International Journal Of Business And Social Science*, 6(8), 78-93.
- Maklan, S., ve Klaus, P. (2011). Customer Experience: Are We Measuring The Right Things? *International Journal Of Market Research*, 53(6), 771-772.
- Mcalexander, J. H., Kaldenberg, D. O., Ve Koenig, H. F. (1994). Service Quality Measurement. *Journal Of Health Care Marketing*, 14(3), 34-40.

- Meesala, A., Ve Paul, J. (2018). Service Quality, Consumer Satisfaction And Loyalty In Hospitals: Thinking For The Future. *Journal Of Retailing And Consumer Services*, 40, 261-269.
- Meydan, C. H., Ve Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*: Detay Yayıncılık.
- Meyer, C., Ve Schwager, A. (2007). Customer Experience. *Harvard Business Review*, 85(2), 116-126.
- Mittal, V., Ross Jr, W. T., Ve Baldasare, P. M. (1998). The Asymmetric Impact Of Negative And Positive Attribute-Level Performance On Overall Satisfaction And Repurchase Intentions. *The Journal Of Marketing*, 33-47.
- Mowen, J. C. (1988). Beyond Consumer Decision Making. *The Journal Of Consumer Marketing*, 15-25.
- Naidu, A. (2009). Factors Affecting Patient Satisfaction And Healthcare Quality. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366-381.
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model Of The Antecedents And Consequences Of Satisfaction Decisions. *Journal Of Marketing Research*, 460-469.
- Oliver, R. L. (1993). A Conceptual Model Of Service Quality And Service Satisfaction: Comparative Goals, Different Concepts. *Advances In Service Marketing And Management*, 2, 65-85.
- Oliver, R. L., ve Burke, R. R. (1999). Expectation Processes In Satisfaction Formation: A Field Study. *Journal Of Service Research*, 1(3), 196-214.
- Oliver, R. L., ve Desarbo, W. S. (1988). Response Determinants In Satisfaction Judgments. *Journal Of Consumer Research*, 14(4), 495-507.
- Oliver, R. L., ve Swan, J. E. (1989). Equity And Disconfirmation Perceptions As Influences On Merchant And Product Satisfaction. *Journal Of Consumer Research*, 16(3), 372-383.
- Ozturkcan, S., Aydin, S., Ates, M., ve Tansel Cetin, A. (2009). Effects Of Service Quality On Customer Satisfaction And Customer Loyalty: Example Of Marmara University Hospital.
- Özyılmaz, A., ve Süner, Z. (2015). İşe Adanmışlığın İşyeri Tutumlarına Etkisi: Hatay'daki 9 İşletmede Yapılan Ampirik Araştırmanın Sonuçları. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 10(3), 143-164.

- Padma, P., Rajendran, C., ve Sai, L. P. (2009). A Conceptual Framework Of Service Quality In Healthcare: Perspectives Of Indian Patients And Their Attendants. *Benchmarking: An International Journal*, 16(2), 157-191.
- Palmer, A. (2010). Customer Experience Management: A Critical Review Of An Emerging Idea. *Journal Of Services Marketing*, 24(3), 196-208.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., ve Zeithaml, V. A. (1991). Refinement And Reassessment Of The SERVQUAL Scale. *Journal Of Retailing*, 67(4), 420.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research. *The Journal Of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Berry, L. L. (1988). Servqual: A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perc. *Journal Of Retailing*, 64(1), 12.
- Pine, B. J., ve Gilmore, J. H. (2000). Satisfaction, Sacrifice, Surprise: Three Small Steps Create One Giant Leap Into The Experience Economy. *Strategy Ve Leadership*, 28(1), 18-23.
- Pine II, B. J., ve Gilmore, J. H. (1998, July–August). Welcome To The Experience Economy. *Harvard Business Review*, 97-105.
- Pine, J., ve Gilmore, G. (2012). *Deneyim Ekonomisi*. İstanbul: Güncellenmiş Tekrar Basım Optimist Yayınları.
- Platonova, E. A., Kennedy, K. N., ve Shewchuk, R. M. (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust, And Loyalty To Primary Care Physicians. *Medical Care Research And Review*, 65(6), 696-712.
- Preacher, K. J., ve Hayes, A. F. (2008). Asymptotic And Resampling Strategies For Assessing And Comparing Indirect Effects In Multiple Mediator Models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
- Rahman, S., Erdem, R., ve Devedakan, N. (2007). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği Ile Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma.
- Ramez, W. S. (2012). Patients' Perception Of Health Care Quality, Satisfaction And Behavioral Intention: An Empirical Study In Bahrain. *International Journal Of Business And Social Science*, 3(18).
- Schmitt, B. (1999). Experiential Marketing. *Journal Of Marketing Management*, 15(1-3), 53-67.

- Schmitt, B., ve Zarantonello, L. (2013). Consumer Experience And Experiential Marketing: A Critical Review *Review Of Marketing Research* (Pp. 25-61): Emerald Group Publishing Limited.
- Sedianingsih, I., ve Prasetyo, A. (2016). Repurchase Intention Between Commitment And Patient Trust. *Int. J. Bus. Manag. Res*, 6(2), 45-56.
- Sharma, N., Ve Patterson, P. G. (2000). Switching Costs, Alternative Attractiveness And Experience As Moderators Of Relationship Commitment In Professional, Consumer Services. *International Journal Of Service Industry Management*, 11(5), 470-490.
- Shaw, C., Ve Ivens, J. (2002). *Building Great Customer Experiences* (Vol. 241): Springer.
- Shemwell, D. J., Ve Yavas, U. (1999). Measuring Service Quality In Hospitals: Scale Development And Managerial Applications. *Journal Of Marketing Theory And Practice*, 7(3), 65-75.
- Shin, J. I., Chung, K. H., Oh, J. S., ve Lee, C. W. (2013). The Effect Of Site Quality On Repurchase Intention In Internet Shopping Through Mediating Variables: The Case Of University Students In South Korea. *International Journal Of Information Management*, 33(3), 453-463.
- Sixma, H. J., Spreeuwenberg, P. M., ve Van Der Pasch, M. A. (1998). Patient Satisfaction With The General Practitioner: A Two-Level Analysis. *Medical Care*, 212-229.
- Songur, L., Turan, A., ve Songur, G. (2017). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servperf Ölçeği İle Ölçülmesi:" Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi Örneği". *Journal Of International Social Research*, 10(53).
- Stuart-Menteth, H., Wilson , H., Ve Baker, S. (2006). Escaping The Channel Silo Researching The New Consumer. *International Journal Of Market Research*, 415-437.
- Sütütemiz, N.(2006) Hizmet Kalitesinin Boyutsal Analizi: Bankacılık Ve Sağlık Sektörüne Yönelik Bir Araştırma. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*(1), 95-114.
- Sütütemiz, N. (2005). Müşteri Sadakati Belirleyicileri Ve Modellerinin Karşılaştırılması: Bankacılık Ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Yayımlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya*.

- Şahin, B. (2002). Hekimlerin Klinik Karar Verme Süreçlerinin Kaynak Kullanımı, Yaşam Kalitesi ve Hasta Tatmini Üzerine Etkisi: Astım Hastalarına İlişkin Bir Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*.
- Şener, A., ve Babaoğlu, M. (2015). Kadınların Aynı Markalı Ürünleri Tekrar Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi.
- Taştekin, E., Yükcü, Ş. B., İzoglu, A., Güngör, İ., Uslu, A. E. I., Ve Demircioğlu, H. (2016). Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çokkültürlü Eğitime Yönelik Tutumlarının Ve Algılarının İncelenmesi. *HU GSES The Journal Of Educational Research*, 2(1).
- Taylor, S. A., ve Baker, T. L. (1994). An Assessment Of The Relationship Between Service Quality And Customer Satisfaction. *Journal Of Retailing*, 70(2), 163-178.
- Taylor, S. A., ve Cronin Jr, J. J. (1994). Modeling Patient Satisfaction And Service Quality. *Journal Of Health Care Marketing*, 14(1).
- Tezcan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B., ve Edirne, T. (2014). Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti. *Pamukkale Tıp Dergisi*(1), 57-62.
- Thawesaengskulthai, N., Wongrukmit, P., ve Dahlgaard, J. J. (2015). Hospital Service Quality Measurement Models: Patients From Asia, Europe, Australia And America. *Total Quality Management Ve Business Excellence*, 26(9-10), 1029-1041.
- Türk Dil Kurumu. (2018). <http://Www.Tdk.Gov.Tr> Sayfasından Mayıs 2018 Tarihinde Erişilmiştir.
- Türk, Z., (2009). Denetim Firmalarının Sunduğu Hizmet Kalitesi Müşteri Tatmini Ve Sadakati: Servperf Ölçeği. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1).
- Uygur, S. M., ve Doğan, S. (2013). Deneyimsel Pazarlamanın Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Restoranlar Üzerine Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(37).
- Varinli, İ., ve Çakır, A. (2004). A Research Of Service Quality, Value, Satisfaction And Behavioral Intentions Relationships Between Patient-Patient Clinic In Kayseri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(2), 33-52.
- Verhoef, P. C., Lemon, K. N., Parasuraman, A., Roggeveen, A., Tsiros, M., ve Schlesinger, L. A. (2009). Customer Experience Creation: Determinants, Dynamics And Management Strategies. *Journal Of Retailing*, 85(1), 31-41.

- Wallin Andreassen, T., ve Lindestad, B. (1998). Customer Loyalty And Complex Services: The Impact Of Corporate Image On Quality, Customer Satisfaction And Loyalty For Customers With Varying Degrees Of Service Expertise. *International Journal Of Service Industry Management*, 9(1), 7-23.
- Westbrook, R. A., ve Oliver, R. L. (1981). Developing Better Measures Of Consumer Satisfaction: Some Preliminary Results. *ACR North American Advances*.
- Wirtz, J., ve Lee, M. C. (2003). An Examination Of The Quality And Context-Specific Applicability Of Commonly Used Customer Satisfaction Measures. *Journal Of Service Research*, 5(4), 345-355.
- Wong, E. L., Coulter, A., Hewitson, P., Cheung, A. W., Yam, C. H., Fai Lui, S., Yeoh, E.-K. (2015). Patient Experience And Satisfaction With Inpatient Service: Development Of Short Form Survey Instrument Measuring The Core Aspect Of Inpatient Experience. *Plos One*, 10(4), E0122299.
- Woodside, A. G., Frey, L. L., ve Daly, R. T. (1989). Linking Sort/Ice Anlity, Customer Satisfaction, And Behavioral Intention. *Journal Of Health Care Marketing*, 9(4), 5-17.
- Wu, C.-C. (2011). The Impact Of Hospital Brand Image On Service Quality, Patient Satisfaction And Loyalty. *African Journal Of Business Management*, 5(12), 4873-4882.
- Yağcı, M. İ., ve Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması.
- Yalçın, İ., ve Koçak, S. (2009). Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma.
- Yang, C.-Y. (2009). The Study Of Repurchase Intentions In Experiential Marketing-An Empirical Study Of The Franchise Restaurant. *International Journal Of Organizational Innovation*, 2(2).
- Yaşlıoğlu, M. (2017). Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. Vol/Cilt:46, Ss:74-85.
- Yazıcıoğlu, Y., ve Erdoğan, S. (2014). Bilimsel Araştırma Yöntemleri-SPSS Uygulamalı. *Ankara: Detay Yayıncılık*.

- Yıldız, B. (2015). The Antecedents Of Constructive And Destructive Deviant Workplace Behaviors. *Gebze Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi*.
- Yi, Y., ve La, S. (2004). What Influences The Relationship Between Customer Satisfaction And Repurchase Intention? Investigating The Effects Of Adjusted Expectations And Customer Loyalty. *Psychology Ve Marketing*, 21(5), 351-373.
- Yilmaz, V., ve Varol, S. (2015). 4. Hazir Yazilimlar İle Yapisal Eşitlik Modellemesi: Amos, Eqs, Lisrel. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(44).
- Yuan, Y.-H. E., ve Wu, C. K. (2008). Relationships Among Experiential Marketing, Experiential Value, And Customer Satisfaction. *Journal Of Hospitality Ve Tourism Research*, 32(3), 387-410.
- Yücel, M. (2013). Toplam Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçümü: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 44(44).
- Yürür, S., ve Keser, A. (2010). İşe Bağli Gerginlik İle İş Tatmini İlişkisinde Duygusal Tükenmenin Araci Rolü. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 65(04), 165-193.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., ve Parasuraman, A. (1988). Communication And Control Processes In The Delivery Of Service Quality. *The Journal Of Marketing*, 35-48.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., ve Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences Of Service Quality. *The Journal Of Marketing*, 31-46.
- Zerenler, M., ve Adem, Ö. (2007). SAğlik Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesive Hastane Tercih Nedenleriaraştırmasi: Konya ÖRNEĞİ. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(18), 501-519.

HAM VERİLER

FORMLAR

(Ek-1)

Değerli katılımcı,

Bu anket “ Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma” başlıklı araştırma için yapılmaktadır. **Anketten elde edilen bilgiler bu çalışma için kullanılacak olup kesinlikle başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu sebeple anketin tam ve doğru bir şekilde doldurulması çok önemlidir.** Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Son 6 ay içinde, bu hastaneden yatarak sağlık hizmeti aldınız mı?
evet () hayır () (anketi sonlandırın)
2. En son hizmet aldığınız hastane türü nedir?
devlet hastanesi () özel hastane () üniversite hastanesi ()
diğer ().....(lütfen belirtiniz)
3. Bu hastanenin hizmetlerinden kaç yıldır yararlanıyorsunuz?
1 yıldan az () 1-3 yıl () 4-7 yıl () 8-10 yıl ()
11 yıl ve üzeri ()
4. Ortalama olarak hastaneye ne sıklıkla gidersiniz?
haftada bir () onbeş günde bir () ayda bir () birkaç ayda bir ()
altı ayda bir () çok nadir () gerektiğinde () hiç gitmem ()
5. En çok hangi şekilde hastaneye gidiyorsunuz?
acil durum () muayene () diğer ().....(lütfen belirtiniz)
6. Hastanede muayene olmak için ortalama ne kadar süre bekliyorsunuz?
10 dakikadan az () 10-20 dakika () 21-40 dakika ()
41-60 dakika () 61 dakika ve üzeri ()

7. En son yatarak hizmet aldığınız hastaneyi düşünerek aşağıdaki ifadeleri değerlendiriniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Bu hastane modern araç, gereç ve teknolojiye sahiptir					
2. Bu hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir					
3. Hastanenin çalışanları bakımlı ve iyi giyimlidir					
4. Bu hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur					
5. Bu hastane herhangi bir hizmeti söz verdiği sürede yerine					
6. Bu hastane hastalar sorunla karşılaştıklarında sorunları çözer					
7. Bu hastane güvenilirdir					

8. Bu hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunar					
9. Bu hastane kayıtlarını doğru tutar					
10. Bu hastane sunacağı hizmetin zamanını hastalara söyler					
11. Bu hastane çalışanlarından anında hizmet alır					
12. Bu hastane çalışanları her zaman hastalara yardımcı olmaya					
13. Bu hastane çalışanları hasta isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir					
14. Bu hastane çalışanları hastalara güven verir					
15. Bu hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hisseder					
16. Bu hastane çalışanları kibardır					
17. Bu hastane çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir					
18. Bu hastane yöneticileri hastalarına bireysel özen gösterir					
19. Bu hastanede çalışanlar hastalarına bireysel özen gösterir					
20. Bu hastane çalışanları hasta ihtiyaçlarını bilir					
21. Bu hastane çalışanları hastalar ile içtenlikle ilgilenir					
22. Bu hastane tüm hastalarına uygun olan saatlerde hizmet					
23. Bu hastanenin uzmanlığına güveniyorum çünkü bu hastane iş çok iyi yapar					
24. Bu hastane ile ilgili tüm hizmet alma süreçleri (randevu, tahlil sonuçları almak, muayene olmak vb.) kolaydır					
25. Bu hastane benim sağlığımla sadece şuan için değil, uzun					
26. Bu hastanenin hastasıyım, benimle oldukça ilgileniyorlar, başka bir hastaneden hizmet					
27. Bu hastaneden daha önce hizmet aldığım için ihtiyaçlarıma ulaşmak çok kolay oldu					
28. Bu hastane bana gerçekten ihtiyacım olan tarafsız tavsiyelerde bulunur					
29. Bu hastaneden hizmet alırken ihtiyaçlarımla gözetilmesi ve tedavi seçenekleri konusunda					
30. Bu hastanenin beni yeni gelişen bilgiler ve seçenekler hakkında bilgilendirmesi önemlidir					
31. Bu hastane güvenilir bir kurumdur					
32. Bu hastane saygın bir kurumdur					
33. Bu hastanede çalışanların kişilerarası ilişkileri (dinlerler, kibardır vb.) iyidir					
34. Bu hastane işler yolunda gitmediğinde, bu durumla nasıl baş					
35. Başka hastanelerde var fakat bana sunduğu kolaylıklar nedeniyle bu hastaneyi tercih ederim					
36. Bu hastane bana ihtiyacım olanı hızlı bir şekilde verir					
37. Başka hastanelere çok güvenmediğim için bu hastaneden hizmet alıyorum					
38. Bu hastanenin deneyimli personele sahip olması benim için önemlidir					
39. Bu hastanede en iyi tedaviyi almak için farklı tedavi seçenekleri arasından tercih yapabilmek isterim					
40. Bu hastane dışında farklı hastanelerden tedavim konusunda bilgi almak benim için önemlidir					

41. Bu hastanede sunulan farklı tedavi seçeneklerini karşılaştırmazsam, hangisinin benim için en iyi olduğunu					
42. Bu hastanede tedavi sürecimin tamamında benimle hep aynı sağlık personelinin(doktor- hemşire vb.) ilgilenmesini isterim					
43. Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor					
44. Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyidir					
45. Bu hastaneyi seçmekle doğru bir şey yaptığımı					
46. Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin ediyor					
47. Bu hastane hakkında başkalarına olumlu şeyler söylerim					
48. Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim					
49. Arkadaşlarım ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için desteklerim					
50. Hizmet almak için bu hastaneyi ilk seçenek olarak					
51. Önümüzdeki birkaç yıl içinde bu hastaneden daha fazla sağlık hizmeti alırım					
52. Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda bir kez daha bu hastaneden hizmet almayı isterim					
53. Bir sonraki sefere de bu hastaneden hizmet almak isterim					
54. Sağlık hizmetine ihtiyacım olduğunda sürekli bu hastaneden hizmet almak isterim					

Demografik bilgileriniz:

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:.....(Lütfen belirtiniz)
3. Medeni durumunuz? Bekar () Evli () Boşanmış/Dul ()
4. En son mezun olduğunuz okul?
İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön lisans/İki yıllık Üniversite () Üniversite () YL./
Doktora () Diğer ()
5. Mesleğiniz? Esnaf () İşçi () Ev hanımı () Emekli () Öğrenci () Kamu
sektörü çalışanı () Özel sektör çalışanı () İşsiz () Diğer ().....
6. Ortalama aylık gelir düzeyiniz?
500 TL'den az () 501-1000 TL () 1001-1500 TL () 1501-2000 TL () 2001-2500 TL ()
2501-3000 TL () 3001-3500 TL () 3501-4000 TL () 4001 TL ve üzeri ()

-BİTTİ- KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

ETİK KURUL KARARI

(EK-2)



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi **Sümeyye ARSLAN KURTULUŞ** "Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma" başlıklı, **2018/125** dosya numaralı 16.05.2018 tarih ve **54889** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 21.06.2018 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>B. Tunali</i>
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>AT</i>
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Suat GEZGIN	İletişim Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	<i>[Signature]</i>

PATENT HAKKI İZNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HASTA DENEYİMİ, TATMİNİ, SADAKATİ, HİZMET KALİTESİ
VE SAĞLIK HİZMETİNİ TEKRAR KULLANMA NİYETİ
ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA

ORJİNALLİK RAPORU

% 12	% 9	% 5	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	% 2
2	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
5	paperzz.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	ebd.beun.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	documents.tips İnternet Kaynağı	<% 1
8	akademikbakis.org	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sümeyye	Soyadı	ARSLAN KURTULUŞ
Doğ.Yeri	SORGUN	Doğ.Tar.	1988
Uyruğu	TC	TC Kim No	
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi	2019
Yük.Lis.	Marmara Üniversitesi/Sakarya Üniversitesi	2011/2014
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi	2009
Lise	Sorgun Lisesi	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	2011-Halen
2.	Öğretim Görevlisi	İstanbul Gelişim Üniversitesi	2010-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi	75/81,5	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
McOffice	Çok iyi
SPSS/AMOS	Çok İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Sanat, Moda, Müzik.